

Tomme løfter på St. Olavs

Det nye kvinne-barn-senteret skulle bli sykehusets stolthet. Nå står halve avdelingen tom. Hvorfor går alt galt i Trondheim?

Side 20

Vil ha Amerika-sykehus side 18

Tema: Ekstremsmerte etter amputasjon side 36

NSFs faggrupper vil ha mer innflytelse side 48

Smartprisen 2007: Hjelp til skilsmissebarn side 58



18



48



58

Tenk om det fantes en bank som kunne gi deg 25% høyere rente på sparepengene dine...



Hos pasienter med hypertensjon og VVH...

COZAAR® ga 25% risikoreduksjon for hjerneslag vs. atenolol ved samme blodtrykksreduksjon*¹

13% reduksjon i primært endepunkt av kardiovaskulær død, MI og hjerneslag vs. atenolol med samme blodtrykksreduksjon (p=0,021). Ingen signifikant forskjell i kardiovaskulær død og MI vs atenolol.¹

COZAAR® - fordi det spiller en rolle hvordan man senker blodtrykket!

*Cozaar: 232 hendelser, atenolol: 309 hendelser (p=0,001)

¹ Dahlöf B et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): A randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.

Før forskrivning av COZAAR®, se preparatomtalen. Legemidler som virker direkte på renin-angiotensinsystemet kan føre til føtal og neonatal toksisitet og død hvis de brukes under graviditetens 2. og 3. trimester. Ved graviditet må losartan seponeres så snart som mulig.

COZAAR®
losartan

COZAAR® er et registrert varemerke tilhørende E.I. du Pont de Nemours and Company, Wilmington, Delaware, USA.
MSD (Norge) AS, Postboks 458, Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, fax 32 20 73 10.

Sykepleien øker!

De fleste blader får færre lesere i dag.
Sykepleien går motsatt vei.

Hele 183.000 personer leser nå
Tidsskriftet Sykepleien i følge MMI.

Ikke nok med at leserne våre er mange.
De bruker også lang tid på bladet.
Nesten en time for å være nøyaktig.

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
Tollbugata 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75
ISSN 0806 - 7511

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698
Løssalg: kr 45,- pr utgave
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaksjonssjef

Bjørn Arild Østby
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fagredaksjonen

Torhild Apall Dybvik (leder)
torhild.apall@sykepleien.no
Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@sykepleien.no
Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no
Nina Hernæs (permisjon)
nina.hernes@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen

Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
Eivor Hofstad
eivor.hofstad@sykepleien.no
Kari Anne Dolonen
kari.anne.dolonen@sykepleien.no
Lily Kalvø (web-redaktør)
lily.kalvo@sykepleien.no

Desk og grafisk formgivning

Ellen Morland (leder)
ellen.morland@sykepleien.no
Hege Holt
hege.holt@sykepleien.no
Ingrid Lindemann
ingrid.lindemann@sykepleien.no

Markedssjef

Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulenter

Stillingsannonser: Finn Simonsen
finn.simonsen@sykepleien.no
Produktannonser: Lise Dyrkoren
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Foto: Thor Nielsen

- 5 Siden sist – reaksjoner
7 Helse i nyhetsbildet
9 **Elleve raske:** Hanne Harlem
9 Invasjon av billige sykepleiere?
10 Melder ikke fra om uegnede studenter
- Økende juks med autorisasjoner
13 Mye å spare på innkjøp av medisiner
14 Anne Karin Nygård: Med kløver i hjertet
16 Høyere turtall etter sykehusreformen
...men ansatte blir ikke hørt
18 Vil ha Amerika-sykehus i Norge
20 St. Olavs:
- Her skulle de sykeste barna fått hjelp
- Raske direktører
- Departementet droppet avtale
27 **Barth Tholens** om eldreomsorg
28 Kurser seg i e-hygiene
30 Frittgående helsesøster
32 Storsatsing på eldreomsorg
i Drammen
36 **Tema:** Amputasjoner
- Fantomsmerterens mysterium
- Resten av livet
- Ikke høystatuskirurgi
- Når penis må amputeres
44 Varsler ble headhunted
47 Uenige om ME på Haukeland
48 **Revisjon av NSF:**
- Til fronten for faget
- Faggruppelederne mener
- Hudseminaret styrker oss
- Mer psykiatri-politikk
54 Faggruppene
55 Fagnotiser
57 **Smartprisen 2007?**
- Forslag 1: Samtalegrupper for
skilsmissebarn
60 **Fag i utvikling:**
- En fagtekst som duger
- Fruktbart autismeprosjekt
- MS-pasienter må ha tettere oppfølging
- Rollespill som pedagogisk metode

Neste nummer: Sykepleien 06/07**Alt for medlemmene!**

Sykepleien har sett på NSF's tilbud til medlemmene. De ønsker raske, gode svar, rimelig forsikring og lavere renter på boliglån. Hva slags hjelp får de?

Neste nummer kommer ut 22. mars, med Sykepleien Forskning som bilag.

forskning



28



88

- 72 Minneord
74 Veien til fag – på nett
76 Månedens bok
77 Bokanmeldelser
78 **Forfatterintervju:** Trine Kjus
79 Bokomtaler
81 Klager på billedbruken i Sygeplejersken
82 **Dilemma:** Marie Aakre om menneskeverd og bioteknologi
84 Fagdebatt
- Aktiv fukting best?
- Kommentarer til artikkel om ME
86 Debatt
88 **På veggen:** Kruseløkka palliativ enhet, Sarpsborg
90 **NSF: Bente Slaatten** om de unge medlemmene
- Jakten på sykepleierne i gang
- Skift/turnus i Stortinget
92 Før: Lite samfunn i storsamfunnet
92 Folk
93 SykepleienJobb
Ledige stillinger
116 Meldinger, skoler, kurs

Tema: Amputasjoner

Det viktigste er å legge til rette slik at pasienten får et så bra liv som mulig etter amputasjonen. Det mener benamputerte Nils-Odd Tønnevold (bildet). Feil som skjer før og under amputasjonen, kan få fatale og livsvarige følger for pasienten – i form av for eksempel sterke fantomsmerter.



Foto: Dag Thorenfeldt / Momentum

36

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



Beinharde sparekrav,

I SykepleienJOBBA nr 2/07 side 11 brakte vi en oversikt over sparekravene som ble stilt til landets 28 helseforetak for 2007. Blant annet at Helse Sunnmøre HF må spare 9 millioner og kutte 12 stillinger.

– Situasjonen er verre, opplyser assisterende direktør Helge Riste-sund. – Helseforetaket har i 2007 ei utfordring på å spare 65 millioner kroner. Antall reduksjon i stillinger i 2007 er foreslått til 50 stillinger.

Bildet er fra Østfold

Inger Marie Reiersen kjente igjen kullingen Elsa Furnes, født Eide, da hun leste epistelen «Bemannet med elever» i serien Før i Sykepleien 2/2007,

– Men bildet er fra Østfold, ikke Ullevål, slik det står i bladet, opplyser hun på telefon.

Dessuten er ikke bildet fra 1955, men fra 1956 - mellom januar og mars en gang.

– Jeg husker godt at bildet ble tatt. Det skulle være til en folder om Østfold sykepleierskole, som var ny, forteller Reiersen. Hun ble ferdig sykepleier i 1959 og var hjemmевærende i mange år. Men så begynte hun å jobbe i psykiatrien på Jæren og videreutdannet seg.

– Jeg er glad for bladet og ser alltid etter om det er noe om psykiatri der.

Nå er hun pensjonist og bor på Hønefoss.

red.

«Sviktet av NSF»

Som sykepleier ved seksjon sikkerhet har jeg vært vitne til at mine kollegaer har gitt omsorg av svært høy kvalitet til mennesker med alvorlige helseproblemer. Dette på en arbeidsplass som stiller høye faglige og personlige krav til arbeidstakerne. Jeg håpet at en reportasje i Sykepleien ville få fram disse sterke sidene. I reportasjen angripes i stedet a) ledelsen i Helse Bergen b) arbeidstilsynet c) media d) NSF ved tillitsvalgte.

Det er det siste punktet jeg vil kommentere: «SVIKTET AV NSF:

«Jeg tok jobben fordi vi hadde en lite oppegående tillitsmannsordning, sier Hogstad. Før holdt den eneste NSF-tillitsvalgte ved sykehuset til i en annen sykehusbygning. RS ble verken besøkt eller hørt. Derfor kom ansatte med medieutspill som ikke gikk tjenesteveien.»

1. HTV NSF divisjon psykiatri har vært ryddig og imøtekommende.
2. Det har vært NSF-tillitsvalgt ved RS siden tidlig på 90-tallet. Ved

min ansettelse i 1997 var daværende NSF-tillitsvalgt til stede på jobbintervjuet.

3. Sitat: Den «andre sykehusbygningen» er en fløy i samme arbeidsplass.

4. «Lite oppegående tillitsmannsordning»:

a) I august 2004 og 2005 ble valg kunngjort og avholdt i henhold til regler for valg, ved RS og LS.

b) I løpet av denne perioden har tillitsvalgt:

– Opptrådt på en ryddig måte, og tråd med NSF sine intensjoner.

– Ikke bidratt til at medlemmer har gått ut i media.

– Hatt kontakt med samtlige NSF-medlemmer, personlig, via telefon, via e-post og oppslag på RS og LS.

– Prøvd å gå tjenesteveien i alle saker, søkt dialog og samarbeid.

– Oppfordret NSF-medlemmer ved seksjon sikkerhet til innspill og tilbakemeldinger.

– Lagt ned mye arbeid for å informere medlemmer om NSF sitt syn i forbindelse med brudd i tariff-forhandlingene mellom NSF og Helse Bergen/NAVO 2006.

I den forbindelse var mange medlemmer ikke orientert om NSF sitt syn. Medlemmer hadde da fått inntrykk av at «NSF ødela for posten», truet med å melde seg ut, og ta i mot tilbudet om å

underskrive «individuell gjennomsnittsberegning av arbeidstid». Jeg ønsker at påstandene om «lite oppegående tillitsmannsordning» trekkes tilbake. Og håper at uttalelsene reporteren får i neste reportasje er mer positive, at man kan peke på en ønskelig framtid for avdelingen.

Plasstillitsvalgt for NSF, seksjon sikkerhet 2004-2006.
Gunnar Misje

Kommentar:

Formålet med reportasjen om Sandviken sykehus var å slippe til de ansatte for å vise hvordan de har opplevd det siste tids store mediakjør. Reporter Anders Førde snakket således med svært mange på Sikkerhetsavdelingen. Dessverre kom vi i skade for å sitere Håvard Hogstad på at han tok jobben som tillitsvalgt «fordi vi hadde en lite oppegående tillitsmannsordning». Dette medfører ikke riktighet – og utsagnet er i ettertid også demotert overfor oss av Hogstad. Gunnar Misje var plasstillitsvalgt for NSF, seksjon sikkerhet, i perioden 2004-2006. Sykepleien beklager at det har dannet seg et inntrykk av at Misje ikke gjorde jobben sin som tillitsvalgt.

red.

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykeplei-

ernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale

oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Vi siterer Peder Kjøs

«De fleste av oss psykologer har innrettet oss slik at vi slipper å forholde oss til underklassen.»

Peder Kjøs i Tidsskriftet for Norsk Psykologforening.



Partner for bedre helse™

Lyrica® - nå med godkjent indikasjon generalisert angstlidelse (GAD) hos voksne¹

- Representerer en helt ny virkemekanisme innen behandling av GAD¹
- Gir signifikant reduksjon i Hamilton Anxiety Rating (HAM-A) score i løpet av én uke^{2,3}
- Gir signifikant forbedring av både somatiske og psykiske symptom ved GAD^{2,3}
- Har ingen kjente farmakokinetiske interaksjoner^{1,4}

Refusjonsmuligheter^{5,6}

§ 5-22- Bidragsordningen

- Pasienten får dekket 90% over 1600 kr
- Legen trenger IKKE søke, og skriver ut Lyrica® på vanlig hvit resept
- Pasienten tar selv med seg kvittering fra apoteket til sitt lokale trygdekontor

§ 5-14 (§10a)

- Spesialister kan også søke via §5-14 (§10a), pkt.18

Dosering¹

Startdose:	75 mg x 2
Etter én uke:	150 mg x 2
Etter ytterligere én uke:	225 mg x 2
Maks dose:	300 mg x 2

Dosereduksjon er nødvendig ved nedsatt nyrefunksjon, se tabell i FK-teksten

Se preparatomtale side 44



Ref nr.: 0760-2006

LYRICA®
PREGABALIN

Hva skjedde siden sist? Sykepleien følger nyhetsbildet, både i bladet og på nett. Ring oss om tips, på tlf. 22 04 32 00 eller klikk deg inn på «Kontakt oss» på sykepleien.no



Vær kritiske til evidensbegrepet, lyder hovedbudskapet i danske **Sygeplejerskens** hovedoppslag.

Eldre sulter på sykehjem

Mellom 20 og 50 prosent av de eldre på norske sykehjem er underernærte, viser en undersøkelse fra Sosial- og helsedirektoratet. Unni Hembre, 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund er ifølge Vårt Land ikke overrasket over tallene. Hun mener undersøkelsen bare bekrefter hva forbundet selv har avdekket..

Kommunene bruker mer

Kommunene økte sine utgifter til pleie- og omsorgstjenester med 8,3 prosent fra 2005 til 2006, og brukte til sammen 56,5 milliarder kroner på denne sektoren i fjor. Realveksten var på 5 prosent, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Ønsker bedre kontroll

Høring: Helse- og omsorgsdepartementet foreslår her å endre helsepersonellovens advarselsbestemmelse for å gjøre det lettere å gripe inn mot helsepersonells uheldig opptreden.

Full klamydia-alarm

Folkkehelseinstituttet har varslet alle kommunene i landet, og ber leger være oppmerksomme på en mutert klamydiabakterie som har kommet til Norge. Den muterte varianten oppsto i Sverige.

Jukser seg til helsejobb

Falske sykepleiere, leger og psykologer er et økende problem i Norge.

– Svindlerne kan deles inn i to grupper: Amatører og profesjonelle. Dessverre klarer vi nok bare å avsløre amatørerne, sier Per Haugum, direktør i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Harlem sjef for sør-øst-helse

Hanne Harlem (42) blir den nye styrelederen i Helse Sør-Øst, tidligere Helse Sør og Helse Øst.

Britiske leger mot dødshjelp

Legeforeningen The Royal College of Physicians opplyser at de fleste av deres medlemmer går mot den foreslåtte lovendringen. Hele 75 prosent sier at de er mot loven som skal gi leger lov til å gi en dødelig dose medisin til en pasient som ligger på dødsleiet, melder ANB-AP

Bredbånd over grensen

Et nytt høyhastighets bredbåndnett mellom Troms og Nordbototen skal gi økt helsesamarbeid mellom Norge og Sverige.

Åpner journalloggene

Helse Bergen gir nå alle pasientene sine adgang til å kontrollere logger som viser hvor ofte og hvem som har gjort oppslag på pasientjournalene deres.

10 tiltak mot sykefraværet

HMS-arbeid tolv kommuner er valgt ut for å delta i et pilotprosjekt som skal intensivere innsatsen mot høyt sykefravær. Kvalitetskommuneprosjektet er satt i gang av Kommunaldepartementet etter en avtale mellom staten, KS og hovedsammenslutningene i kommunesektoren.

Samme fugleinfluensa

Fugleinfluensavirusene som er påvist i Storbritannia og Ungarn er i all vesentlighet identiske, opplyser britiske myndigheter.

Orkdal beholder føden

Det skal fortsatt være fødeavdeling ved Orkdal sykehus, anbefaler prosjektgruppa som har utredet fødetilbudet i regionen, skriver Tidens Krav.

Dyr medisin tapper sykehus

Nye medisiner sprenger budsjettet på sykehjem. En pasient ved Grefsenhjemmet i Oslo brukte medisiner for 35 000 i måneden. På årsbasis var det 75 prosent av hele medisinbudsjettet, melder NRK.

Planen klar

Sosial- og helsedirektoratet er nå klar med Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene med nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007.

Ønsker anonym varsling

Tre av fire sykepleiere har tro på at anonym varsling vil føre til at avvik rapporteres oftere, fremgår det av en spørreundersøkelse blant 500 sykepleiere, melder sykepleien.no

På korridoren

Gamle og syke må fortsatt bo i korridorene når de legges inn på sykehus. Hver dag ligger 200 pasienter på korridorer i norske sykehus. I flere år har myndighetene sagt ingen skal ligge i korridorene. Tall NRK har hentet inn fra norsk pasientregister og mange norske sykehus, viser at det daglig lå flere enn 200 pasienter på korridoren i fjor, som året før og året før der.



Hvilke vaksiner skal vi ha? Hvem skal informere og hvem skal vaksinere? spør svenske **Läkartidningen**.



British Medical Journal tar opp hundebitt i siste nummer. Et av hovedpoengene i coverartikkelen er at sårstell er vel så viktig som bruk av antibiotiske medisiner i behandlingen av bitt.



Abilify® (aripiprazol) viser vedvarende effekt på positive og negative symptomer uten å påføre pasienten klinisk relevant vektøkning¹⁻²

1. Kasper et al. Int J Neuropsychopharmacol. 2003;6(4):325-337
2. SPC Abilify®
3. Carlsson A. et al. Dopaminergic Stabilisers. Adv Schiz Clin Psych Vol 1 No 4 2005: 118-28

**Abilify® (aripiprazol)
- en dopaminstabilisator til behandling av schizofreni³**

Vi spør Hanne Harlem

Alder: 42 år

Aktuell som: Nyutnevnt styreleder i den nye kjemperegionen Helse Sør Øst

Fakta: Helse Sør og Helse Øst er slått sammen og Hanne Harlem blir styrets første leder. Hun er jurist og for tiden universitetsdirektør i Oslo. Hun har også vært justisminister (Ap).



Hvordan orker du å være leder i enn sånn gigant?

– Jeg ser det ikke sånn. Det blir spennende og utfordrende fordi det er en viktig oppgave.

Vervet som styremedlem i Helse Sør har gitt mersmak?

– Jada. Det er viktig å få til et så godt helsevesen som mulig med de rammer samfunnet mener det er riktig å bruke på det.

De ansatte blir ikke hørt, sier de. Vil du lytte mer?

– Jeg er lyttende til det de ansattes organisasjoner har å si. De sitter med viktig kunnskap.

Kan de ansatte bli utslitt av nok en omorganisering?

– Jeg har veldig forståelse for at det kan være ugreit for ansatte nå. Omorganiseringer er ofte slit-somme. Det gjelder å gjøre det på best mulige måte Heldigvis er ikke de ansatte i helseforetakene direkte berørt i første omgang. Men hvis vi ikke mente at noe må gjøres, var det jo ikke noe poeng med sammenslåingen.

Hva blir din viktigste oppgave som styreleder?

– Å legge til rette for et best mulig helsevesen.

Skal du gjøre klar sparekniven?

– (Sukk.) Har ikke lyst til å ta den vinklingen. Jeg tenker heller: Ja, vi får penger fra Stortinget og de skal vi bruke på best mulige måte.

Hva blir den største utfordringen for et så stort helseforetak?

– I første omgang å få på plass en ny organisasjon som fungerer godt i alle ledd. På lengre sikt blir det å utnytte ressursene godt. En særutfordring er jo å finne en bedre løsning for Oslo-regionen.

Hvor tydelig vil juristen i deg prege styrevervet?

– Ikke så veldig, tror jeg.

Hva gruer du deg til?

– Til de situasjonene jeg må ta beslutninger som for noen gjør vondt.

Vil du til å søke råd hos din legesøster Gro?

– Ha, ha! I utgangspunktet ikke. Når vi treffes, snakker vi som regel om andre ting enn jobb. Men hun forteller nok noen sykehushistorier.

Ellers?

– Opplever at Norge har et godt helsevesen. Men vi får stadig nye utfordringer fordi det hele tiden kommer nye muligheter.

tekst **Marit Fonn** foto **Martin Toft** / UiO

Nyhet EU

tekst **Odd Letnes**

Invasjon av billige sykepleiere?

Underbetalte rumenske og bulgarske sykepleiere på jobb på norske sykehus kan bli resultatet av et strategiarbeid som starter i EU til sommeren.

Om dette arbeidet vil føre til et nytt direktiv - og hvilke konsekvenser det i så fall vil få for sosial dumping, pasientmobilitet og godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, vet man foreløpig ikke.

Pasienter over grensene

Det planlagte strategiarbeidet er en følge av at helsetjenester ikke omfattes av tjenstedirektivet, som EU- og EØS-landene nå behandler. Strategien vil blant annet omfatte pasientmobilitet og tiltak for å redusere helse-

forskjeller i de enkelte land og mellom EU-land. Den vil også dreie seg om etablering av private helsefirmaer i andre land og grenseoverskridende handel med helsetjenester.

– Hvorvidt det legges opp til omkamper på områder som kan føre til sosial dumping av lønns- og arbeidsvilkår, gjenstår å se, sier sjeføkonom Erik Orskaug i Unio.

Han viser til et uformelt diskusjonsnotat som EU-kommisjonen har sendt på høring. – Det er ikke noe som peker i

den retning der, mener han, men legger til:

– Vi har heller ingen garantier for at det *ikke* kan skje.

– Regjeringen slurver

Inntil videre er det tjenstedirektivet som står i fokus for offentlig debatt. Diskusjonen har gått varm, og frontene har tilspisset seg. Unio er kritisk.

– Regjeringen har ikke gjort jobben sin og utført grunnlagsarbeidet vi forventet før høringen om tjenstedirektivet. For Unio er det for tidlig å ta stil-

ling til direktivets konsekvenser for norsk lov, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Han er glad for at helsetjenester nå er unntatt fra direktivet, men etterlyser klarhet i forhold til eldreomsorg.

– Vi ber regjeringen klargjøre at eldreomsorgen som helhet skal omfattes av helsetjenester og sosiale ytelser, og dermed tas ut fra direktivet, sier Folkestad.

Melder ikke fra om uegnete studenter

Bare én student er meldt som uskikket til sykepleieryrket til Statens autorisasjonskontor de siste seks årene. Det bekymrer autorisasjonsdirektør Per Haugum sterkt.

1. august i fjor ble det innført en forskrift om skikkethetsvurdering for blant annet sykepleiere under utdanning.

– Har dere fått noen saker fra skolene?

– Nei. Generelt hører vi lite fra den kanten. De skal varsle oss dersom studenter er blitt utvist fra studiet dersom de på ett eller annet vis er uskikket til å utøve yrket som sykepleier, sier Haugum.

Helsepersonelloven paragraf 57 lister opp en rekke forhold som kan gjøre helsepersonell uskikket: alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd på helsepersonelloven eller atferd som anses uforenelig med yrkesutøvelsen som helsepersonell.

– Rart

I løpet av de siste seks årene har SAFH fått én melding fra en skole om en sykepleierstudent som ikke var skikket til yrket.

– Jeg husker saken godt. Den

handlet om en 48 år gammel student som innledet et seksuelt forhold til en pasient på psykiatrisk avdeling, sier Haugum.

Han synes det er rart at skolene ikke er flinkere. Både når det gjelder å følge med på om studentene er uskikket til å praktisere yrket, og når det gjelder å melde fra til SAFH.

– Det er litt rart at vi bare har fått én melding. Hvert år godkjenner vi mellom 3 000 og 4 000 sykepleierstudenter. Det betyr at det til enhver tid finnes rundt 10 000 sykepleierstudenter under utdanning. Jeg har vanskelig for å tro at det ikke finnes noen «råtne» egg i kurven. Lærerne har mulighet til å følge med, det ansvaret må de ta seriøst, sier han.

Haugum tror at taushetsplikten er en grunn til de manglende meldingene, men ber lærerne tenke seg om før de skjuler seg bak taushetsplikten for å slippe å varsle.

Melder om rus

Det har de siste årene vært en økning av antall henvendelser til SAFH med opplysninger om

rusmisbruk både hos studenter som studerer helsefag, og hos personer som har søkt om profesjonsgodkjenning hos SAFH.

– Vi fikk en melding fra politiet om en sykepleierstudent som jobbet nattevakt på en institusjon, og solgte narkotika om dagen, forteller Haugum og fortsetter:

– Det sier seg selv at kombinasjonen av narkotikasalg og sykepleievirke, skaper bekymring. Vi tok kontakt med skolen som videre utviste personen, sier han.

Publikum

Haugum mener det er bekymringsfullt at det ikke finnes gode virkemidler tilgjengelig. Det kunne gjort det lettere for SAFH å innhente faktaopplysninger om personer som har et rusproblem. Nå er kontoret avhengig av tips fra publikum.

– Det er også bekymringsfullt at utdanningssektorene ikke har etablert et system for egnethetsvurdering av studenter som studerer helsefag. Det gjør det vanskelig å få luket ut personer med rusproblemer eller andre uegnethetsgrunner så tidlig som mulig, sier han.



FAKTA

Helsepersonellregisteret

I 2006 ble SAFH oppmerksom på at et stort antall autorisert helsepersonell ikke hadde fått sine autorisasjoner registrert i Helsepersonellregisteret (HPR). Det kommer fortsatt inn henvendelser vedrørende manglende registrering i HPR. For å sjekke om du er registrert kan du gå inn på www.safh.no

Noen tall fra SAFHs årsrapport:

2006 var nok et år der Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) fattet vedtak i svært mange saker:

- SAFH innvilget 16 469 søknader om autorisasjon i 2006. Av disse er 5528 søknader om autorisasjon som sykepleier.
- SAFH avslo 917 søknader om autorisasjon i 2006. Av disse er 388 søknader om autorisasjon som sykepleier.
- SAFH fattet med andre ord til sammen 21 661 enkeltvedtak etter forvaltningsloven i 2006.
- Ved årsskiftet 2006/07 hadde man til sammen 1 360 saker som ikke var ferdig behandlet, hvorav 741 ikke var tatt under behandling fordi saksgebyret ikke var betalt.

Økende juks med autorisasjoner

Et rush av indiske sykepleiere som ønsker å få norsk autorisasjon skaper hodebry for Statens autorisasjonskontor.

Statens autorisasjonskontor (SAFH) fikk også i 2006 inn søknader med falske dokumenter.

– I år har vi fått ett nytt pro-

blem i forhold til et firma som rekrutterer indiske sykepleiere til Norge. Vi får store bunker av søknader derfra, sier direktør i SAFH, Per Haugum.

Han tror den indiske pågangen skyldes løftene fra Soria Moria-erklæringen om 10 000 nye hender i omsorgssektoren. Men prosessen for å få norsk godkjenning er lang og mer omfattende en det dette

firmaet muligens har trodd.

– De indiske sykepleierne fra dette firmaet må tilfredsstille utdanningskravene og lære seg språket. I flere tilfeller har vi stusset på dokumentasjonen vi får. Når vi spør etter ytterligere dokumentasjon, hører vi aldri noe mer. Det kan være en indikasjon på «juksing», sier han.

SAFH praktiserer nulltoleranse i

saker hvor det blir oppdaget juks.

– Det vil si at vi alltid anmelder det til politiet, og fatter vedtak på søknaden. Systemet er basert på tillit og denne type straffbare tillitsbrudd er ikke akseptable. Dessverre ser det ut til at omfanget av slike saker er økende, sier Haugum.

- Lavdosert p-pille – 20mcg EE¹
- Ingen vektøkning²
- 35% reduksjon av akne-lesjoner¹

MER ENN 30 ÅRS
ERFARING MED
HORMON-
KOMBINASJONEN
I NORGE³.

LOETTE®



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Trionetta forsvinner, men hormonkombinasjonen består!

	Trionetta	Loette	Microgynon	Mercilon	Marvelon	Yasmin	Yasminelle
Etinyløstradiol (mcg)	30/40/30	20	30	20	30	30	20
Levonorgestrel (mcg)	50/75/125	100	150				
Desogestrel (mcg)				150	150		
Drospirenon (mg)						3	3

Tabellen viser hormoninnholdet i Trionetta og de monofasiske p-pillene tilgjengelige i Norge. Loette leveres av Wyeth – en av verdens ledende produsenter av kvinnehelseprodukter.

Drammensveien 145b, 0277 Oslo. P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 40 00 23 40. Telefax: 40 00 23 41
E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

Wyeth

Grete Waitz

HELSESKO

Grete Waitz sålen i alle modeller



NYHET!

WEB-sandalen

Waitz-Energy-Balance

Nyutviklet sandal med unike egenskaper!
– produsert på egen fabrikk uten fordyrende mellomledd.



VÅR PRIS
895,-



Art 210 nubuk skinn
Farge : sort Str. 36-42

Art 211
nubuk skinn
Farger: sort
eller rød.
Str. 36-42

EN NY SANDAL FOR EN BEDRE HVERDAG:
Såleprofilen reduserer muskeltretthet og gir mindre belastning på hofter, rygg og knær. Dynamisk gelenkstøtte under fotbuen gir bedre avlastning og økt komfort.



Art. 294 oljet skinn
Farge: rust 35-42
Nå med justerbar bakrem!
NYHET!



Art. 288 oljet skinn
Beige eller sort.
35 – 46
Bestselger 2006

549,-

549,-

SVARKORT

Ja takk! Jeg ønsker å bestille Grete Waitz helsesko.
Skriv inn artikkelnr., farge, størrelse, antall og pris.

Artikkelnr.	Farge	Størrelse	Antall	Pris

Navn:

Adresse:

Postnr.: Sted:

Tlf.: E-post:

Det er trygt å bestille, – du har full bytte og returrett

Tlf.: 67 97 80 40

Fax: 67 97 18 16

E-mail: post@footcare.no

For flere modeller se:

www.footcare.no

Tillat oss inntil 3 ukers leveringstid.

*Porto/oppravsgebyr kommer i tillegg

Grete Waitz

Adressaten betaler for sending i Norge



Distribueres av Posten Norge

Foot Care AS
SVARSENDING 4330
0093 OSLO

Mye å spare på innkjøp av medisiner



Innkjøpsrutinene for medisiner ved sykehjem er ikke gode nok. Kostnadene ved anskaffelse er store, og det kjøpes ofte så store pakninger at mye av innholdet går ut på dato og må kasseres.

Her er det mye å spare, mener farmasøyt Iver Strøm, som har vært med på farmasøytisk tilsyn ved fire sykehjem i Nord-Østerdalen. Tilsynene har gitt en rekke interessante opplysninger om kostnader omkring medisinlogistikk fra bestilling og innkjøp i den ene enden til kassasjon i den andre. Her flagrer det tusenlapper, fremgår det av undersøkelsene.

– Hvis vi anslår at hver varelinje på en bestilling koster omkring 50 kroner, og de samlede bestillingene inneholder 2000 varelinjer i året, betyr det at det koster 100 000 kroner bare å administrere innkjøpene. I tillegg kommer prisen på produktene.

Kassasjonen befinner seg i andre enden av medisinholdertingen ved institusjonen. Et hovedtrekk ved de sykehjemmene Strøm har undersøkt, er at mange

legemidler kasseres uten at de engang har vært tatt i bruk. Det vil si en kassasjon på 100 prosent.

– For ett av sykehjemmene utgjorde slike ubrukte pakninger hele 48,9 prosent av kassasjonen, sier Strøm.

Kortere holdbarhet

Andre hovedtrekk fra Strøms undersøkelse er at:

- det som kasseres er store pakninger. Det gjelder både for medikamenter som er tatt i bruk eller ikke tatt i bruk
- det kjøpes inn for mange pakninger av samme legemiddel om gangen
- av de kasserte medikamentene finnes betydelige mengder antibiotika
- nyere legemidler har kortere holdbarhet enn eldre, ved siden av at de koster mer

På det siste punktet gir Strøm et eksempel med to mye brukte medisiner: Det noe eldre legemidlet Verakard 40 mg (hjerte- og karpreparat) koster nå 59 kroner for 100 tabletter, med en holdbarhet på fem år. Et nyere legemiddel, Zyvoxid 600 mg (antibiotika), koster 17 709 kroner og har en holdbarhet på to år.

Mange årsaker

Det er mange årsaker til den høye kassasjonen, mener Strøm og peker på kortere holdbarhet kombinert med færre doser per døgn eller uke, behov for beredskapslager, dårlig utnyttelse av returordninger og selve innkjøps-systemet som ofte tvinger en til å kjøpe store kvanta.

Det er også viktig å være oppmerksom på at antibiotika brukes i kortere perioder i motsetning til

medikamenter som kan brukes i årevis av samme pasient.

– Det betyr at av en pakke på 100 tabletter antibiotika, kan kanskje 80 bli liggende igjen etter en kur. Dersom det ikke oppstår behov for tilsvarende medikament innenfor holdbarhetstiden, får man en kassasjon på 80 prosent av akkurat denne pakningen.

Strøm har ingen klar og enkel fasit på hvordan problemene kan løses. Men til tross for at legemidler blir dyrere og dyrere og holdbarhetstiden går ned, er det lav bevissthet omkring problemet.

– Det burde være en naturlig del av opplæringen for både sykepleiere og leger, mener Strøm.

Med kløver i hjertet

Hvordan få dagens 40-åringer til å synes at det er kult å være sanitetskvinne? Det er en av utfordringene til Anne-Karin Nygård når hun nå har blitt generalsekretær i Norges største kvinneorganisasjon.

Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) var en gang en feministisk og radikal organisasjon. Hvert år gir den bort cirka 10 millioner kroner til forskning, hovedsakelig innen kvinnehelse. I tillegg prioriteres haugevis av prosjekter

innen blant annet barn og unge, psykisk helse og beredskap. Hvordan har det seg at vi forbinder den med gamle damer i foldeskjørt som strikker grytelapper og fester glørete fjær på fastelavnsris? – Det er en av mytene jeg vil til livs. Men samtidig skal man ikke kimse av de eldre som strikker og syr. Dette selges og gir organisasjonen gode inntekter. Fastelavnsrisaksjonen har de siste årene innbrakt mer enn 80 millioner kroner, sier generalsekretær Anne-Karin Nygård.

Som arbeiderpartipolitiker, sykepleier og tidligere aktiv i Norsk Sykepleierforbund, samt med 20 års ledererfaring, har hun allsidig bagasje når hun fra i år skal være det nye ansiktet utad for NKS. Nygård var også den som i sin tid startet Kløverinstitusjoner AS, som er et utviklingsselskap for NKS' institusjoner og virksomheter.

KLØVERDAME: Anne-Karin Nygård fikk en tanke fra hjertet da hun fikk tilbud om å bli generalsekretær i Norske Kvinners Sanitetsforening: «Ja, sanitetskvinnene er mitt liv!»

Pionerer

NKS er 111 år gammel. Det var radikale Fredrikke Marie Qvam som startet organisasjonen som etter krigen ble Norges største frivillige organisasjon med 240 000 medlemmer.

– Se tilbake: NKS var tidlig ute på mange områder innen helse. De startet først med både tuberkulosehjem, helsestasjon, revmatismesykehus, ungdomspsykiatrisk behandlingshjem, hjem for demente, pasienthotell og mer til, ramser Nygård opp.

Da det ble lovbestemt at helsestasjonen skulle være et offentlig helsetilbud, fantes det 1 200 helsestasjoner i landet. 700 av dem ble drevet av sanitetskvinnene. Disse fikk kommunene i gave fra NKS da lovendringen kom.

De siste tiårene har det gått jevnt og trutt nedover med medlemstallet. I fjor var det 59 100 betalende, da gikk årskontingenten opp til 325 kroner. Men fremdeles er det hele 1 400 sanitetsforeninger som gjør et mangfoldig arbeid i lokalmiljøet sitt.

Nygård har et sterkt ønske om å ta med seg de stolte tradisjonene og de radikale røttene når hun nå skal være med og føre organisasjonen videre.

– Jeg håper vi kan transformere de grunnleggende verdiene man hadde for 100 år siden inn i vår tid. Det å ha solidaritet med dem som storsamfunnet ikke ser eller prioriterer. Dessuten tror jeg det er viktig for folk å være noe for andre.

To mål

Anne-Karin Nygård har to vyer for organisasjonen fremover: Hun vil bidra til vekst, slik at NKS fortsatt skal være Norges største kvinneorganisasjon, og hun vil at organisasjonen skal være en sentral aktør i samfunnsdebatten og i debatter der frivillige organisasjoner er med. – Mer Holmgang og den slags,

altså?

– Ja, vi skal bli førstevalget i debatter og i myndighetenes samarbeid med ideelle organisasjoner. Vi må bli synlige og da nytter det ikke lenger med det gamle mottoet til NKS: «Gjøre det sådan i det stille».

– Men hvordan skal du få til rekrutteringen?

– Vi må se lokalt hva som er behovene og jobbe prosjektorientert ut fra det. Vi må skape engasjement, ikke bare gi penger. I dag har vi mange spennende prosjekter gående.

Nygård nevner arbeidet med innvandrerkvinner. Ett av prosjektene gir språktrening over grytene, i et annet er sanitetskvinner barnevakt slik at mor kommer seg på norskkurs. Et samarbeidsprosjekt med andre organisasjoner handler om å hjelpe innvandrerkvinner ut i arbeidslivet.

– De yngre kvinnene vil gjerne jobbe på andre måter enn de eldre. Det viktigste er å lytte til folks ønsker slik at behovene er lokalt bestemt, og at vi gjør noe med det.

– Hvem er gjennomsnittslederlemmet i NKS?

– Gjennomsnittsalderen er høy. Alle typer kvinner er med, fra den hjemmearbeidende som er engasjert i lokale prosjekt, den på 90 år som fortsatt er aktiv og binder fastelavnsris, til leger og andre akademikere.

– Hva synes du om navnet på foreningen?

– Jeg ser at det kan virke ekskluderende siden vi også har mange menn som medlemmer. Men både navnet og kløverlogoen er en merkevare som har vært kjent i over 100 år og som folk forbinder med mye positivt.

– Ordet sanitet – nokså gammelaldags?

– Jo, men vi må heller endre innhold i organisasjonen enn å forandre på en god logo.



Høyere turtall etter sykehusreformen

Økt aktivitet, bedre effektivitet og kortere ventetid. Dette er noen av konklusjonene i en fersk evaluering av sykehusreformen.

Norges Forskningsråd har gjennomført rapporten på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ifølge evalueringen går utviklingen i riktig retning på noen områder. Det er mer aktivitet i sykehusene enn tidligere, og effektiviteten har økt markant med 3 til 4 prosentpoeng. Totalt sett er ventetidene også blitt redusert. Men det er malurt i begeret. Pasientene i de lavest prioriterte gruppene har fått de største kuttene i ventetiden, noe som faktisk innebærer en forverring av prioriteringspraksisen på sykehusene. Ifølge de nasjonale målsetningene burde forskjellen i ventetiden mellom høyt og lavt prioriterte grupper ha økt. Slik er det ikke.

– Jeg ser at vi fortsatt har utfordringer med å prioritere de pasientene som skal raskest under behandling. Her er det for store forskjeller mellom helse-

regionene, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad i en pressemelding.

Lokalsykehuses rolle

Noen spesialiserte behandlinger, for eksempel kirurgisk akutt behandling og fødsler, er blitt mer sentraliserte. Noen behandlingstypene har blitt desentraliserte som følge av at private kommersialiserte sykehus er mer på banen enn før. Bruken av lokalsykehusene har ikke økt. Helseministeren medgir at lokalsykehuses oppgaver ikke er på plass og lover å følge dette opp. Da hun var på besøk hos Sykehus Innlandet på Hamar 5. februar lovet hun sykehusledelsen at lokalsykehusene skulle bestå i en aktiv rolle.

Liggetiden varierer

Å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten var

også et viktig mål for reformen. Ifølge rapporten er det ikke blitt slik. Store forskjeller i liggetiden for eldre pasienter indikerer at det er kommunenes pleie- og omsorgstilbud som påvirker hvor lenge pasientene blir liggende på sykehus. Reformen har ikke hatt noen markant innvirkning på omfanget av samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

– Riktig reform

– Evalueringen viser at sykehusreformen var nødvendig, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad og utdyper det slik:
– Det statlige eierskapet har gitt mulighet for en direkte styring som har gitt effekter. Vi venter mye mindre på sykehusbehand-



ling nå enn før. Langt flere får behandling for mange flere helseplager enn noen gang tidligere. Helseforetakene har klart å prioritere utbyggingen av det psykiske helsevernet slik vi har pålagt dem. Sykehusene våre er blant de mest produktive i Norden, og vi har laget et system som gir brukerne bedre muligheter til å være med og bestemme.

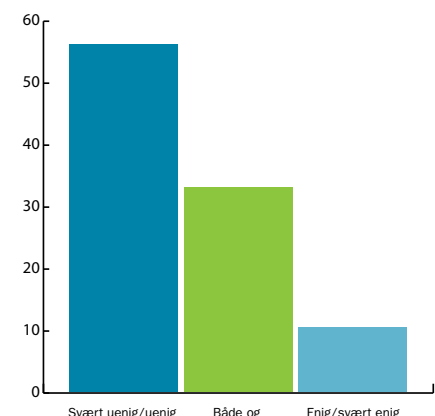
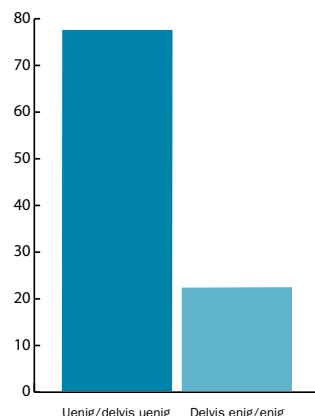
«Vi får mulighet til medvirkning i omdstillingsprosesser». Undersøkelse «God Vakt»:

«De ansatte har gode påvirkningsmuligheter i de nye helseforetakene». Undersøkelse «Medarbeiderkartlegging Helse Vest»:



SYKEHUSREFORMEN

Sykehusreformen ble gjennomført fra 1. januar 2002, som en av de største reformene i norsk helsetjeneste. Målet var en helhetlig og tydelig statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Behandlingskapasiteten skulle økes og ventelistene kuttes. Pasientene skulle prioriteres i tråd med de nasjonale retningslinjer, og alle skulle ha god tilgang til helsetjenestene uavhengig av bosted. En styrking av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten var også et klart mål.





...men ansatte blir ikke hørt

Ansatte i helseforetakene opplever ikke medbestemmelse når omstillinger skal gjennomføres.

Arbeidstilsynets «God Vakt»-undersøkelse og en kartlegging blant ansatte i tre lokale foretak innen Helse Vest RHF viste at et overveldende flertall føler at de ikke får medvirke i omstillingsprosesser.

«Vi får medvirkning i omstillingsprosesser» var hypotesen 2259 ansatte i hele Norge svarte på. Nei, dette er vi ikke enig i, sa fire av fem. Helse Sør hadde flest nei-svar, av de 562 som svarte følte hele 79,7 prosent at de ikke hadde medvirkning. I Helse Midt Norge svarte 72,8 prosent av 330 ansatte det samme. Svarprosenten i undersøkelsen var lav, 59 prosent.

«De ansatte har gode påvirkningsmuligheter i de nye helseforetakene» var hypotesen i en annen kartlegging blant tre lokale foretak innen Helse Vest RHF. Dette ville heller ikke de ansatte være

med på. Ni av ti var uenig eller svært uenig i påstanden.

Må mase

– Dette var ille, men slett ikke overraskende, sier foretakstiltsvalgt Wenche Erichsen i Helse Stavanger. Hun har selv opplevd å befinne seg på sidelinjen når viktige omstillinger skulle avgjøres.

– Som tillitsvalgt lærer du fort å mase for å bli med i råd og utvalg, sier hun tørt.

Å få trødd endringer ned over hodet skaper frustrasjon. Når bare en liten krets rundt ledelsen er med på beslutninger som påvirker arbeidsdagen, sliter de ansatte med å holde oversikten. Misnøyen vokser fort og brer om seg, og da blir det mye å nøste i, mener Erichsen.

Forventer endringer

Å mase seg til å delta i råd og utvalg er en kjent affære for flere tillitsvalgte. Foretakstillitsvalgt Morten Falkenberg i Helse Sør kjenner seg godt igjen. En god kultur for

medbestemmelse er mangelvare i helseforetakene, mener han.

– Det er jammen på tide å sette fingeren på dette problemet. Vi har en regjering som har snakket varmt om medbestemmelse i endringsprosesser. Men det vil være en stor utfordring for helseforetakene å få dette til. Nå som dette er dokumentert, forventer jeg at det nye helseforetaket Helse Sør-Øst tar fakta på alvor, sier Falkenberg.

– Statsråden rosebilder situasjonen

Forskningsrådets rapport viser også en stor økning av opplevelsen av stress og ansvar i jobben i Helse Vest. 28,9 prosent svarte at stressnivået hadde økt, mens 3,4 prosent meldte om mindre stress. Ansvarsmengden i jobben hadde økt, svarte 15, 3 prosent, mens 4,1 mente det motsatte.

NSF-leder Bente Slaatten er ikke imponert over helseminister Sylvia Brustads innsats for å bedre arbeidsmiljøet og medbestemmelsen blant de ansatte.

– Arbeidsmiljøet står til stryk, men helseministeren tar likevel ikke dette nok innover seg. Vi opplever at hun underkommuniserte problemene og rosebilder situasjonen. Når fire av fem ikke opplever medbestemmelse i omstillingsprosesser, og sykefraværet er skyhøyt og økende, er dette et svært alvorlig signal.

Forbundsledelsen møtte helseministeren 8. februar med krav om konkrete tiltak. I foretaksmøtene med helseregionene den samme uken ble NSF delvis hørt, da statsråden krevde økt oppfølging av sykefraværet og en kartlegging av bruken av deltidsstillinger. – Ikke godt nok, mener Slaatten.

– Dette er for vagt. Krav om konkret dokumentasjon gjennom HMS-rapporter om arbeidet som blir gjort for bedre forholdene burde være et minstekrav til helseforetakene, sier en oppgitt NSF-leder.

Vil ha Amerika-sykehus i Norge

I USA får kvalitetssykehusene et eget sertifikat. Nå vil Lisbeth Normann ha samme ordning i Norge.

De kalles Magnet-sykehus. Sykehusmodellen kommer fra USA og er laget for å rekruttere nye sykepleiere og beholde de erfarne. For å få til det, må sykehuset oppfylle visse kriterier som skal føre til god kvalitet. Dette kontrolleres via en sertifiseringsordning.

USA har hatt Magnet-sykehus siden 1980-tallet, og har nå rundt 200 som er sertifisert.

Helsefaglig direktør Lisbeth Normann jobber for å få innført ordningen på sin egen arbeidsplass – Aker universitetssykehus i Oslo. Normann viser til at Aker sykehus ligger skvist mellom Ullevål sykehus – landets største – og Ahus like utenfor Oslo.

– Så sykehuset tar rekrutteringsutfordringen på alvor, påpeker hun.

– Universelt

– Magnet-sykehusene oppnår bedre resultater for pasientene.

Ifølge Normann er dette dokumentert: Færre uforutsette dødsfall finner sted, færre komplikasjoner oppstår og pasienttilfredsheten er høyere. Dessuten er det lavere turnover og lavere sykefravær blant de ansatte, og høyere arbeidstilfredshet.

I USA er det en egen sykepleierorganisasjon som er sertifiseringsorgan. Normann ser for seg at det her i landet måtte bli Norsk Sykepleierforbund (NSF) som sertifiserer, slik forbundet også godkjenner kliniske spesialister og veiledere.

– Det må ikke bli for byråkrattisk, sier Normann, som har vært fagsjef i NSF i nesten fem år.

– Men er en sykehusmodell fra USA god for Norge?

– Alle lurer på det. Det er mye der vi ikke vil ha, et fullprivatisert helsevesen, for eksempel. Men behovet for å løfte fram sykepleierne som bidragsyttere for god pasientbehandling er universelt.

– Hvis Magnet-ordningen er så fantastisk, hvorfor gjør ikke andre land det samme?

– Andre land tenker tanken. Jeg er i dialog med mange sykepleieledere i Europa og vet at flere fagmiljøer jobber med kvalitetskriterier.

Dugnad på Aker

– Skal vi heve kvaliteten på sykehusene, må vi hele tiden jobbe med å forbedre oss og utvikle praksis. Sykepleierne er den største gruppen, koordinerer både seg selv og andre og har ansvar for å lede sykepleien.

Hennes eget sykehus satte 8. februar i gang det de kaller sykepleierløftet.

– Et såkalt «bottom-up»-prosjekt; vi må få med folk nedenfra, ikke omvendt.

– Vi spurte: «Hvem vil være med på dugnad?» Nå har vi åtte arbeidsgrupper med 60 sykepleiere fra hele sykehuset, på tvers av klinikker og avdelinger.

Helseforetaket har 16 adresser, inkludert Follo og Ski, sier hun.

– Løftet innebærer å ta alle sentrale utfordringer på en

gang, ikke én og én, opplyser Normann.

– Sykepleierne må ta ansvar for både effektivitet og kvalitet.

Normann er ekstra glad for en egen satsing for de utøvende lederne – avdelingssykepleierne. Nå arbeider to grupper med ledelse, tre med praksis og tre med kompetanse.

Felles klinisk stige

Praksisgruppene har prosjekter om kunnskapsbasert praksis, elektronisk sykepleiedokumentasjon og sykepleiesensitive indikatorer, som fall, liggesår og ernæring.

En av kompetansegruppene arbeider med felles klinisk stige for alle sykepleierne. I dag har klinikkene hver sine ordninger.

– Vi samarbeider blant annet med Lovisenberg Diakonale Høgskole. De to siste modulene skal tas der for å få studiepoeng.

– Blir det mer lønn?

– Det er ikke opp til meg, men det er stor vilje til belønning. Vi håper også å få til et samarbeid om klinisk mastergrad.

Aker samarbeider også med Høgskolen i Buskerud om lederutdanning for avdelingssykepleierne.

– Disse mellomlederne har tøffe stillinger med mye krav. Jeg håper vi får til et veilederprogram for dem.

Normann synes ikke det har vært vanskelig å få gjennomslag for sykepleierløftet. Klinikkerne



MAGNET-SYKEHUS

Idéen ble introdusert i USA i 1983. Bakgrunn: Problemer med å rekruttere sykepleiere. Sykehusene må innfri bestemte kvalitetsstandarder for utmerket sykepleiepraksis- og ledelse.

Noen kriterier: Autonomi i yrkesutøvelsen, systematisk veiledning, gode systemer for kompetanseheving, riktig bemanning.

En egen sykepleierorganisasjon står for ordningen. Sertifiseringsprogrammet ble etablert i 1994. Nå er det 200 godkjente Magnet-sykehus i USA.



ØNSKER MAGNET: Lisbeth Normann, helse- faglig direktør på Aker universitetssykehus, ønsker Magnet-sykehus velkommen.

frigir tid til dem som deltar i gruppene.

– Men jeg har fått høre: «Hvorfor er dere så spesielle?» da svarer jeg: Vi er helt avgjørende for kvaliteten på pasientbehandlingen. Dessuten er vi flest – tusen ansatte – og står for flere hundre millioner i lønnsutgifter. Om ikke vi skal bidra tverrfaglig? Jo, vi skal også bli bedre til det.

Normann tenker seg at dette kan være et pilotprosjekt for andre profesjonsgrupper.

– Hvem da?

– Tja, radiografer? Sosionomer, psykologer. Leger, også. Utfordringen med å heve kvaliteten og bedre pasientbehandlingen er den samme for alle.

Støtte fra toppen

Sykepleierløftet inkluderer også en liten Magnet-gruppe på Aker, der også NSF er representert.

– Vi jobber med å utforme kriterier, men er ikke bundet til å gjøre det på samme måten som i USA. Vi kan lage vårt eget og vil komme med et konkret forslag til NSF.

– *Har du fått lettere gjennomslag fordi den administrerende direktøren på Aker er sykepleier?*

– Ja, vi behøve i hvert fall ikke de lange innledningene, sier hun og berømmer direktør Hulda Gunnlaugsdottir:

– Det er en veldig styrke for oss at hun så tydelig tror på

dette prosjektet. Veldig motiverende – for sykepleierne og for meg.

1. juni skal arbeidsgruppene være ferdig med sine rapporter.

– *Hva skal da skje?*

– Da må rapportene til beslutning hos linjelederne – og derfra formuleres inn i strategiplanene til sykehuset.

Vil bli NSF-leder

I november skal landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund velge ny leder.

– Jeg sier ikke nei, svarer Lisbeth Normann når Sykepleien spør om hun har lyst til å overta etter nåværende leder Bente Slaatten, som ikke tar gjenvvalg.

– Det ville være en morsom utfordring, det.

Hun legger til:

– Og krevende.



Her skulle de sykeste barna fått

UBRUKT: Enhetsleder Randi Birgitte Solheim Salvesen fortviler over at barneintensiven har fire isolat som står tomme i det splitter nye kvinne-barn-senteret på St. Olavs Hospital.



HARDT PRESSET: Enhetsleder for barneintensiven, Randi Birgitte Solheim Salvesen.

... og nyansatte skulle fylt gangene med liv. Men etter spareknivens herjinger står rom tomme, og slitne ansatte frykter neste kutt fra ledelsen.

Stakkars St. Olavs Hospital. Et splitter nytt sykehus er under bygging, men anleggsmaskinene akkompagneres av helseministerens brumming om elendig økonomistyring. 300 millioner må kuttes. Dermed står nybygde rom tomme. Folk må gå. Pasientmengden øker. Arbeidstilsynet pålegger sykehuset å tilpasse oppgavene etter ressursene. De tillitsvalgte får så ørene flagrer fra sine medlemmer. 600 personer er sykmeldte hver eneste dag. Og direktørene svirrer ut og inn som døgnfluer.

Sjokkmelding

Mest synd har det kanskje vært på barneintensivavdelingen i det nybygde kvinne-barn-senteret, hvor forskjellen på visjon og virkelighet har blitt vel stor.

Enhetsleder for Barn Intensiv, Randi Birgitte Solheim Salvesen, var i slutten av januar i fjor i ferd med å avslutte den voldsomme jobben med rekruttering. Den hadde tatt et helt år.

Enheten skulle ha 63 årsverk, mange av dem høyt spesialiserte intensivsykepleiere med spisskompetanse på barn. Tre uker før flytting til nybygget fikk Salvesen kontrabeskjed: Barneintensivheten skulle ikke åpne allikevel. Beskjeden kom som lyn fra klar himmel.

– Jeg fikk sjokk, men heldigvis er jeg vestlending. I stedet for å hyle ble jeg forbanna. Vi skal jammen ikke gi oss, tenkte jeg.

I rekordfart mobiliserte personalet seg med knyttede never og røde t-skjorter og stilte opp på sykehusets allmøte. Resultatet etter mange runder med ledelsen var at de fikk beholde 40 årsverk. Enheten ble uten intensiv-senger, men med tunge overvåknings- og postoperative senger.

Salvesen klarte akkurat å få til stillingspuslespillet uten å si opp noen. Frivillig avgang og de som skulle ut i svangerskapspermisjon ble ikke erstattet av vikarer. Det ble signalisert at enheten skulle opp å gå igjen i 2007.

Dermed kunne de i permisjoner komme tilbake i nye stillinger.

I sommerferien smalt det for andre gang. Ledelsen ville redusere med ytterligere 20 årsverk.

– Vi hosta opp mange argumenter for å beholde postoperativ service og fikk gehør. Dermed fikk vi begrenset reduksjonen til kun 10 årsverk.

Den siste nedbemanningen har ført til at de som gikk ut i svangerskapspermisjon ikke får noen stilling å komme tilbake til, som de ble lovet. I dag er Salvesen avdelingsleder for en stab som på under ett år er redusert fra 63 til 30 årsverk. De som måtte gå har riktignok fått andre stillinger ved sykehuset, men nedbemanningen har vært en smertefull prosess likevel. I november var sykefraværet oppe i 14 prosent.

Flere oppgaver, mindre ressurser

Hvert år har antall pasienter som har fått behandling ved St. Olavs Hospital steget. Stadig nye behandlingsmetoder, utstyr

og medisiner virker ikke slankende på sykehusets utgifter. Det har også vært en vekst i antall ansatte. Helt til i fjor, da antall ansatte sank. De fleste som gikk ved naturlig avgang ble ikke erstattet av nye.

2006 var også året da Arbeidstilsynet krevde at noe måtte gjøres ved sykehuset for å minke misforholdet mellom ressurser og oppgaver. Fristen var utgangen av året. Pålegget ble ikke innfridd, og sykehuset har fått utsatt fristen. Holdes ikke den, kommer det antakelig til å påløpe dagbøter som vil svi ytterligere for et hardt presset sykehus.

2007 kan bli enda verre: 330 årsverk skal bort. Denne gangen går det ikke å løse det ved naturlige avganger. En del sykepleiere blir omstilt til andre avdelinger. Antall sekretærer, renholdere, postverter og hjelpepleiere skal reduseres. Det vil si at sykepleierne får stadig flere oppgaver å løse som før ble gjort av andre. De må blant annet vaske kopper og bekken.

NSFs foretakstillitsvalgte ved sykehuset, Marit Olstad Røe, er bekymret for hvor det da blir av kvaliteten i sykepleierfaget. Sykepleiere vil måtte gå på akkord med

de etiske og yrkesfaglige retningslinjene.

– Vi kommer til kort når vi skal pleie den syke pasienten, sier hun.

– Ledelsen prøver å redusere normalarbeidsdagen og stillingsandeler. De vil ha oss til å jobbe flere dager i måneden og lager mer fleksible turnusordninger vi presses inn i. Andelen ubekvem arbeidstid etter klokka 17 øker.

Alt dette er ting de tillitsvalgte har prøvd å påvirke der de kan.

– Vi er med i prosessene, men har ingen makt til å stoppe gjennomføring av vedtak. Det kan bare direktøren og styret gjøre. Sykehuset må spare. Vår utfordring blir å gjøre den sparingen så skånsom som mulig både for ansatte og pasienter, hevder Olstad Røe.

Hovedverneombud John Olav Berdahl frykter at det kanskje ikke blir så attraktivt å være sykepleier på St. Olavs framover.

– Med færre hender til å løse oppgavene, forverres forholdet mellom oppgaver og ressurser. Det å lukke pålegget fra Arbeidstilsynet blir derfor enda mer utfordrende, konstaterer han.

Klikkete

På barneintensiven ble folk

demotiverte og sinte da det sto på som verst.

– Uansett hva man ble informert om, ble det tolket i verste mening. Folk trodde ikke lenger på det de ble fortalt, forteller enhetsleder Salvesen.

Nedbemanningen skapte klikker. De som måtte gå først følte seg mindre verdt. Noen sluttet mens det var dårlig stemning mellom dem og kolleger, noe som har skapt uforløste spenninger.

Også pårørende merket snakket om sparing, nedbemanning og elendighet. Folk klarte ikke å la være å snakke om det.

John Olav Berdahl har vært hovedverneombud på St. Olavs Hospital i ni år, og har aldri fått så mange henvendelser fra frustrerte ansatte som i den siste tiden:

– Utsatte yrkesgrupper gir meg tilbakemeldinger på at utrygghet og uvisshet fører til at mange mister nattesøvn og matlyst. De blir usikre, frustrerte og fortvilte.

Sykefraværet på hele sykehuset ligger nå på 8,4 prosent, hvilket betyr at cirka 600 er borte hver dag.

– Det frustrerende oppi alt dette er at vi skal drive et aktivt IA-arbeid, noe jeg begynner å få en dårlig magefølelse for. Vi har

ikke rom, plass eller mulighet for å legge til rette for dem som ikke yter 100 prosent når vi skal drive nedbemanning i 100 kilometer i timen, sier hovedverneombudet.

Også NSFs tillitsvalgte har en tøff tid og har måttet ta imot mye frustrasjon fra medlemmene.

– Ansatte som skal omstilles, føler seg ofte angrepet av arbeidsgiver. Nedskjæringene går helt klart ut over arbeidsmiljøet. Vi har et stigende sykefravær og flere konkrete personalsaker og søknader om uføretrygd nå enn før. Her kan det sprekke når som helst, advarer Olstad Røe.

Liggetid må ned

St. Olavs Hospital vil også omstille og skjære ned på andre områder i 2007: Blant annet vil legene ikke kunne jobbe like mye overtid som før, og pasientene vil få kortere liggetid på sykehuset. Driften skal legges om ved at man vil gå mer over til dagbehandling.

Liggetiden har gått merkbart ned ved alle norske sykehus siden innsatsstyrt finansiering ble innført og nye behandlingsformer har blitt introdusert. I 2006 vedtok styret i Helse Midt-Norge å korte ned på liggetiden med 20 prosent. I januar



KAMPKLARE: Her er avdelingen fra første nedskjæringsomgang i fjor vinter. I rekordfart mobiliserte personalet seg med knyttede never og røde t-skjorter til sykehusets allmøte. Det hjalp.

2005 var gjennomsnittlig liggedøgn hos St. Olavs Hospital 5,4, mens de to år senere var 4,7. Målet er en ytterligere reduksjon.

– *Hvordan er det mulig å korte ned enda mer?*

– St. Olavs har høyere liggetid enn ved sammenlignbare sykehus. Men vi har innledet et godt samarbeid med kommunen hvor vi finner gode løsninger på samhandling, sier administrerende direktør Gunnar Bovim.

I fjor hadde sykehuset 65 ferdigbehandlede pasienter fra somatikken og 54 fra psykiatrien, som de ikke fikk skrevet ut. Etter et krafttak er tallene i år henholdsvis 26 og 38. Dermed er det problemet betydelig redusert, slik at både liggetid og antall korridorpatienter har gått ned.

– I tillegg ser vi på sykehuslogistikken og omorganiserer slik at det skal bli mindre intern venting for pasientene, sier Bovim.

Om sykehuset har utfordringer i 2007, er dette bare blåbær i forhold til hva som kan bli realitetene om tre år. Hvis ikke noe gjøres med finansieringsregimet kan det bli snakk om kutt opp mot 1 milliard kroner, eller 20 prosent, av driften innen 2010.

I slutten av januar ble det klart at helseministeren bevilger 275 millioner kroner til Helse Midt-Norge i 2007. Hvor mye St. Olavs Hospital vil få av det er foreløpig uklart. Men dette er et av flere gode signaler som gjør at Bovim ikke vil bekymre seg for mye akkurat nå.

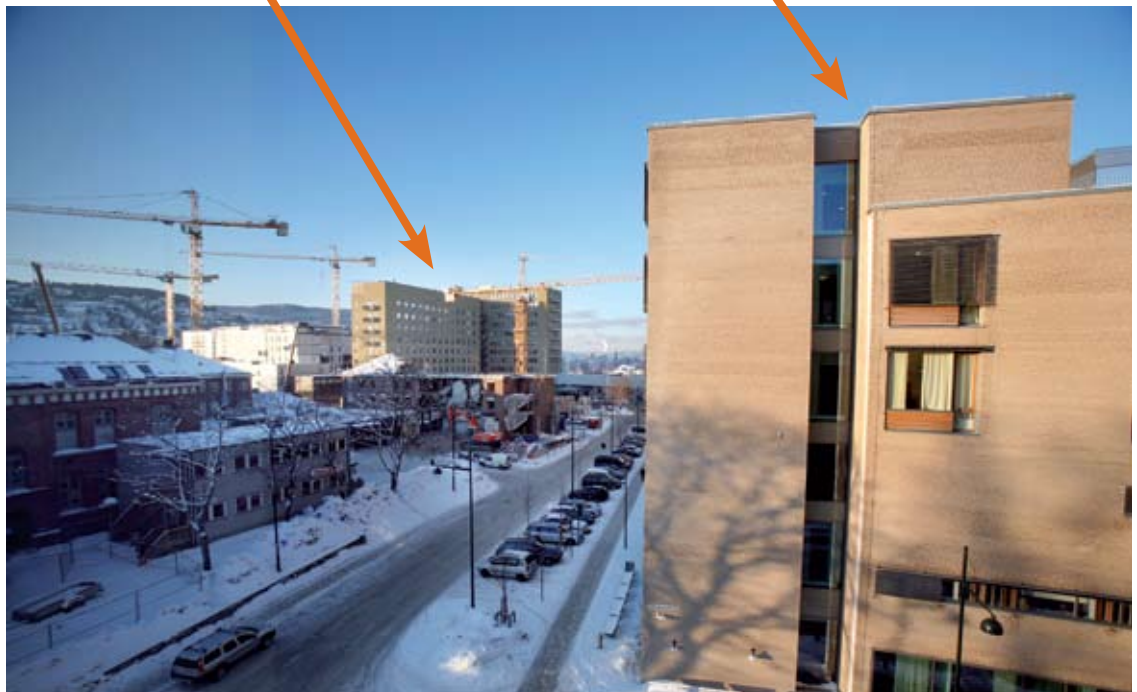
– Helse Midt-Norge revurderer inntektsmodellen, helseministeren bevilger ekstramidler og i tillegg vurderes det nye investeringsregimer for nybygg. Jeg har tillit til at demokratiet ordner opp for oss og at det kommer endringer fra 2009. I år må vi konsentrere oss om å redusere kostnadsnivået med 300 millioner.

Økonomidirektør Søraker tror sykehuset har mer å gå på gjennom å drive mer effektivt:

– Det må jobbes smartere. Blant annet er det mye å hente

Bak denne høyblokka skal den nye hovedintensiven på voksenavdelingen ligge.

Her er det nye kvinne-barn-senteret.



STOR AVSTAND: Det nye kvinne-barn-senteret og den planlagte nye hovedintensiven på voksenavdelingen hvor de sykeste barna må fraktes til, skal ligge i hver sine ender av sykehusområdet.

på pasientlogistikken. Ikke bare gjennom kortere liggetid, men også å tilstrebe en bedre utnyttning av operasjonssaler. Nå opereres det gjennomsnittlig kun i seks av døgnetts 24 timer.

Brustne visjoner

Nye St. Olavs Hospital bygges etter en såkalt sentermodell. Det vil si at alle klinikker skal bygges i egne

barna skulle få sin egen barneintensiv med fire isolat. Slik har det ikke blitt. Fortsatt må de sykeste kjøres til hovedintensiven på voksenavdelingen i stedet. Når den avdelingen er ferdig utbygd, vil avstanden være enda lenger enn i dag. De to avdelingene skal ligge i hver sin ende av sykehusområdet. De fire isolatene står tomme på kvinne-barn-senteret. Det finnes

Da kan vi bare gi opp denne avdelingen, for da holder jeg personalet for narr.

Randi Birgitte Solheim Salvesen

fysiske enheter som blir et slags minisykehus.

Kritikerne mener dette er en kostnadskrevende modell som svekker pasientsikkerheten og forringer fagmiljøet. Tilhengerne ser på det som en modell for fremtiden som er pasientfokustert, oversiktlig og samarbeidsfremmende.

Et slikt visjonært praktbygg skulle det nye kvinne-barn-senteret være. Endelig skulle man samle alle syke barn under samme tak, og samtlige grupper innen pediatri skulle samarbeide. De sykeste

ikke personale til å kunne ta dem i bruk.

– Det er fortærendes! Vi har både kompetansen og utstyret til å hjelpe de sykeste ungene som må intuberes og respiratorbehandles, men ikke nok hender. Man kan spørre seg om det er god økonomi å ha barna på flere ulike steder på sykehusområdet. Barna er framtidens vår. De er en spesiell pasientgruppe og planen var at de skulle skilles ut i et eget senter, hevder Salvesen.

Hun blir opprørt når hun tenker

på at det var politikerne som vedtok sentermodellen, men at ingen står igjen nå for å følge opp og ta ansvar.

– Det drives effektiv nyfødtmedisin her også. I en sentermodell kan nyfødt- og barneintensiv dra veksel på hverandre og samarbeide faglig, men da må alle fagområdene være der.

Ovenfra og ned

Riksrevisjonen har fremholdt at den styringsmessige og økonomiske situasjonen i Helse Midt-Norge synes å være ute av kontroll. Brustad brummer også. De store utfordringene til St. Olavs Hospital kommer hovedsakelig av at kostnadsnivået er for høyt i forhold til bevilgningene. I tillegg skal de bygge og drive sykehus samtidig. De såkalte pukkelkostnadene, som disse merkostnadene kalles, utgjør cirka 200 millioner kroner i året. Dessuten får sykehuset for første gang i historien en helårseffekt på renter og avskrivninger knyttet til nye bygg.

– Jeg innrømmer også at vi har hatt en kultur der ledelsen ikke har gjort nok for å ta ned kostnadene,

sier økonomidirektør Søraker.

En ekstern rapport anbefaler strammere økonomistyring ved St. Olavs Hospital. Søraker ramser opp hvordan de skal få det til:

– Vi vil se på organiseringen og bryte opp sykehuset i mer mål-bare enheter. Så vil vi få en tettere oppfølging av ledelsen ved de ulike enhetene. Ansvaret til avdelingsle-derne skal defineres bedre.

– *Hva betyr det i praksis?*

– I dag er sammenhengen mellom ansvar og myndighet for ullent. Konkret vil avdelingsle-derne merke tøffere krav om å overholde budsjett.

I 2007 skal alle ledere på samt-lige nivåer skrive lederavtaler. Det er en kontrakt der de blant annet forplikter seg til å følge budsjettet. Hovedverneombud Berdahl mener det viktigste i en nedskjæringspro-cess er å ta de ansatte med på råd

slik at endringene kommer nedenfra og oppover, ikke omvendt. Et kon-kret eksempel på hva han mener er fra da skrivetjenestene skulle sentra-liseres. Svaret lå klart på forhånd før prosessen begynte: Man skulle spare 10 millioner og kutte 40 stillinger.

– Prosessen der de ansatte er med må gå først og så får man komme fram til svarene etter hvert. Ellers er det ingen ansatte som støtter opp om endringene, råder Berdahl.

Sykehusdirektør Bovim er ikke enig i at prosessene bare går ovenfra og ned.

– Nedbemanning er vanskelig for alle. Vi har ikke særlig erfar-ing i dette, men vi har fått et tett samarbeid med de tillitsvalgte og alle ledernivåene, samt med ansatte og brukere. Våre eiere sier vi har kommet for seint i gang med omstil-lingene, og derfor kan nok mange synes at det går litt fort nå, sier han.

Lurt trill rundt

Med alle nedskjæringene som har vært og som kommer, frykter enhetsleder Salvesen at barnespe-sialistkompetansen på enheten skal smuldre bort:

– Det er ikke tid til å drive fagutvikling og ikke råd til å drive videreutdanning, sier hun.

Tolv av dem som deltok på sykehusets siste videreutdanning i barnesykepleie ble spisset mot barneintensiv. De bodde åtte dyre uker på hotell i utlan-det for å få all sin praksis fra barneintensivavdelinger. Alle har bundet seg til å jobbe på barneintensivavdelingen på St. Olavs til 2008, en avdeling som ikke er i nærheten av det de var forespeilet.

– De er lurt trill rundt, konsta-terer Salvesen.

Det har roet seg litt på enheten

nå, men sykefraværet er fortsatt på 14 prosent.

– Det utmatt oss å hele tiden følge med og slåss for å få beholde enheten mest mulig slik den var tenkt. Men vi som er igjen må nullstille oss og prøve å komme oss over kneika. Vi tenker framover. Vi kan ikke gi opp nå, mener Salvesen.

Og så lenge avdelingen klarer å holde på sengene for tung overvåkning og postoperativ, blir kanskje spesialsykepleierne værende. Men blir flere av disse sengene også lagt ned, vet ikke Salvesen hva som vil skje.

– Da kan vi bare gi opp denne avdelingen, for da holder jeg perso-nalet for narr. Jeg sier til dem at de må holde ut, men hvor lenge skal man det? Kommer det ikke snart en avklaring på hva som skjer med avdelingen, tror jeg folk slutter.

Raske direktører

Direktørene har kommet og gått ved Regionsykehuset i Trondheim/St. Olavs Hospital, med stadig kortere mellomrom.

– Det er ingen fordel med så hyp-pige direktørskift. Det blir ingen lange strategiske føringer. Dessu-ten blir det vanskelig å stadig få tak i nye folk, sier hovedverneom-bud ved St. Olavs Hospital, John Olav Berdahl.

– Jeg vet ikke om vi har hatt hyppigere direktørskifter her enn ved andre sykehus, men jeg er enig i at det har vært for ofte. Man trenger tid for å utøve en god ledelse, sier administrerende direktør, Gunnar Bovim.

– *Hvor lenge kommer du til å sitte?*

– Enhver leder må styre for evigheten og være forberedt på å måtte gå på dagen.



STYRER FOR EVIGHETEN: Administrerende direktør Gunnar Bovim.

Foto St. Olavs Hospital



FAKTA

Direktører ved Region-sykehuset i Trondheim/St. Olavs Hospital:

Jarle Øie: 14 år
(1972-86)
Harald Holand: 8 år
(1986-94)
Ottar Guttelvik: 1 år
(1994-95)
Inge Romslo: 4 år
(1995-99)
Jon Arve Hollekim 0 år
(konstituert i 1999)
Valborg Sund: 2 år
(1999-2001)
Jan Eirik Thoresen: 0 år
(konstituert i 2002)
Roar Arntzen: 4 år
(2002-2006)
Gunnar Bovim: Fra 2006

Departementet droppet avtale

Avtalen om 500 millioner i ulempetilskudd under byggingen av nytt sykehus er ikke å finne etter at staten overtok som eier i 2002. I stedet har St. Olavs fått kutt-kravet på 300 millioner i år.

Forutsetningene har endret seg for St. Olavs hospital. Da helseminister Gudmund Hernes signerte avtale om nytt universitetssykehus på Øya i Trondheim i 1996, var sykehuset eid av fylkeskommunen. Den gangen var avskrivninger og renter atskilt fra driftsbudsjettet. Sykehusene fikk bevilgninger for å bygge, mens de i dag må låne. Politikerne vedtok sentermodell og at det skulle bygges på samme område som der det gamle sykehuset stod.

Høsten 1999 ble avtalen fra 1996 mellom fylkeskommunen og staten reforhandlet. Det ble bestemt at departementet skulle finansiere driften av to sykehus mens utbygging pågikk. De såkalte pukkkelkostnadene som påløper når man driver nytt og gammelt side om side, skulle altså dekkes av noe annet enn driftsbudsjettet. Sykehuset skulle få 500 millioner kroner i ulempetilskudd i 1998-verdi, fordelt på hele byggeperioden.

Ingen vet

Avtalen om ulempetilskudd smuldret bort etter at staten overtok eieransvaret for sykehusene i

2002, uten at Sykepleien har klart å få noen forklaring på det.

– Hvis representantene for fylkeskommunen hadde visst at 500 millioner skulle forsvinne fra budsjettet når det bygges og drives sykehus samtidig, ville de aldri ha gått med på en slik utbygging, tipper hovedverneombud ved St. Olavs Hospital, John Olav Berdahl. Når Sykepleien spør politisk le-

januar 2006. Da kom beskjeden om at merkostnadene er en del av balansekravet. Ergo: Avtalen om ulempetilskudd gjelder ikke mer. Men hvorfor, får vi ikke noe svar på.

– Etter helsereformen har det blitt et nytt finansieringsregime hvor rammene er definert på nytt. Vi forholder oss til at merkostnadene er en del av balansekravet, sier

Vi kan ikke holde på sånn. Det blir jo håpløst å betjene slike lån over et driftsbudsjett.

John Olav Berdahl

delse i helse- og omsorgsdepartementet om hvordan en slik avtale bare kan forsvinne i det staten tar over som eier, får vi til svar at vi må spørre Helse Midt-Norge om det. Helseregionen henviser til dokumenter om saksgangen i byggeprosjektet. Der kommer det fram at Helse-Midt-Norge spurte om håndteringen av merkostnadene forbundet med drift av gammelt og nytt sykehus gjentatte ganger, uten å få noe avklarende svar fra departementet før i et foretaksmøte den 14.

kommunikasjonsrådgiver Tor Harald Haukås i Helse Midt-Norge.

Systemfeil

Nye St. Olavs hospital skal stå ferdig i 2013 med en prislapp på 12 milliarder kroner og et areal på 197 500 kvadratmeter. Det er 7,3 milliarder kroner mer enn man trodde i 1996, men da var arealet 30 000 kvadratmeter mindre, og kostnadene forbundet med utdanning og forskning var ikke tatt med i regnestykket. Men hovedårsaken til prisstigningen er økning i byggeprisindeksen, ifølge økonomidirektør ved St. Olavs Hospital, Jan Morten Søraker.

Byggefase én ble vedtatt før helsereformen trådte i kraft i 2002, derfor ble denne utbyggingen tilnærmet fullfinansiert av staten, selv om den stod ferdig først våren 2006. Byggefase to må lånefinansieres med det resultat at renter og avskrivninger må tas av driftsbudsjettet. Det fører i sin tur til at sykehuset må gjøre tøffere kutt og blir sårbart for renteoppgang. Når sykehuset står ferdig, har det 5 milliarder kroner i lån.

– Vi kan ikke holde på sånn. Det blir jo håpløst å betjene slike lån over et driftsbudsjett, sier Berdahl. Han påpeker at Ahus og andre sykehus som skal bygge nytt vil få samme problemer som St. Olavs Hospital, hvis ikke noe snart gjøres med det økonomiske systemet.

– Vi må få investeringer bort fra driften. I rike Norge må vi klare å få bevilgninger til investeringer slik vi hadde det før, sier hovedverneombudet.

– Vi må få investeringer bort fra driften. I rike Norge må vi klare å få bevilgninger til investeringer slik vi hadde det før, sier hovedverneombudet.

– Vi må få investeringer bort fra driften. I rike Norge må vi klare å få bevilgninger til investeringer slik vi hadde det før, sier hovedverneombudet.



BETENKT: Hovedverneombud ved St. Olavs Hospital, John Olav Berdahl. Foto Jørn Fremstad



“På fonusnet.no kunne vi i ro og mak gå gjennom spørsmål som føltes viktige før begravelsen”

Fonusnet.no gir god veiledning og hjelp før og ved dødsfall.

Døgnet rundt • Hvor du enn er

www.fonusnet.no

FONUS
BEGRAVELSESBYRÅ

Prøv vår

Sårmeny

La såret avgjøre valg av behandling
- ikke leverandøren!

Hos Norengros kan du velge sårbehandlings-
produkter som er tilpasset såret. For en optimal
behandling kan du fritt velge og sette sammen
produkter fra bransjens ledende leverandører.

Norengros er opptatt av at du som kunde skal
være trygg på dine produkt- og tjenestevalg.
Vi har rådgivere som opptrer uavhengig av
forhold til merke/produsent. Vi vil alltid være
beredt til å gi kompetente råd.

vi gjør arbeidsdagen enklere!

Barth Tholens om eldreomsorg

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Hjemme på Hjemmet

Det er fortsatt et halvt år til valget. Det er ennå tid til å definere geriatrien som kommunens nye høystatus-arena.

Min far er dårlig. Han er så dårlig at han ofte ikke engang vet hvor han er. Han vil stadig hjem. Men «hjem» er ikke lenger der alle minnene er: Der vi barna vokste opp, og der den alltid nyvaskede bilen sto parkert i garasjen. Der han tutet før han svingte inn i gaten om kvelden, og for så å fornøyd havne i stressles-sen med en liten før-maten-aperitifff.

Nå er «hjem» en sykehjemsseng med nattbord. I stedet for min mor har han fått en taus samboer han ikke kjenner. Nå er «hjemme» å bli trillet til et oppholdsrom hvor alle først og fremst ser innover i seg selv.

Er det mulig å trives på sykehjem? Da min far ble kjørt inn på sitt nye oppholdssted, slo han tørt og stille fast at «dette er siste stasjon». Vi skjønnte det godt. Sykehjemsplass er ikke et sted du bruker mens du venter på noe bedre. Det du venter på er slutten.

Likevel – hver gang jeg besøker ham, slår det meg at kvalitet er et begrep som bare blir viktigere jo mer skrøpelige vi blir. Da han var sprek, var det ikke så farlig om omgivelsene haltet litt. Da tok han den gamle Toyotaen og kjørte mor til et «romantisk» sted i byen de bor ved. Da koste de seg med favorittretten, og kunne med hevet fane returnere til den altfor trange omsorgsboligen.

Nå kommer han ingen vei lenger. Hans livskvalitet bestemmes nå 90 prosent av pleierne som omgir ham i et hjem han ikke selv har valgt. Uansett er han ikke typen som klager. Men den gode nyheten er at den omsorgen han får, faktisk er av ypperste klasse. Han ville heller vært hjemme, så klart – men jeg ser at han har det så godt han kan ha det når han er så skrøpelig. Pleierne er alltid like rundt hjørnet. De passer på at han får et gløtt av havet fra oppholdsrommet mens han spiser sammen med tre nydelige smådamer i rullestol. At han får den fine blå genseren på seg når min mor kommer på besøk. Og legen, en ung 30-åring

som ser ut til å trives med sykehjemstilværelsen, kan fortelle at han ler som et barn når de setter på favorittmusikken hans. Hun vet nemlig at det er Beethoven.

Kvalitet er blitt den nye fanesaken i lokalpolitikken. Kommunene skal strekke seg etter å bli «kvalitets-kommuner». Derfor er det nå så viktig å få eldreomsorgen opp som indikator for hva en kvalitetsbevisst kommune skal kunne tilby sine innbyggere. Selv om alle som er dårlige nok til å komme på sykehjem, er der fordi de venter på å dø, er det nemlig fullt mulig å «trives» der. Det er slett ikke noe paradoks. Det avgjørende er at de som driver sykehjemmet, definerer hva trivsel er for dem som skal tilbringe sine siste dager der.

Et viktig bidrag i så måte er Ådel Berglands doktoravhandling om dette temaet. Sykehjem har fram til nå vært et lavstatusfelt for norske forskere. Nå har Bergland (Lovisenberg Diakonale Høgskole) gjort en kvalitativ studie som forhåpentligvis baner veien for nye tanker i eldreomsorgen. Studien, som blir publisert i neste utgave av Sykepleien Forskning i mars, viser at personalet må forstå hva trivsel egentlig betyr for sykehjemsbeboerne. Beboernes egne tanker om trivsel er en ressurs som i for liten grad blir utnyttet. Respektfulle pleiere med god kunnskap om beboernes sykdommer fremmer trivselen – da særlig hos de beboerne som er innstilt på å skulle trives. Selv om de altså heller skulle vært hjemme. Noen beboere legger stor vekt på personlige relasjoner til pleierne, mens andre

helst vil ha kunnskapsrike og serviceinnstilte pleiere, uten at de nødvendigvis skal være «bestevenner». Trivsel, ifølge Bergland, er resultat av et godt samspill mellom beboernes ulike forventninger og behov – og kvaliteter i sykehjemmet.

Det gjør meg optimistisk. Geriatri har altfor lenge stått lavt i kurs i omsorgs-Norge. Nå kommer mange signaler og nye initiativ som tyder på at ting er i ferd med å endre seg. Å kunne tilby eldre et godt liv i sin siste livsfase er ikke bare en økonomisk utfordring som det skal okkes og huffes over blant ansvarlige politikere. Omsorgen blant de eldste syke bør være en faglig topp-utfordring som krever de beste hodene og de beste hendene.

Eksemplet fra Drammen, hvor landets første geriatriske senter nå har sett lyset (se side 32), bør vise vei for mange andre kommuner. I stedet for å stønne over det umulige, bør valgkampen handle om begeistringen for det mulige.



TRIVSEL: Det går an å trives på et sykehjem, men de som driver hjemmet må definere hva trivsel er, skriver Barth Tholens. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com



Foto: Haukeland Universitetssykehus

Kurser seg i e-hygiene

BERGEN: Datahungrige på Haukeland har større utfordringer enn å sjekke e-posten i pausen. Når de lærer om hygiene på nettet, er veien kort til neste håndvask.



E-LÆRING PÅ HAUKELAND

Haukeland Universitetssykehus gir foreløpig e-kurs i smittevern, brannvern og hjerte og lungeredning. Kurs kommer i medisinsk teknisk utstyr, strålevern og møte med aggresjon og vold (psykiatri). Norsk Sykepleierforbund gir 12 merittpoeng for bestått eksamen.

Da e-læringskurset i smittevern ble tilgjengelig i 2005, sørget fagansvarlig Carsten Wickman for at alle ved Medisinsk intensiv og overvåkning (MIO) tok kurset. Nå som trinn to foreligger vil han sørge for at det skjer igjen, for opplæringen var som skapt for avdelingen med 55 ansatte.

– Vi har mange kritisk dårlige pasienter med nedsatt immunforsvar. Dessuten har vi mye medisinsk utstyr og invasive prosedyrer som tracheal-sug og respirator. Hygiene går igjen i alle deler av arbeidet vårt.

E-kurset i smittevern er lagt opp med en innføring, multiple choice

og til slutt en eksamen som skal beståes. Som fagansvarlig kan Wickman se resultatene.

Heller e-stoff enn forelesning

I år vil han også stille krav til at personalet gjennomfører trinn to, som lå klart desember 2006.

– Sist fikk alle en dag til å ta kurset, og alle var veldig motiverte. Jeg har bare fått positive tilbakemeldinger på det faglige innholdet. Noen sier de lærer mer med e-læring enn med forelesninger, og det virker som de fleste synes det er greit at det stilles krav.

Dermed er programmet klart for intensivgjengens ledige stun-



SMITTEVERN: Det er få ledige øyeblikk ved Medisinsk intensiv og overvåking (MIO) på Haukeland. Hvis roen skulle senke seg ønsker fagansvarlig Carsten Wickman at personalet fordyper seg i smittevernkurs på nett. June Aksnes er primus motor bak kursene.



FAKTA

Hva er e-læring?

Begrepet e-læring brukes om internettbaserte løsninger for presentasjon av læremateriale.



Hvis du kan bevege deg på internett er det lett å manøvrere på kurssidene.

Jorunn Martinussen, undervisningskonsulent

der foran pc-en. Wickman legger til at det kan være langt mellom de ledige stundene.

– Forrige gang tok vi i bruk en fagdag. Denne gangen håper jeg de kan gjøre det på egen hånd når det passer.

Mange interesserte

I 2004 gikk Haukeland Universitetssykehus til innkjøp av nettstedet Læringsportalen, og som første sykehus i landet lanserte det et e-kurs i smittevern i 2005. Blant de cirka 8000 ansatte har interessen vært stor.

1700 meldte seg på det første e-kurset i smittevern. 1600 har

tatt eksamen. Dermed har langt flere enn målgruppen tatt kurset.

– Det er spennende at andre enn sykepleiere tar kurset. Kanskje vi kan lage et kurs som er spesielt rettet mot for eksempel ambulansfolk, spør hygienesykepleier June Aksnes ved Senter for smittevern.

Sammen med undervisningskonsulent Jorunn Martinussen fra Forsknings- og utviklingsavdelingen (FoU), skreddersyde hun kurset for personell med pasientkontakt. Første trinn handlet generelt om smittevern, mens trinn to er spesialisert og tar for seg forebygging av

sykehusinfeksjoner, resistens og mikrober.

Lett å bruke

Ifølge Aksnes er kurset lagt opp etter velkjente pedagogiske prinsipper. Foreløpig består de av bilder og tekst, men også videosnutter og lyd er muligheter som skal utforskes.

– Hvis du kan bevege deg på internett er det lett å manøvrere på kurssidene, sier Martinussen.

Læringsportalen befinner seg på en egen server som driftes av FoU. Dermed kan personalet også logge seg på hjemmefra. Likevel understreker Aksnes og

Martinussen at kurset fungerer best når det tas i grupper, slik at personalet kan diskutere innholdet.

En annen fordel med e-læring er at kursdeltakere møter bedre forberedt til annen kursvirksomhet.

– E-kurset kan fungere som en slags buffer. For oss betyr det at vi slipper å undervise på basalnivået. Vi får tid og mulighet til å trekke inn caser fra virkeligheten, sier Aksnes.

Begge ser for seg at e-læring blir vanlig ved alle sykehus i fremtiden.

Frittgående helsesøster

KLØFTA, ULLENSAKER: Ikke alle ser helsejobben som en hvilken som helst jobb. For helsesøster Kari Eriksen er lokalt nettverksarbeid et kall – betalt eller ei. Hun kaller seg samfunnshelsepleier.

Ei forsiktig og omtenkstomt dame venter ved togstasjonen. For noen år siden sluttet Kari Eriksen som helsesøster. Hun ville jobbe med lokalt nettverksarbeid på heltid. Det var her på Kløfta det begynte.

Det umiddelbare inntrykket er at tettstedet har fenomenalt mye asfalt. Plutselig er vi ved et hus. – Kløfta gamle skole, sier Eriksen. Der, rundt skolehuset fra 1864, kommer endelig et grøntareal til syne.

På 90-tallet var huset oversvømt av søppel og rot. Bak rotet så Eriksen for seg et lokalt samlingspunkt, et sted som flere kunne ha et forhold til. Og dermed var ryddesjauen i gang som privat og ulønnet initiativ. En venneforening ble stiftet. Så ville kommunen lage rundkjøring på tomte. Mer asfalt. Men da kom protestene. I dag er skolehuset delvis restaurert og huser kulturkvelder, møtevirksomhet og er et midtpunkt for 17. mai-feiringen. Venneforeningen fikk kommunens kulturvernpris.

En gang helsesøster, alltid helsesøster

Vi kjører forbi Wergelandsøya, en gang i historien ei idyllisk kunstig øy. Da Henrik Wergeland besøkte sin venn, sokneprestens sønn, satt han her og diktet. Nå er øya mer eller mindre dekket av et jorde, men den har fått sin egen komité.

Er det noe Kari Eriksen ikke gjør, er det å skryte av egne be-

drifter. Hun kaller seg en igangsetter, men hvor hennes engasjement slutter, og andres begynner, er uviktig. Lokalt nettverk og fellesskap er stikkordene. Visjonen er et lokalmiljø med felles krefter, et miljø som alle føler seg inkludert i. *Hun* er ikke viktig, lokalt engasjement er viktig. Eriksen snakker hele tiden om «vi».

Kvelden før hadde hun samlet Ullensakers politikere og innbyggere til møte. Målet var å skape en dialog. At politikerne skulle få med seg innbyggernes behov og ønsker. Ikke alle politikerne møtte, men det kom noen.

– Jeg blir så glad når du kaller meg helsesøster. Det varmer.

Vi er på hjemstedet, og snakker over en kopp kaffe. En gang helsesøster, alltid helsesøster, tenker nå jeg. For Eriksen har på alle måter en profesjonell holdning til det hun driver med. Forebyggende arbeid. Hun får sofaliterne opp og ut til lokale møtesteder, og når foreningene er oppe og går, da trekker hun seg ut.

Der skoen trykker

En helsesøsterstilling har hun imidlertid ikke hatt på lenge. På et tidspunkt sa det stopp, for alt handlet om vaksiner og kostholdsråd. På det planet er jobben gjort, tenkte Eriksen. Familien var privilegert med god nok økonomi, så det fikk det være med lønna. Si-

den har hun ikke sette seg tilbake.

I 1968 ble Eriksen sykepleier. I 1992 var hun ferdig helsesøster. Med mange lønnede år i helsevesenet bak seg, har hun klart for seg hvor skoen trykker. Lokalt nettverksarbeid har vært hjertebarnet i minst 30 år. Under helsesøsterutdanningen i 1992 skrev hun om hvor viktig tregenerasjonskontakt er for tilhørighet og helse. Hva kan helsesøster gjøre for å fremme kontakt?

Siden har merittlista blitt lang: Pådriver for ei tur- og marsjgruppe på Kløfta, venneforeningen til Kløfta gamle skole, komité for Wergelandsøya, private initiativ til dugnad. Men siden 2005 har det handlet mest om foreningen Børge-borgerne. På første møte kom 51 nysgjerrige av tettstedet Borgens 1340 innbyggere, og siden har det balet på seg med aktiviteter. 2007-programmet er klart: historiekveld, kulturuke, foredrag og mye mer.

Helsefarlig ensomhet

Før var folk avhengig av dem som bodde nært geografisk for arbeid og samkvem. I dag er det ikke selvsagt å hilse på naboen.

– Det opprettes støttetelefoner med statlige midler, men er det ikke bedre å satse på møteplassene, slik at mennesker kan bli kjent med hverandre. Jeg mener det er bedre bruk av pengene. Jeg

har engasjert meg i dem som ikke har et tilbud. For eksempel de som har voksne barn, og dermed mister mye av nettverket forbundet med barnas skole- og fritidssysler.

Det som kan oppstå når nettverket faller bort, kaller hun ensomhetssykdommer. Konsekvensene av ikke å bli sett, eller ikke føle tilhørighet, kan være store. Derfor brenner Eriksen for lavterskeltilbud som ikke ekskluderer noen, med utgangspunkt i behovet for å bli sett og hørt. Ideen er å gjenoppleve det som var, og styrke båndene i de små nærmiljøene.

– Slik som samfunnet er nå skal vi bare følge med på proffene. Men alle mennesker er unike, og alle har et behov for å bli sett.

I Børge-borgerne er målet å bevare den lokale fortellertradisjonen. Det fortelles om livet slik det var før, og slik det er nå. Spesielle steder, hendelser og personer som betyr noe i nærmiljøet. I Børge-borgerne er det ei egen dokumentasjonsgruppe som tar opp fortellinger og foredrag på video.

– Eldre sitter inne med så mye kunnskap. Men det kan virke som folk tar det langt mer alvorlig at renten stiger, enn at den verdifulle kunnskapen blir borte.

Store ord

Ifølge en tidligere kollega og bekjent er Eriksen for tidlig ute



ILDSJEL: Kari Eriksen brenner for forebyggende arbeid og lokalt engasjement.

med vektlegging av lokalt nettverksarbeid, for det er ennå langt igjen før en slik innsats blir verdsatt på kommunens lønnslistene.

I Ullensakers kommuneplan (2008-2020) står det at forebyggende, rehabiliterende og helsefremmende arbeid skal styrkes for de 24 000 innbyggerne: «Legge til rette for menneskets egne muligheter til bedre livskvalitet og aktiv deltakelse i trygge lokalmiljø». Videre står det at 80 prosent av dem som blir pensjonister er ressurssterke: «Hvordan skal vi tilrettelegge slik at de kan ta i et tak? Hvordan få tilbake nabohjelpen, at vi bryr oss om hverandre? Hvordan aktivisere lag og foreninger?». Eriksen liker ordene, men hun har mistanke om at de er floskler. Når noe ofres,

er det ofte det helsefremmende arbeidet.

Hun sier det hadde vært personlig tilfredsstillende om noen ville lønne henne.

– Jeg synes det jeg gjør er så mye verdt at det skulle vært verdt en stilling. Når mennesker spør meg om hva jeg gjør, er det som om jeg ikke gjør noe fordi jeg ikke har en stilling.

Eriksen sier det lokale engasjementet er livsviktig. Alle grender kan starte foreninger, og det er så mange som venter på et initiativ.

Bortsett fra at hun savner kolleger og formiddagskaffen fra helsevesenet, er hun fornøyd. Valget er tatt, og hun viker ikke en tomme. Ifølge folk som kjenner henne gir hun seg aldri.

– Hvis jeg gir meg, da vinner de andre, sier hun selv.

c Cozaar MSD

Angiotensin II-reseptorantagonist.

ATC-nr.: C09C A01

T TABLETTER 12,5 mg, 50 mg og 100 mg: Hver tablett inneh.: Losartankalium 12,5 mg (1,06 mg kalium), resp. 50 mg (4,24 mg kalium) og 100 mg (8,48 mg kalium), laktose 25,25 mg, resp. 25,5 mg og 51 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 12,5 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 50 mg og 100 mg: Titandioksid (E 171). Tablett 50 mg med delestreke.

Indikasjoner: Hypertensjon. Hjertesvikt, når behandling med ACE-hemmere ikke anses hensiktsmessig. Hos pasienter med stabil hjertesvikt som behandles med ACE-hemmere, anbefales det ikke å bytte til losartan. Redusert risiko for slag hos pasienter med hypertensjon og EKG-dokumentert venstre ventrikkelhypertrofi. Forsinke utvikling av nyresvikt hos pasienter som har type 2 diabetes, hypertensjon og nefropati ledsaget av proteinuri >0,5 g/døgn.

Dosering: Kan tas med eller uten mat. **Hypertensjon:** Vanlig start- og vedlikeholdsdose er 50 mg 1 gang daglig. For pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende effekt etter 6 uker med 50 mg losartan, bør tillegg av 12,5-25 mg hydroklorotiazid vurderes. Kan også kombineres med andre blodtrykksenkende midler. Noen pasienter oppnår en tilleggs effekt ved å øke dosen til 100 mg 1 gang om dagen. Enkelte pasienter bør starte med lavere dose (25 mg) (se Forsiktighetsregler). Ingen initial dosejustering er nødvendig for eldre pasienter eller pasienter med nedsatt nyrefunksjon, inkl. dialysepasienter. Lavere dose bør vurderes ved nedsatt leverfunksjon. **Hjertesvikt:** Startdosen er 12,5 mg daglig. Generelt skal dosen titreres opp i ukentlige intervaller (dvs. 1. uke 12,5 mg daglig, 2. uke 25 mg daglig, 3. uke 50 mg daglig) til vanlig vedlikeholdsdose som er 50 mg 1 gang daglig. **Forsinke utvikling av nyresvikt:** Vanlig startdose er 50 mg 1 gang daglig. Kan økes til 100 mg 1 gang daglig avhengig av blodtryksrespons. Kan gis samtidig med andre antihypertensive midler (f.eks. diuretika, kalsiumkanalblokkere, alfa- eller betablokkere, sentralvirkende midler) og sammen med insulin og andre hypoglykemiske midler (f.eks. sulfonylurea, glitazoner og glukosidasehemmere).

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Graviditet og amming. Nedsatt leverfunksjon.

Forsiktighetsregler: **Symptomgivende hypotensjon:** Kan forekomme hos pasienter som har levd på streng saltfattig kost, pasienter som er dehydrert grunnet annen sykdom (f.eks. gastroenteritt) eller pasienter som har brukt store doser diuretika (pga. alvorlig hjertesvikt). Hos slike pasienter anbefales det lavere startdoser av losartan (25 mg) og redusert diuretikadose initialt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Elektrolyttubalanse er vanlig ved nyresykdom, med eller uten diabetes, og bør behandles. Hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon, spesielt ved bilateral nyrearteriestenose eller stenose av arterien til eneste gjenværende nyre, kan losartan gi kraftigere initial hypotensiv effekt, ytterligere reduksjon av nyrefunksjonen og hyperkalemi. Losartan må derfor brukes med stor forsiktighet (redusert startdose 25 mg) og under hyppig kontroll av nyrefunksjon og elektrolytter. Pasienter med s-kreatinin >25 µmol/liter (3 mg/dl) advares mot bruk av losartan, da risiko for hyperkalemi vurderes som meget stor. **Barn:** Ikke undersøkt. **Interaksjoner:** Rifampicin og flukonazol reduserer nivået av aktiv metabolitt. Klinisk konsekvens er ikke evaluert. Bruk sammen med kaliumsparende diuretika, kaliumtilskudd eller salterstatning som inneholder kalium kan føre til en økning av kalium i serum. Den blodtrykksenkende effekten av losartan kan bli svekket av indometacin.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta:** Legemidler som virker direkte på renin-angiotensinsystemet kan føre til fetal og neonatal toksisitet og død hvis de brukes under graviditetens 2. og 3. trimester. Dyrestudier har vist at losartan kan forårsake fetal og neonatal toksisitet og/eller død, og at losartanindusert toksisitet blir ytterligere forsterket ved kombinasjonsbehandling med et tiaziddiuretikum. Ved graviditet må losartan seponeres så snart som mulig. **Overgang i morsmelk:** Hos lakterende rotter er det påvist at konsentrasjonen av losartan i melk er ca. 45% av plasmakonsentrasjonen hos moren og at tilførselen av losartan gjennom morsmelk kan gi neonatal toksisitet. Losartan skal ikke brukes av ammende kvinner.

Bivirkninger: Generelt godt tolerert. Vanligst forekommende er svimmelhet (ca. 2%) ved hypertensjon, og svimmelhet (ca. 6%) og hypotensjon (ca. 3%) ved hjertesvikt. Bivirkningene har vanligvis vært milde og forbigående. Vanligst forekommende er hyperkalemi, asteni/tretthet og hypotensjon ved type 2 diabetes og nefropati med ledsagende proteinuri, og asteni/tretthet og vertigo hos hypertensive pasienter med venstre ventrikkelhypertrofi. **Hyppige (>1/100):** Svimmelhet. **Mindre hyppige:** Kardiovaskulære: Ortostatisk effekt. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Anemi. Gastrointestinale: Diaré. Hud: Utslett, urticaria, pruritus. Lever: Unormale leverfunksjoner, hepatitt. Luftrøyr: Hoste. Muskel-skjelettsystemet: Myalgji. Sentralnervesystemet: Migrene. **Øvrige:** Anafylaktiske reaksjoner, angioødem (inkl. hevelse av larynx og glottis som forårsaker obstruksjon av luftveiene og/eller hevelse i ansikt, lepper, svelg og/eller tunge). Vaskulitt inkl. Henoch-Schöleins purpura. Laboratorieverdier: Hyperkalemi (serumkalium >5,5 mmol/liter) har forekommet hos ca. 1,5% av pasienter med hypertensjon. Forhøyet ALAT er blitt observert ved sjeldne anledninger, og har vanligvis gått tilbake ved seponering.

Overdosering/Forgiftning: Begrensede data foreligger om overdosering hos mennesket. De mest sannsynlige manifestasjoner for overdose er hypotensjon og takykardi. Bradykardi kan forekomme grunnet parasymptatisk (vagal) stimulering. Dersom symptomatisk hypotensjon forekommer må støtteterapi initieres.

Egenskaper: **Klassifisering:** Angiotensin II-reseptor (type AT1) antagonist. **Virkningsmekanisme:** Bindes selektivt til AT1-reseptorer. Losartan og dens aktive metabolitt (E-3174) blokkerer alle fysiologisk relevante virkninger av angiotensin II, uavhengig av syntesekilde. Ved behandling med losartan fører oppheving av angiotensin II's negative «feed-back» på reninsekresjonen til økt plasmareninaktivitet og derved økning av angiotensin II i plasma. Likevel opprettholdes antihypertensiv effekt, samt lave konsentrasjoner av aldosteron i plasma. Losartan binder seg ikke til eller blokkerer andre hormonreseptorer eller ionekanaler som er viktige for den kardiovaskulære reguleringen. Losartan inhiberer heller ikke ACE (kinase II), enzymet som degraderer bradykinin. **Hypertensjon:** Hos hypertensive pasienter med proteinuri (ikke diabetikere), reduserer losartan proteinuri. Glomerulær filtrasjons-hastighet opprettholdes og filtrasjonsfraksjonen reduseres. Generelt senkes mengden urinsyre i serum (vanligvis >238 µmol/liter), og dette vedvarer ved kronisk behandling. Maks. reduksjon av blodtrykket oppnås 5-6 timer etter tilførsel. Den blodtrykksenkende effekten er vist å vare i minst 24 timer. Maks. blodtrykksenkende effekt oppnås ca. 6 uker etter at behandlingen startes. «Rebound»-effekt er ikke sett ved brå seponering. Losartan har ingen klinisk signifikant effekt på hjertefrekvensen. **Hjertesvikt:** Reduserer mortalitet pga. hjertesvikt. **Absorpsjon:** Losartan absorberes godt og gjennomgår «first pass»-metabolisme. Det dannes en aktiv metabolitt (E-3174) og 3 inaktive metabolitter. Tablettenes systemiske biotilgjengelighet er ca. 30-35%. Gjennomsnittlig «peak»-konsentrasjon for losartan og metabolitten nås etter henholdsvis 1 time og 3-4 timer. **Halveringstid:** Etter oral administrering avtar plasmakonsentrasjonen både for losartan og metabolitten polyeksponensielt med en terminal halveringstid på henholdsvis 2 timer og 6-9 timer. Administrert en gang om dagen akkumuleres hverken losartan eller metabolitten signifikant i plasma. **Metabolisme:** Ca. 14% av intravenøst og oralt tilført losartan omdannes til den aktive metabolitten. Hos ca. 1% av pasientene sees bare minimal omdanning til den aktive metabolitten. **Distribusjon:** For både losartan og metabolitten er plasmaproteinbindingen 99%, primært til albumin. Distribusjonsvolumet er 34 liter (ca. 0,5 liter/kg). **Utskillelse:** Gitt oralt, utskilles ca. 4% uomodannet og ca. 6% som den aktive metabolitten i urin. Både for losartan og metabolitten er farmakokinetikken lineær opp til doser på 200 mg. Losartan og metabolitter utskilles både via galle og urin. Etter 1 dose 14C-merket losartan hos menneske, gjenfinnes ca. 35% av radioaktiviteten i urin og ca. 58% i feces. Hverken losartan eller den aktive metabolitten kan fjernes ved hemodialyse. Hos pasienter med mild/moderat leversykdom er AUC for losartan og den aktive metabolitten henholdsvis 5 og 1,7 ganger høyere enn hos pasienter med normal leverfunksjon.

Pakninger og priser: 12,5 mg: Startpakn.: 21 tabl. à 12,5 mg + 14 tabl. à 50 mg kr 239,10, Datopakn.: 28 stk. kr 151,70. 50 mg: Datopakn.: 28 stk. kr 224,40, 98 stk. kr 697,60, Endose: 50 stk. kr 372,80. 100 mg: Datopakn.: 28 stk. kr 352,20, 98 stk. kr 1077,70.

T: 12c).

Refusjon: Ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsydegrakt, nedsatt glukose-toleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen.

Sist endret: 11.07.2005

Storsatsing på eldreomsorg i Drammen

DRAMMEN: Hvem har sagt at det er kjedelig å jobbe med eldre? Som første i Norge har Drammen fått et geriatrisk kompetansesenter. Det skal redusere behovet for unødige sykehusinnleggelser og langtids-plasser i sykehjem.

Med Drammenselva et steinkast unna ligger Drammen geriatriske kompetansesenter idyllisk til på Landfalløya. Siden åpningen 1. september i fjor har kompetansesenteret kunnet tilby et helhetlig tilbud til eldre syke under ett og samme tak. Sentret er et tilbud til eldre som har behov for et tjenestetilbud mellom sykehus og bo- og servicesenter. Det er et samarbeidsprosjekt mellom kommunen, sykehuset og høgskolen. Med totalt 85 sengeplasser, og en utstrakt virksomhet mot det øvrige hjelpeapparatet, har senteret bidratt til å eliminere ventelistene i løpet av et halvt år.

– Vi startet jo ut ifra at dette var et helt tradisjonelt sykehjem, og vi er stadig i en prosess. Det er mange som skal lære seg å jobbe på en annen måte, sier virksomhetsleder Inger Johanne Flingtorp. Hun møter oss i resepsjonen, som holder åpent sju dager i uken.

– Det er viktig at også de pårørende blir møtt på en god måte, sier hun, og viser rundt i lyse, trivelige lokaler.

Forsterket korttidsavdeling

Kompetansesenteret, som drives av Drammen kommune, sammen

med Sykehuset Buskerud og Høgskolen i Buskerud, bærer preg av ny og annerledes tenkning. Her har man samlet alle kommunens somatiske korttids- og rehabiliteringspasienter i én institusjon. En av avdelingene er en forsterket korttidsavdeling med 23 plasser. Avdelingen er bemannet tilsvarende en indremedisinsk sengepost, og har 25 årsverk, herav 14 sykepleiere og spesialsykepleiere. Avdelingen er dermed i stand til å ta hånd om de sykeste eldre, med behov for avansert behandling og pleie.

I den forsterkede korttidsavdelingen inngår også et ambulerende sykepleiersteam med beredskapsoppgaver rettet mot omsorgstjenesten i hele byen. Teamet skal bistå sykehjem og hjemmesykepleien i situasjoner der de har behov for faglig støtte eller spesiell sykepleiekompetanse. Målsettingen er å unngå unødige sykehusinnleggelser og uverdige pasientforflytninger.

– Et av suksesskriteriene vi har valgt er nettopp å samle de somatiske korttidsklassene. Det legger grunnlag for et godt samarbeide med hjemmesykepleien og bidrar til å skape en sømløs tjeneste også

internt i kommunen. Kompetansesentert har også beredskaps-plasser som hjemmesykepleien kan benytte når det oppstår akutte situasjoner som ikke kan ivaretas hjemme, sier Flingtorp.

Tverrfaglig team

I senterets behandlingstilbud inngår også en geriatrisk poliklinikk, med geriater fra sykehuset, og et tverrfaglig team som yter tjenester til alle over 65 år.

– Her har vi en stab med høyt kompetente geriatriske sykepleiere, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut. I tillegg har vi muligheter for å leie inn logoped, kostholdsveileder og så videre etter behov, forklarer Flingtorp.

Det tverrfaglige teamet yter også ambulante tjenester i alle deler av kommunens omsorgstjenester. Oppgavene er varierte og spenner over alt fra omfattende tverrfaglig utredning og behandling til råd, veiledning og undervisning.

– Hele kommunen skal ha glede av arbeidet. Sett fra et pasientperspektiv, er det bra å ha ett sted å forholde seg til. Hensikten med senteret er å øke kvaliteten på behandlings- og pleietilbudet



ALT I ETT: Ved Drammen geriatriske kompetansesenter samles all kompetanse på ett sted. Avdelingssykepleier på rehabiliteringsavdelingen Anne Svanhild Rasmussen og pasientene Ole Langøren og Åse Jøndahl kan dra nytte av det.

til de syke eldre. Et helhetlig tilbud, med behandling og oppfølging av denne gruppen, som ligger i gråsonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, er forhåpentlig med på å redusere behovet for unødige sykehusinnleggelser og langtids-plasser i sykehjem, mener Flingtorp.

Fokus på fag

– Vi har fått ressurser som gjør det mulig å sette faglig kvalitet og kompetanse i fokus, sier hun, og legger til at bredden av



kompetanse skaper et mer robust fagmiljø.

Senteret arbeider med å bygge opp en egen enhet for forskning, fag- og kompetanseutvikling, og har tilsatt en egen FOU-leder. Senteret samarbeider med fag- og forskningsmiljøene ved Høgskolen i Buskerud og Sykehuset Buskerud HF i et felles FOU-forum, i tillegg til andre aktuelle fag- og forskningsmiljø.

– Målsettingen er økt kompetanse og utvikling av praksis, basert på anerkjent faglig stan-

dard, både i geriatrisk kompetansesenter og i den samlede omsorgstjenesten i kommunen, sier Flingtorp.

Hun legger ikke skjul på at omstillingene byr på store utfordringer for de ansatte.

– Det tar tid å bygge opp en forståelse og en kultur for å drive en kunnskapsorientert praksis. Arbeidsgiver legger til rette for faglig oppdatering, men responsen kunne nok vært litt større. Det dreier seg om å bygge opp en kultur for fag- og kompetanseut-

vikling, men er selvsagt også et ressurspørsmål.

Kjøper legetjenester

Som et ledd i prosjektet har Sykehuset Buskerud HF opprettet en ny geriatrisk seksjon ved medisinsk klinikk. Seksjonen har ansvaret for legetjenesten ved kompetansesenteret, og skal etter hvert også ha ansvaret for sykehjemslegetjenesten ved kommunens øvrige sykehjem.

– Kommunen kjøper sykehjemslegetjenester fra sykehuset

og spesialhelsetjenesten. Det vil si at Sykehuset Buskerud HF involverer seg i sterkere grad enn vanlig utenfor sykehuset, sier Flingtorp.

Forsknings- og utviklingsleder Bjørg Landmark understreker at man er avhengige av et godt samarbeid mellom alle i virksomheten og en solid faglig forankring.

– Vi har en helt klar filosofi og en klar målsetting for behandlingsopplegget, men systemet i seg selv sikrer ikke den faglige kvaliteten. Så det faglige innhol-



det er av stor betydning. Det er en klar felles tanke at kompetansehevingen skal være forankret i den kliniske praksis. Utfordringen blir å få prosjektene så gode at de får gjennomslagskraft, sier forsknings- og utviklingslederen.

Hun får medhold fra kvalitetskoordinator Aud Brit Sørensen, som er ansvarlig for koordinering og utvikling av systematisert kvalitetsutvikling og internkontroll for kommunens omsorgstjenester. Dette er også et ansvarsområde som er en del av kompetansesenterets virksomhet.

– Når helsearbeidere er stolte og viser hva de kan, og når det åpnes for en kultur hvor man kan prøve og feile, og aktivt nytte disse erfaringene til videreutvikling og læring, da har man kommet langt, sier hun.

Kompetanseprosjekt

Høsten 2007 starter et kompetanseprosjekt, som gir totalt 50 sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere og omsorgsarbeidere, fra alle deler av kommunens omsorgstjenester, mulighet for tre års

videreutdanning. Kompetanseprosjektet er etablert i samarbeid med Sosial- og Helsedirektoratet. Gjennom et strukturert og formalisert opplæringsprogram tilbys en klinisk karrierevei for pleiepersonell som ønsker å arbeide nær pasienter og deres pårørende.

Prosjektleder Arild Stegen beskriver tiltaket som en ny måte å drive videreutdanning, og peker på at det nære samarbeidet med Høgskolen i Buskerud er med på å kvalitetssikre undervisningen. Kommunen kan dessuten selv legge føringer for hvilken kompetanse som bør vektlegges.

– Målene er å øke den kliniske kompetansen i forhold til pasienter på egen arbeidsplass, skape et felles kunnskapsgrunnlag og samforståelse blant de ansatte i omsorgstjenestene, og rekruttere og beholde fagpersonell. I tillegg er hensikten at den personlige fagutviklingen skal gi ringvirkninger til resten av arbeidsmiljøet. Dette skjer ved at den praktiske kompetansehevingen forgår på egen arbeidsplass. Solid lederforankring skal sikre at

kompetansen kommer pasientene til gode, og øke motivasjonen for kompetanseutvikling hos den enkelte ansatte og personalgruppen samlet sett, sier han.

Motivert for fagutvikling

For å være deltaker i kompetanseprosjektet må du være fast ansatt i kommunen, arbeide i minst femti prosent stilling, ha minimum to års praksis etter endt grunnutdanning, være motivert for fagutvikling, delta i organisert undervisning og veiledning

– Sentrale tema vil være etikk, veiledning, samhandling, kvalitet, lovverk, forebygging og rehabilitering, demens, alderspsykiatri og lindring. Et felles basisprogram for alle deltakere har fokus på kommunehelsetjenesten som arbeidsplass, og valgfri fordypning gir mulighet for kompetanseheving innen utvalgte områder. Det blir gitt studiepoeng for deltakere med høgskoleutdanning, og for helsefagarbeiderne søkes godkjenning som Fagskole, forklarer Stegen.

FAGLIG STANDARD: - Det tar tid å bygge opp en kultur for å drive en kunnskapsbasert praksis, sier virksomhetsleder Inger Johanne Flingtorp.



ØKER KOMPETANSEN: Prosjektleder Arild Stegen.



SYSTEMATISERER: Kvalitetskoordinator Aud Brit Sørensen.

Gode nyheter til dine psoriasispasienter

Behandling med Daivobet®
1 gang daglig i opptil 52 uker
er effektivt og veltolerert¹.

Nå kan dine psoriasispasienter
bruke Daivobet® både i start-
og vedlikeholdsfasen av
sin psoriasisbehandling!

Prisen på Daivobet® er fra den
1. desember 2006 senket med 15%

To feel the breeze on my legs

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kloe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hørene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismidler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelen synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerte i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfoder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Egenskaper:** Klassifisering: D-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III kortikosteroid (sterke). Virkningsmekanisme: In vitro-data tyder på at calcipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av keratinocyttene. Dette anses å være bakgrunnen for dets effekt ved psoriasis. Betametason har antiinflammatoriske, klostillende, vasokonstriktiv og immunundertrykkende egenskaper. Ved okklusjon øker effekten med en faktor på ca. 10, pga. økt penetrasjon gjennom stratum corneum. Kortikosteroidenes antiinflammatoriske virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Systemisk absorpsjon av hhv. calcipotriol og betametason er <1% på frisk hud. Absorpsjonen av topiske kortikosteroider kan øke ved påsmøring på psoriasis plaque og under okklusjon. Absorpsjon gjennom skadet hud er ca. 24%. Proteinbinding: Ca. 64%. Halveringstid: Betametason: Etter i.v. tilførsel 5-6 timer. Pga. dannelsen av et depot i huden, skjer eliminasjonen etter dermal påføring over dager. Metabolisme: Betametason metaboliseres hovedsakelig i leveren, men også i nyrene. Utskillelse: Via urin og feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Apnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 60 g kr 475,60, 120 g kr 916,70.

T: 31h).

Sist endret: 01.12.2006

Ref 1. Kragballe K. et al. Br J Dermatol 2006;154 (6):1155-1160.



LEO Pharma AS

Lilleakerveien 25 · 0283 Oslo · Norge
Tlf. 22 51 49 00 · Fax. 22 51 49 01
www.leo.no · Info.no@leo-pharma.com

LEO®



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Fast and lasting psoriasis therapy™

NAVN: Elin Holen

ALDER: 29

YRKE: Revisor, friidrettsutøver.

HVA ER AMPUTERT: Høyre lår

NÅR: 1994

HVORFOR: Osteosarkom – beinkreft – som startet i kneet. Er nå frisk, har ikke hatt tilbakefall.

FANTOMSMERTER? Varierer. Har blitt mer de senere årene. Perioder med mye fantomsmerter, perioder med lite, og perioder uten å kjenne noen ting.

foto: Paal Audestad (bildet er fra EM i friidrett i Helsinki 2005)



Mange amputerte opplever at helsetilstanden deres forties. Har du noen gang stelt for en imaginær fot – herjet av fantomsmerter? Eller har du snakket med en mann uten penis om sexlivet? Kanskje det er verdt forsøket.



Amputert liv?



Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers

STERKE HISTORIER: Finn Nortvedt har nettopp tatt doktorgrad på fantomsmerter. Det har blitt til sterk lesning.

«[...] det kjennes ut som det er en lang, spiss, kald gjenstand som stikkes opp i fotbladet [...]»

Amund

«[...] fra ankelen og ned er det akkurat som du har hatt på deg en veldig, veldig trang slalåmstøvel i lang tid og så når du tar den av deg så har du en sånn merkelig følelse i foten etterpå [...]»

Torstein

Beretninger om ekstreme lidelser

Fantomsmerte

En lemsdel er borte.
Bare smerten er igjen.

– *Fantomsmerte* er egentlig en uheldig betegnelse. Et fantom er noe som spøker bak der et sted, som ikke er reelt. Men disse pasientene forteller om grufulle smerter.

Det sier førsteamanuensis og sykepleier Finn Nortvedt, ansatt ved avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo. Han har nettopp disputert på en doktorgradsavhandling hvor han ser nærmere på opplevelsen av fantomsmerter. I en kvalitativ studie har han intervjuet tre personer med amputerte kroppsdel, og fem med tverrsnittlesjon og komplett ryggmargsskade (lam fra rygg/nakke og ned).

Intervjuene Nortvedt har foretatt, viser at smertene oppleves som høyst reelle. Informantene sammenligner smertene med skrekkinngytende torturmetoder; hud som blir flådd av, en maurtue på ut- og innsiden av huden, skjæring, stikking. En som ble bedt om å skalere smerten fra 1 til 10, ville skalert den til 12.

Smertekart i hjernen

Forskning viser at opp mot 80 prosent av alle som fjerner en kroppsdel, får fantomsmerter. Det er også rapportert om slike smerter etter fjerning av indre organer – som blære eller uterus. Man kan også få fantomsmerter etter større inngrep og etter fjerning av tenner i munnhulen.

Men, som Nortvedt har sett på i sin avhandling; også kroppsdel, som aldri har vært der i utgangspunktet, kan forårsake store smerter. Personer med dysmeli (medfødt misdannelse), kan fortelle om smerter i den armen de aldri har hatt.

– Da kan man begynne å lure – hva er egentlig fantomsmerter?

– *Ja, hva er det egentlig?*

– Definisjonen er at fantomsmerter er smerter i en tapt kroppsdel. En teori går ut på at kroppen er genetisk avtegnet i hjernen, som et kart. Dette kartet viser en *hel* kropp, sier han.

Det betyr videre at om vi fysisk sett mister en kroppsdel, så stemmer ikke lenger kartet med terrenget. Dette fører til en hypersensitivitet i hjernen, en «feilkobling» som fører til at den fjernede delen registreres som smerte, i mange

Fantomsmarter

- Ser ikke ut til å henge sammen med alder, kjønn, eller hvor på kroppen amputasjonen er foretatt.
- Kommer som regel i løpet av de første ukene etter amputasjon
- Rapporteres hyppigere dersom det på forhånd har vært kronisk smerte i den fjernede kroppsdel
- Er ofte av langvarig, intens og spesiell karakter

Kilde: Innelukket i smerte og utestengt fra verden. Finn Nortvedt 2006

ns mysterium



tilfeller lik den smerten som var der rett før amputasjonen. Men dette er altså bare en teori blant flere. Ingen vet helt hva fantomsmerter er, og hvorfor noen har mye av det, og andre har lite.

En av informantene, Gunnar, forteller:

«Det var en rar følelse. Jeg tror først så blir man bare forundra, for det om det er vondt, så blir du bare forundra over at det kan være så presist. At du kan kjenne nøyaktig hvor det er [...]»

Mer enn nervetråder

– Men smerten er altså ikke innbilt?

– Nei. Smerten oppleves som kroppslig, og i noen tilfeller som svært voldsom. Enkelte blir helt satt ut av fantomsmerter, sier Nortvedt. Informanten Torstein forteller om fantomsmerterene han har etter å ha amputert armen etter en motorsykkelulykke:

«[...]hvis du tar hånda di og nesten river av huden på den, og så stikker du den hånden ned i saltvann. Hvis du så stikker den inn i flammer, så har du sånn cirka hvordan jeg føler det. Pluss at jeg innimellom får en ..., får en, ja, det kjennes ut som en spiker gjennom tommelfingerleddet.»

Avhandlingen byr på sterke beskrivelser. Mange av informantene plages også av en tvil; de lurer på hvordan de kan kjenne en så intens smerte når kroppsdelen er revet av eller nervetrådene er kuttet. Om smerten ikke er innbilt, går det kanskje an å tenke den bort?

– Mange lider i stillhet. De lurer på hvordan de kan få andre til å forstå, når de ikke kan forstå det selv, sier Nortvedt.

Han mener at fantomsmerter er kardinaleksempelet på at smerte aldri er bare fysisk eller bare psykisk. Det er alltid begge deler.

– Vi har ikke noe en til en-forhold mellom skade og smerte. Også mennesker som ikke har amputert kan ha vondt uten at man gjør objektive funn på hva som er galt. Smerte kommer ikke alltid fra en organisk skade eller sykdom.

Nortvedt er opptatt av å inkludere også størrelser som kultur, subjektivitet og eksistens i smerteforskningen. Mennesket er mer enn en bunt med nervetråder.

– Man enes gjerne om at jo da, smerte er subjektivt, før man igjen konsentrerer seg om nervesystemet. Jeg mener det er viktig å komme på innsiden av hvordan pasienten opplever sin egen tilstand. Ved å lytte

til erfaringer, får man en dypere forståelse av smerten enn kun ved å fylle ut et skjema.

Kreativ lindring

– Hva kan helsepersonell gjøre for å redusere fantomsmerter?

– Vi vet at riktig og forebyggende smertelindring er viktig dersom det dreier seg om planlagte amputasjoner, sier Nortvedt.

Allerede i ambulansen etter en skade bør pasienten få tilbud om smertelindring, i form av medikamenter. Senere er det viktig at sykepleieren er observant, åpen, og spør om pasienten har fantomsmerter.

– Vi har ikke så mye medikamentell behandling som virker, men man bør utforske andre, mer kreative måter. Bare det å lytte kan hjelpe, sier han.

Alt må prøves

Nortvedt forteller om en hjelpepleier som brukte en hel kveld på å rigge til en imaginær fot. Pasienten hadde fantomsmerter i et sår hun hadde hatt på hælen på den nå amputerte foten. Ved å lytte til pasientens beskrivelser av smerten og prøve seg fram, klarte de til slutt å legge «foten» godt til på ei pute.

– Et eksempel til etterfølgelse for

andre pleiere?

– Jeg mener i alle fall at ingenting skal stå uprøvd.

Flere av informantene understreker hvor avgjørende møtet med helsepersonell er.

Nortvedt forteller om en som, når han hadde det som verst og ble behandlet som en ting, et objekt, kunne miste livsmotet helt og bare ønske å trekke ut kontakten.

– Han sa til meg: «En sykepleier kan aldri ha en dårlig dag.»

Dobbelt opp

Nortvedt sier at for mange blir fantomsmerter et vrengebilde av den tapte eller lamme kroppsdelen.

– Livet må gå videre på tross av lammelsen, uten foten eller armen som er mistet – i det ligger det en slags sorg. Når minnet om kroppsdelen manifesterer seg ved å gjøre vondt, blir det dobbelt opp, sier han. Den eksistensielle smerten over tapet – og smerten i det som ikke lenger er der eller er funksjonelt.

En av informantene i avhandlingen sier:

«...nei, hadde det liksom vært dødt det som egentlig er dødt, så hadde jeg ikke sett noe problem med det, altså...det er sånn det egentlig burde vært.» (Nils)

Fantomfølelser

En *fantomfølelse* er en livaktig følelse av den amputerte kroppsdelen – som ikke er smertefull. Ifølge Nortvedts doktorgradsarbeid, har mellom 80 og 100 prosent av alle som har amputert fantomfølelser. Vanligvis kommer følelsen i løpet av de første dagene etter en amputasjon, men den kan også komme og gå med ulik frekvens og varighet. Også personer som er født uten en kroppsdelen kan ha fantomfølelser.

«[...] Du kan tenke deg å stikke med en strikkepinne eller et eller annet, og det var sånn pumpende, stikkende hele tida [...]»

Gunnar

Resten av livet



Foto: Dag Thorenfeldt / Momentum

Når en legemsdel amputeres, handler det ikke bare om her og nå. Det handler minst like mye om resten av livet.

En amputert fot vokser ikke ut igjen. En arm som er fjernet, er borte for alltid. Dette vet Nils-Odd Tønnevoll. Han amputerte begge føttene – venstre lår og høyre legg – etter en trafikkulykke for 20 år siden. Tønnevoll er utdannet siviløkonom, og arbeider som formuesforvalter i eget firma.

Han er også, på frivillig basis, styreleder i Momentum, foreningen for arm- og fotprotesebrukere. I det vervet ser han godt at ikke alle får det til etterpå. For noen blir amputasjonen mer enn en fjernet kroppsdelt. Det blir sluttet på et yrkesaktivt, eller

Nils-Odd Tønnevoll (44)

Yrke: Formuesforvalter

Hva er amputert: Venstre lår og høyre legg

Når: Skjedde i løpet av en seks månedersperiode, hvor man forsøkte å redde høyre legg, men begge måtte til slutt amputeres.

Hvorfor: Trafikkulykke

Fantomsmerter? Smerter på venstre side, ikke på høyre. Smertene er der hele tiden, men er til å leve med.

foto: Dag Thorenfeldt/Momentum

Fakta om amputasjoner

Det føres per i dag ikke noe nasjonalt amputasjonsregister i Norge. Foreningen for arm- og benamputerte har imidlertid hentet inn følgende tall:

Det er cirka 5000 benamputerte i Norge. Cirka 1000 armamputerte. (Tallene inkluderer dysmeli)

Det foretas cirka 500 benamputasjoner hvert år. 80 prosent av de benamputerte er 60 år eller eldre.

Årsaker til benamputasjon

Sirkulasjonssvikt/blod- og karsykdommer – cirka 70 prosent
Her er såkalte «røyebein» den viktigste årsaken.

Diabetes 2 er en annen viktig årsak.

Trauma – cirka 15 prosent

Viktigste årsak her er trafikkulykker.

Kreft – 10 prosent

Dysmeli – 5 prosent

Navn: Alexander Wang-Hansen

Alder: 20

Yrke: Studerer romfartsteknologi hos NASA i USA

Hva er amputert: Venstre underarm

Når: Medfødt

Hvorfor: Dysmeli

Fantomsmerter? Nei

foto: Dag Thorenfeldt/Momentum

meningsfylt, liv. Noen blir bare sittende hjemme. Nils-Odd Tønnevoll gjenkjenner etter hvert noen mønstre som kan fortelle hvorfor.

– Noen får aldri en godt nok tilpasset protese, sier Tønnevoll. Om protesen ikke er god, er terskelen for å bruke den høyere. Ansvaret for å tenke hvordan man skal få til en god protese starter allerede på operasjonsbordet.

– Jeg mener at ortopedene bør amputere. Mens karkirurgene ser på amputasjon som et resultat av at karkirurgien ikke lyktes, har ortopedene fokus på å få pasienten på beina gjennom å fjerne det syke. Det aller viktigste er at pasienten skal fungere etterpå – med protese. Den som skal amputere må tenke protesetilpasning, sier han.

Ifølge Tønnevoll er også anestesi avgjørende for pasientens livskvalitet etterpå.

– Riktig anestesi er viktig for å unngå fantomsmerter og andre amputasjonsrelaterte smerter, eller i alle fall redusere dem til et minimum.

Norge er et langstrakt land, og det foretas bare rundt 500 arm- og benamputasjoner årlig. Der som amputasjonene gjøres lokalt,

blir det ikke mange tilfellene å øve seg på. Tønnevoll ønsker seg derfor færre, og mer spesialiserte tilbud til pasientgruppen. Behandlingskjeden fra amputasjon, via rehabilitering til oppfølging, krever spesialistkompetanse i alle ledd.

– Norge bør ha som mål å ha ett spesialisert tilbud per helseregion. Her bør det være kirurger som kan amputasjon, og den ortopediske rehabiliteringen må være tverrfaglig og involvere ortopediingeniør, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, sier han.

– Det bør også være et tilbud om oppfølging etterpå, og tilbud om opptrening og vedlikeholdstrening. Det blir lengre reisetid for mange, men resultatet blir bedre for så vel pasienten som den som skal betale for gildet. Man blir ikke god på noe uten å ha gjort det mange ganger, påpeker han.

– Rehabilitering for å unngå at folk ender på en institusjon eller blir isolert hjemme er billig. Det bør ikke knipes på rehabilitering eller protesetilpasning. Det aller dyreste er at folk ikke kommer seg i jobb eller får noe meningsfylt å gjøre etterpå. Uføretrygd og institusjonsplasser er en enorm kostnad, sier han.



– Ikke høystatuskirurgi

– Amputasjoner er ikke noen høystatuskirurgi, og er ikke pasientgrupper som unge kirurger slåss om å få ansvaret for.

Det sier Lars Eldar Myrseth, overlege på ortopedisk avdeling Rikshospitalet og nestleder i Norsk forening for håndkirurgi. Han mener det viktigste ikke er hvem som amputerer, men at det er en som har øvelse.

– Jeg tror kanskje at ortopedene er mer teknisk og mekanisk interessert i utgangspunktet, og derfor lettere tar hintet fra ortopediingeniører i forhold til å tilpasse de forskjellige amputasjonsstumpene til senere proteser. Det viktigste er imidlertid at den som utfører amputasjonen har en viss rutine og interesse for området.

Jon Otto Sundhagen er overlege i karkirurgi på Aker Universitetssykehus. Han mener femuramputasjoner (lår) som regel har et dårlig utgangspunkt for rehabilitering, og derfor ikke behøver å gjøres av en kirurg med spesialkompetanse på amputasjoner. Crusamputasjoner (legg) bør derimot utføres av en person med spesialkompetanse, og følges opp av en innarbeidet rehabilitering, fordi dette er en vanskelig form for amputasjon med lite tilgjengelig bløtdeler.

– På Aker er dette en spissfunksjon for ortopedene og ledes av en ortoped som har denne kompetansen, ifølge Sundhagen.

«Det aller viktigste er at pasienten skal fungere etterpå»

Nils-Odd Tønnevoll, benprotesebruker

Årsaker til armamputasjon

Ulykker – 90 prosent

Kreft – 10 prosent

De fleste, rundt 90 prosent, mister armen i en arbeidsulykke.

De fleste av disse, også cirka 90 prosent, mister høyrearmen.

Kilde: Momentum, forening for arm- og benprotesebrukere





Av **Rosalind Celia Andrews**
Kreftsykepleier,
Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF

Det er svært sjelden man hører om pasienter som må amputere penis på grunn av kreft. Det høres så forferdelig ut at de færreste av oss tør eller vil snakke om det.

«He that is wounded in his stones or has his private member cut off shall not enter into the congregation of the Lord.»

Det gamle testamentet

På den annen side ønsker slike pasienter ofte å unngå oppmerksomhet, nærmest for enhver pris. Resultatet blir ofte at pasienten nærmest blir «usynlig» for helsepersonell, og svært vanskelig å behandle.

Som kreftsykepleier har jeg hatt flere pasienter som har måttet amputere penis på grunn av kreft. Jeg synes denne type kreft er spesielt opprørende og tragisk både for pasient og pårørende. Det er dessuten svært vanskelig å yte god sykepleie for en slik pasientgruppe.

Mange vet ikke at peniskreft eksisterer som sykdom, og det er mye uvitenhet knyttet til selve sykdommen og følgene av denne. Det meste holdes hemmelig.

Usynlige pasienter

Pasienter som rammes av denne kreftsykdommen kan lett bli «glemt» på en hektisk sykehusavdeling. De klager sjelden, spør nesten aldri om hjelp og har heller ikke behov for fysisk hjelp eller bistand fra sykepersonell. Men slike pasienter har behov for enormt mye hjelp og støtte. De befinner seg i en krise- og sorgsituasjon både på grunn av sjokket med å få kreft og opplevelsen av å miste en vital kroppsdel. – Og med det et endret kroppsbilde.

Det er vanskelig å komme pasienter i møte i slike situasjoner, og

å gi dem nødvendig omsorg. Det vil sannsynligvis bli oppfattet som en «dobbel katastrofe» for pasienten som blir konfrontert både med en livstruende kreft, og opplevelse av sorg og tap av «mannlighet». Både pasienter og sykehuspersonell vil helst unngå dette temaet, og man snakker gjerne om noe annet.

Representerer manndom

En pasient som har amputert penis har ikke bare mistet en hvilken som helst kroppsdel, men en kroppsdel som representerer pasientens mannlighet og de følelsesmessige konsekvenser dette innebærer. Denne pasientgruppen trenger mye omsorg knyttet til følelser og deres eget selvbilde. De vil føle det svært vanskelig å være naken uten penis og vil kunne oppleve selvmordstanker. Bare synet av sin egen penisløse kropp kan virke frastøtende. Det kan også være veldig vanskelig og sjokkerende for sykepleieren å se en pasient uten penis.

Tabubelagt område

Mange pasienter som har fått amputert penis på grunn av kreft, gjennomgår en rekke følelsesmessige stadier; benektelse, frykt, sinne og bekymring. Det er også mye skam knyttet til denne tilstanden. Noen menn tror dette er Guds

måte å straffe vedkommende for umoralsk oppførsel eller en eller annen form for høy seksuell aktivitet.

I samfunnet generelt er penis ofte et symbol på mandighet og styrke. I enkelte trossamfunn, inkludert kristendommen, har amputasjon av penis blitt betraktet som en synd. I det gamle testamentet står det blant annet: «He that is wounded in his stones or has his private member cut off shall not enter into the congregation of the Lord». Dette kan kanskje forklare noe av grunnen til at denne type sykdom fremdeles er såpass tabubelagt.

Penis er en veldig privat del av kroppen, og det vil ofte være vanskelig å snakke om temaer som berører penis. Mange pasienter vil føle at de ikke lenger er «hele» mennesker. Spørsmål som «Hvordan skal jeg kunne leve resten av livet med dette?» og «Hvem kan forstå?» er vanlig.

Sykepleierens rolle

Peniskreftpasienter har et stort behov for sin egen private sfære i sin nye situasjon. Dette er spesielt viktig like etter operasjonen, da såret vil representere et stort sjokk for pasienten og han vil ha behov for tid og rom alene uten å være bekymret for andre pasienter. Legevisitter er som regel åpne og det er

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Peniskreft
Amputasjon
Maskulinitet
Kjønnroller

Fakta om peniskreft

Peniskreft er en svært sjelden sykdom og kun mellom 40 til 50 personer rammes av dette hvert år i Norge. Selv om sykdommen kan være dødelig, er prognosene gode hvis den oppdages tidlig. Ikke alle pasienter som har fått denne krefttypen må amputere penis. De fleste tilfeller inntreffer hos menn over 50 år, mens menn under 40 år representerer cirka 20 prosent av tilfellene.

Risikofaktorer

Den eksakte årsaken til peniskreft er ikke kjent, men det finnes noen kjente risikofaktorer (3). De mest vanlige er alder, infeksjon fra HPV (Human Papilloma Virus), røyking, oppsamling av sekresjon under forhuden på penis (smegma), AIDS-virus og medisin som benyttes for å behandle hudsykdommen psoriasis (4).

TRUET MASKULINITET:
Menn som må amputere penis på grunn
av kreft kan få et endret selvilde.
Illustrasjonsfoto: colourbox.com



uteres

lett å overhøre det som blir sagt. Selv om det er mulig at enkelte penisamputerte pasienter foretrekker å være åpne om sin egen sykdom, vil deling av rom med andre pasienter være en stor belastning for de aller fleste. Pasienter med amputert penis bør derfor bli plassert på mindre rom, for eksempel tomannsrom. Primærsykepleier burde forberede seg før pasienten ankommer avdelingen.

Preoperativ og postoperativ omsorg og berøring vil være til stor hjelp for pasienten, slik at han skal kunne tilpasse seg sin nye situasjon raskere og bedre. Gi pasienten tid og anledning til å snakke om sin nye situasjon hvis han vil og føler seg klar til dette. Dette vil bidra til at han, og hans pårørende, kan få et mer realistisk syn på sin nye tilværelse. Det er viktig at han får anledning til å uttrykke sine følelser når han ser sin kropp uten penis for første gang. Oppmuntre ham til å berøre og utforske det opererte kroppsområde. Sykepleieren må være innforstått med hvor viktig hennes opptreden og kroppsspråk er i denne kritiske fasen, siden dette vil kunne medføre at pasienten raskere aksepterer sin nye situasjon.

Mister identitet

Ved å gi pasienten ansvar og oppmuntre til stor grad av selvhjelp,

vil han raskere kunne returnere til livet han hadde før sykdommen (1). Pasientens partner er svært viktig for å hjelpe pasienten med å akseptere sin nye situasjon og sitt endrede kroppsbylde. Sykepleieren kan her gi oppmuntrende råd og veiledning til begge parter. Pasienten vil trolig oppleve at han har mistet hele eller deler av sin identitet. Sykepleieren og pasientens pårørende må berolige pasienten og understreke at dette ikke er tilfelle. Ved å observere pasientens kroppsspråk vil sykepleieren lettere kunne fastslå hvordan han tilpasser seg sin nye situasjon. Å vise medfølelse og sympati for pasienten og hans pårørende vil samtidig styrke deres muligheter til å tenke fremover og fortsette som før.

Seksuelle bekymringer

En penisamputert pasient kan fremdeles få orgasme når sensitive områder blir stimulert. Eksempler på dette er scrotum, huden bak scrotum, området rundt såret som er grodd og perineum. Selve utløsningen skjer via perineal urethrostomi (2). Perineal urethrostomi er en ny åpning som kirurgen har laget fra urethra mellom mannens scrotum og hans anus. Når det seksuelle samliv skal gjenopptas er nok mange penisamputerte pasienter mer opptatt av ømhet enn av å oppnå orgasme.

«En penisamputert pasient kan fremdeles få orgasme.»

Det er viktig at sykepleieren også informerer partneren om dette slik at han eller hun tar seg god tid i denne viktige fasen. Sykepleier og lege har en meget viktig funksjon i denne sammenheng og vil kunne bistå med relevante fakta som både pasient og partner vil ha glede av senere.

Praktiske utfordringer

Pasienten må også forholde seg til nye, praktiske utfordringer som en følge av amputasjonen. Han kan ikke late vann stående, men må gjennomføre dette sittende og bruke toalett-papir til å tørke seg etterpå. Pasienten må bli opplært til å passe på sin urethrostomi siden denne ligger nær anus og dermed være utsatt for urinveisinfeksjon. En av mine pasienter, som var lastebilsjåfør, fortalte at det verste for ham var at han ikke lenger kunne stå i veikanten sammen med sine kolleger å late vannet.

John Edwards historie

Jeg har ikke lyktes å finne egne støttegrupper eller tilsvarende nettverk som peniskreft pasienter kan henvende seg for å få hjelp. For en tid tilbake kom jeg over en engelsk pasient som hadde fått

peniskreft og valgt å fortelle sin historie til en større engelsk avis (Daily Mirror – august 2002). Å bli fortalt at man har kreft var ikke nok, ifølge mannen, men vissheten om at dette var peniskreft var det mest sjokkerende. Situasjonen ble spesielt vanskelig på grunn av andres reaksjoner når de fikk vite om dette. Ifølge artikkelen gjaldt dette også helsepersonell som tydelig følte seg ukomfortable i hans nærvær. Selv en pasient på samme avdeling som hadde hjernesvulst og kun få måneder igjen å leve, syntes at peniskreft ville vært enda verre.

Han var virkelig modig som stod fram på denne måten og fortalte hvordan han følte det. I slutten av avisartikkelen oppga han sin e-post-adresse og oppfordret andre til å ta kontakt med ham. Jeg skrev til ham og spurte om jeg kunne oppgi navnet og e-post-adressen hans til norske pasienter som hadde behov for å snakke med andre som hadde vært gjennom det samme som dem. Han svarte «yes, anytime». Jeg vil derfor rette en stor takk til John Edwards for hans mot og åpenhet i kampen mot peniskreft.

John Edwards e-postadresse:
jobndedwards@hotmail.com

Omskjæring beskytter

Det er dessuten sannsynlig at menn som ikke har foretatt circumcisio (omskjæring) har større risiko for å utvikle peniskreft. Selv om forskningen på de preventive virkningene for personer med circumcisio fortsatt er på et tidlig stadium, anser forskere at det er vanskeligere å holde en ikke circumcisio ren og uten smegma, særlig hvis forhuden er vanskelig eller umulig å trekke tilbake fullstendig (5).

LITTERATURLISTE

1. Salter M. Altered Body Image. Baillière Tindall, 1997.
2. Bracken RB. Cancer of the testis, penis, and urethra: the impact of therapy on sexual function. Side 108-127. GK Hall & Co., 1981.
3. Fosså SD, Jones WG, Hamers HP, Bogert W van den. Cancer of the penis, Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110(11): 1354-6.
4. Cancer Research UK (2002), Cancer on the penis (penile cancer), 5 sider, www.cancerhelp.org.uk.
5. Gordon S, et.al. When the Dx is penile cancer, side 1-8, Medical Economics Publishing Co. Inc., 1997.

Lyrica "Pfizer"

Antiepileptikum.



ATC-nr.: N03A X16

KAPSLE, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Perifer og sentral neuropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering. Behandling av generalisert angstlidelse hos voksne.

Dosering: Doseområdet er 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Tas med eller uten mat. Nevropatisk smerte: Behandlingen kan initieres med maksimalt 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Epilepsi: Behandlingen kan initieres med maksimalt 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Generalisert angstlidelse: 150-600 mg fordelt på 2 eller 3 doser. Behandlingen kan initieres med maksimalt 150 mg daglig. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg daglig etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til 450 mg daglig. Maksimaldosen på 600 mg daglig gis etter ytterligere en uke. Behovet for behandling bør vurderes jevnlig. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke uavhengig av indikasjon. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/hemodialysepasienter: Dosejustering er nødvendig. Dosereduksjon individualiseres i henhold til kreatininclearance (Cl_{Cr}), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (μmol/liter) etter følgende formel: Cl_{Cr}(ml/minutt)=[1,23 × (140-aldre (år)) × kroppsvekt (kg)]/serumkreatinin (μmol/liter). For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance	Total daglig dose pregabalin *		Doseringsregime
(Cl _{Cr})(ml/minutt)	Startdose (mg/dag)	Maksimaldose (mg/dag)	
≥ 60	150	600	2 eller 3 ganger daglig
30 - 60	75	300	2 eller 3 ganger daglig
15 - 30	25 - 50	150	1 eller 2 ganger daglig
< 15	25	75	1 gang daglig
Supplerende dose etter hemodialyse (mg)			
	25	100	enkelt dose**

* Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregimet for å gi mg/dose.

** Supplerende dose gis som enkelt dose.

Barn og ungdom (12-17 år): Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Bruk til barn og ungdom anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktose-malabsorpsjon eller med en spesiell form for heredittær laktasemangel (lappisk laktasemangel) bør ikke ta dette legemidlet. Justering av hypoglykæmi behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke forekomsten av skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevnen. Pasienter bør utvise forsiktighet ved bl.a. bilkjøring. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallskontroll er ikke tilstrekkelig dokumentert. Ved avslutning av kort- og langtidsbehandling er det observert seponerings symptomer hos enkelte pasienter (insomni, hodepine, kvalme, diaré, influensasyndrom, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart. Ved behandling av sentral neuropatisk smerte forårsaket av ryggmargsskade er forekomsten av bivirkninger høyere. Dette kan skyldes en additiv effekt ved samtidig medisinering med andre nødvendige legemidler (f.eks. legemidler mot krampes). Ved forskrivning av pregabalin ved denne tilstanden skal dette tas med i vurderingen.

Interaksjoner: Additiv påvirkning av kognitive funksjoner og funksjoner på store bevegelser forårsaket av oksydon, kan potensere effekten av etanol og lorazepam, men gir ingen effekt på respirasjonen. Det er ikke sett noen farmakokinetiske interaksjoner mellom pregabalin og fenytoin, karbamazepin, valproinsyre, lamotrigin, gabapentin, lorazepam, oksykodon eller etanol. Kan tas sammen med perorale antikonseptjonsmidler.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelene for moren oppveier en mulig risiko for fosteret. Resultater fra dyreforsøk har vist reproduksjonstoksiske effekter ved eksponering over anbefalt human eksponering, og dette indikerer en mulig risiko for humane fosterskader. Adekvat prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skilles imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Ved behandling av sentral neuropatisk smerte forårsaket av ryggmargsskade er forekomsten av bivirkninger generelt og bivirkninger relatert til sentralnervesystemet, spesielt søvnighet, høyere. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, munntørhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsesvansker, tremor, dysartri, parestesier. Syn: Dobbeltsyn, sløret syn. Urogenitale: Erektile dysfunksjon. Øvrige: Utmattelse, perifert ødem, følelse av å være full, ødem, unormal gange, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesofageal refluksykdom, oral hypoestesi. Hud: Svette, papuløst hudutslett. Luftrøier: Dyspné, tørrhet i nesen.

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammentrekninger, hevelse i ledd, muskelkrampes, myalgi, artralgi, ryggsmertor, smerter i lemmene, muskeltivhet. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnloshet, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, unormale drømmer, økt libido, panikkanfall, apati. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hypoestesi, synsfeilsforstyrrelser, nystagmus, talevansker, myoklonus, hyporefleksi, dyskines, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, agresi, brennende følelse, intensjonstremor, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, rødme, hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tørre øyne, hovne øyne, tåkesyn, øyesmerter, synstretthet, økt tåreproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urinkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett urost, forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet kreatininfoskikkelse i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert, platefall. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøytropeni. Gastrointestinale: Hypoglykæmi. Ascites, dysfagi, pankreatitt, kvalme. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalspasmer, nakkesmerter, rabdomyolyse, Hørsel: Hyperakusi. Luftrøier: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, nesoblodning, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Hintersensitivitet, manglende hemninger, økt stemningsleie, hodepine. Sentralnervesystemet: Hypokines, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyerritasjon, mydriasis, oscillopsi, endret dybdesyn, perifert synstap, skjeling, synsklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrioventrikulært blokk, sinusstakykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenitale: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystsmertor, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anasarka, ansiktsødem, hoven tunge, forverret smerte, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalcium i blodet, vektøkning, redusert antall hvite blodlegemer.

Overdosering/Forgiftning: Ved overdoser opp til 15 g ble det ikke rapportert uventede bivirkninger. Behandling av pregabalinoverdose bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Pregabalin (S-aminometyl-5-metylheksaninsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosmørsyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin bindes til en subenhet (2 - protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men mat har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biotilgjengelighet: f90%, uavhengig av dose. "Steady state" oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin bindes ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum etter peroral administrering: Ca. 0,56 liter/kg. Halveringstid: 6,3 timer, men sikkerhet og effekt er lik for dosering 2 eller 3 ganger daglig. Plasmaclearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomer. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskilleleshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance.

Pakninger og priser: 25 mg: Enpac: 56 stk. kr. 221,42. 75 mg: Enpac: 14 stk. kr. 148,43. 56 stk. kr. 499,60. 150 mg: Enpac: 14 stk. kr. 210,46. 56 stk. kr. 747,82. 225 mg: Enpac: 56 stk. kr. 929,26. 300 mg: Enpac: 56 stk. kr. 1.037,15.

Sist endret: 01.02.2007

Referanser:

1. Preparatomtalen
2. Pohl RB et al. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol 2005;25:151-8
3. Rickels K et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam Arch Gen Psychiatry 2005;62:1022-30
4. French et al. Neurology 2003;60:1631-37
5. Folketrygdlovens § 5-14
6. Folketrygdlovens § 5-22



Partner for bedre helse™

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

Varsler ble headhunted

Husker du sykepleieren Mats Erik Mackhé som ikke fikk snakke samisk med en pasient på Universitets-sykehuset i Nord-Norge? Nå har sykehuset gitt ham ny jobb der han må snakke mest mulig samisk.



STOLT: – Man blir litt stolt når man har gjort noe som blir lagt så merke til at man blir håndplukket til en jobb, sier Mats Erik Mackhé.

Mackhé varslet om episoden på Åsgård i Sykepleien nr. 1 i år. Nå har han blitt headhunted til ny jobb på allmennpsykiatrisk avdeling. Denne gangen er arbeidsoppgavene å ta seg av en samisk pasient og snakke samisk med vedkommende. Stillingen inngår i et prosjekt der en samisk pasient skal få ekstra oppfølging av et eget team. Målet er å sluse denne tilbake til sin hjemplass i løpet av våren, og da er også jobben over for Mackhé. Men er prosjektet vellykket, blir det

kanskje snakk om å gjøre noe lignende igjen en annen gang. – Etter at artikkelen stod i Sykepleien, var det fullt kjørt med tv, radio og aviser i en uke, men så var det helt slutt. Jeg har ikke hørt et knyst fra ledelsen og tror dessverre at situasjonen for de samiske pasientene ved enkelte avdelinger på UNN ikke er så veldig forandret, sier Mackhé.

Uten parfyme. Uten farve. Uten
smak. Uten konserveringsmidler.
Uten tørre lepper.



NYHET



GARDASIL®

- en vaksine som skal forhindre livmorhalskreft*

Den første vaksinen som skal forhindre livmorhalskreft

- Før livmorhalskreft oppstår, forhindrer GARDASIL® høygradig livmorhalsdysplasi og har i tillegg påvist effekt mot lavgradig livmorhalsdysplasi*
- Utover livmoren, forhindrer GARDASIL® også forstadier til vulvakreft og kjønnsvorter*

Dette er tilstander som forårsakes av humant papillomavirus type 6, 11, 16 og 18*

For å beskytte barn, ungdom og unge kvinner

**BESKYTTELSE FRA 4 PAPILOMAVIRUSTYPER,
FØR LIVMORHALSKREFT OG UTOVER LIVMORHALSEN***


sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: 23 12 05 35 Fax: 23 12 05 10 infono@spmsd.com

REF:* Norsk SPC.


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



Uenige om ME på Haukeland

Å hive seg inn i ME-debatten er som å stikke hånden inn i et vepsebol. Det mener Ole-Bjørn Tysnes, avdelingsoverlege ved neurologisk avdeling på Haukeland.

Haukeland Universitetssykehus stilte ME-diagnosen på totalt 250 pasienter i første halvår 2006, ifølge tall bt.no har hentet inn fra Helse Vest. Likevel mener neurologene ved sykehuset at det ikke finnes gode holdepunkter for at ME skyldes neurologisk sykdom eller skade. WHO's klassifikasjonsterm G 93.3, som indikerer neurologisk sykdom, blir derfor problematisk å ta i bruk. Årsaken til det høye antallet ME-

diagnoser er ifølge Tysnes at en neurolog tilknyttet avdelingen har brukt denne diagnosen i stor utstrekning.

– For de øvrige ansatte i avdelingen er det enighet om hvordan vi skal bruke diagnosen, sier han.

Neurologisk avdeling skal nå sette i gang et forskningsprosjekt som går på bruk av ME-diagnosen.

– Kraftige fronter

Tysnes sier bruken av ME-diagnosen er en het potet i hele landet, og at trykkesystemet som disse pasientene møter, nærer opp under problemene.

– Neurologer kommer i klemme, for trykkesystemet krever at det må være en neurologisk sykdom for at det skal gi trygderettigheter. Det har vært ganske kraftige

fronter mellom neurologer og pasientgrupper om hvordan denne diagnosen skal brukes.

Han mener at mange neurologer ville føle seg mer komfortable med å bruke diagnosen nevrasteni, men den termen vil ifølge ham ikke utløse fulle trygderettigheter.

– Det er vanskelig, fordi pasientene kjemper for at dette skal være en sykdom i nervesystemet, og det har mange neurologer vanskelig for å akseptere. Hovedbudskapet mitt er at jeg er åpen for at ME er en postviral tilstand, men det er ingen som så langt har ført dokumentasjon for dette.

– Opplever økning

– Selv om jeg ikke har tall på det, så opplever jeg en påfallende økning

Faksimile fra temaside om ME, nr. 3/07

i antall ME-diagnoser. Vi har hatt uforklarlige, invalidiserende tilstander i mange hundre år, dette har kommet og gått i bølger – og det er veletablert at dette er underliggende psykologiske tilstander. Vi må kunne stille spørsmål om tretthet kan høre til denne gruppen.

Tysnes mener det er overstyring av medisinen når trygdeordningene bestemmer hvilke diagnoser som skal brukes. Han mener det burde være slik at beskrivelsen av tilstanden bør kunne gi trygderettigheter.

– Som helsepersonell må vi huske på at disse pasientene lider, og at vi har plikt til å utrede og behandle dem, sier Tysnes.

Se også debattinnlegg side 84

C1 Gardasil® "Sanofi Pasteur MSD"
 Vaksine mot humant papillomavirus
 ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborant, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfat/sulfat/dioksid) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker 1

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplas (CIN 2/3), cervicancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger. **DOSERING:** Primær vaksinasjon, 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

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

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

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

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta. Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

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

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkeltdoser.

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

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må beryttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklår, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinatør har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler; 0,5 ml kr 1259,40/058397.

Sist endret: 23.11.2006

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





NSF-REVISJON:

Fram mot NSF's landsmøte i november 2007 vil Sykepleien ha en serie hvor vi ser på hvordan organisasjonen fungerer og blir oppfattet blant medlemmene.

Vi vil sette søkelys på NSF's prioriteringer, organisatoriske forhold, pengebruk og medlems-service.

Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

NSF's faggrupper er tema i denne utgaven.

Til fronten for

Over 20 000 sykepleiere er med i NSF's faggrupper. Nå ønsker faggruppene mer innflytelse i organisasjonen.

Er faget synlig nok i sykepleierens fagforbund? Diskusjonen blusser stadig opp, og alltid når det skal være landsmøte. Mens medlemmene er langt mer interessert i fag enn i klassisk fagforeningsarbeid, har de fleste i forbundsstyret bakgrunn som tillitsvalgte.

Faggruppene har ved siste oppstilling 21 954 medlemmer. 1 982 av dem er pensjonister. Noen er medlem i flere grupper, men rundt regnet er én av tre yrkesaktive sykepleiere med i faggruppene.

Fattig og rik

En faggruppe kan være så mangt. Det er nå 31 av dem, i mars blir det høyst sannsynlig 32; nevrokirurgiske sykepleiere står på venteliste. En faggruppe kan ha knapt 100 medlemmer. Eller flere tusen. Den kan ha mange aktive lokalgrupper – eller ingen grupper lokalt i det hele tatt. Mens én faggruppeleder har hyppig kontakt med hovedkontoret i NSF – tar en annen nesten aldri turen til Oslo når det er møter.

Noen forbund som konkurrerer med NSF står parat til å overta utsatte faggrupper. Den mest synlige konkurransen er mellom NSF og Den Norske Jordmorforening. Dessuten kan NSF risikere å miste ledere, sykepleielærere og veiledere til andre forbund.

Men også internt er det konkurranse: Mange sykepleiere har interesser i flere av gruppene. En kreftsykepleier som arbeider med barn kan være medlem både i gruppen for kreftsykepleiere og barnesykepleiere. Bedriftssykepleier-gruppen konkurrerer med veileder-gruppen.

Noen er fattige, andre er rike: Hygienesykepleierne med 85 medlemmer kunne for eksempel tenkt seg å gi lederen i faggruppen lønn tilsvarende en 10 prosents stilling, men har ikke råd. De 1 600 operasjonssykepleierne hadde derimot over 2 millioner i inntekter i fjor, en stor del av det kommer fra kommersielle aktører. De har råd til 50 prosent lønn til faggruppelederen, kurs, stipender, reiseutgifter og honorar til foredragsholdere.

Noen av de store faggruppene kunne stått helt på egne bein som egne fagforbund – andre likner mer på interessegrupper.

To bilder

Er faggruppene Sykepleierforbundets faglige alibi? Flotte å ha, men lite å bry seg om? Folk i ulike ledd i forbundet som vi har snakket med tegner to svært ulike bilder for Sykepleien:

Bilde 1 har vinkel innenfra NSF: *Faggruppene lever sitt eget liv i periferien. De vil gjerne ha penger*

fra NSF, men leverer lite tilbake. De klager over for lite innflytelse, men skjønner ikke spillet i NSF. Når de blir bedt om å uttale seg i forskjellige saker, svarer de ikke.

Bilde 2 er vinklet utenfra og inn: *Mye av arbeidet i faggruppene er gratisarbeid. Faggruppelederne har ikke frikjøpt tid, slik som de tillitsvalgte, og de har ikke stemmerett på landsmøtet. NSF er mest opptatt av lønn. Faglige spørsmål kommer i bakgrunnen. Når det er ledervalg i NSF, pleier fagkandidatene å tape. De fleste i forbundsstyret har bakgrunn som tillitsvalgte, ikke fagarbeid. Faggruppene blir holdt utenfor i viktige saker.*

Men noe er i ferd med å skje.

Nærmere NSF

I fjor fikk faggruppene vedtekter om en mer tydelig plassering i NSF. Blant annet heter det at faggruppene skal bidra til å fremme NSF's helsepolitikk. «Fint!» sier noen. «Vedtekter er ikke nok», sier andre.

Sentralt fagråd er blitt til sentralt fagforum, som består av alle faggruppelederne. Lederen av dette forumet har nå et fulltidsverv.

Disse nye vedtektene blir sak på høstens landsmøte. Uten godkjenning derfor, blir de ikke endelige. – Faggruppene må ikke være en



Kriterier

For å bli en godkjent faggruppe i NSF, må visse kriterier oppfylles. Medlemmene må også være medlem i NSF, og det må være minst 100 i gruppen. Det er forbundsstyret som godkjenner faggruppene. (Mer informasjon om faggruppene: www.sykepleierforbundet.no, og klikk videre på «fag».)



faget

Faggruppene må ikke være en blindtarm i organisasjonen.

Målfrid Bogen

blindtarm i organisasjonen, sier Målfrid Bogen, leder i sentralt fagforum, og altså den første på full tid.

– Noen faggrupper er mest opptatt av egen fagutvikling, mens andre bidrar i stor grad i høringsaker og komitéarbeid.

Bogen fungerer som en koordinator mellom NSF og faggruppene. For første gang har fagforumet i år egen handlingsplan og eget budsjett, som er på over fem millioner kroner. Halvparten går til driftstilskudd til faggruppene. Ellers brukes pengene stort sett til lønn, honorar og reiseutgifter.

– Nå er det viktig å få strukturen integrert, og at faggruppene identifiserer seg med NSF. Dessuten må faggruppene bli integrert i fylkene, sier Bogen.

Ulike pasienter

23. februar klokken kvart over ett sitter en gjeng faggruppelidere i kantinen i NSF's hovedkontor i Oslo. De har nettverkssamling i dag, og nå er det pause. Ikke langt fra hverandre sitter lederne for helsesøstrene og barnesykepleierne. Spørsmålet om ikke antallet faggrupper er altfor høyt, trenger seg på.

– Hvorfor kan ikke deres to grupper slå seg sammen og få mer slagkraft?

– Fordi *de* tar seg av dem utenfor sykehuset. *Vi* er på innsiden, sier barnesykepleier-leder Anne-Berthe Bjerknes.

– Ja, *de* jobber med de syke, *vi* med de friske, sier helsesøster-leder Astrid Grydeland Ersvik.

Bjerknes innrømmer at hun reagerte da faggruppen innen allergi, eksem og lungesykdom hos barn og unge ble godkjent.

– Jeg stusset over at ikke de kunne være sammen med oss. De kunne jo vært en særgruppe.

– Antallet er viktig

I andre enden av langbordet sitter Sissel Tollefsen og Frank Oterholt. Tollefsen er leder for undervisnings-, forsknings- og fagutviklingsgruppen, som har vel 200 medlemmer. Oterholt leder veiledergruppen, som har vel 300 medlemmer.

– Synes dere det er litt for mange grupper?

– Nei, nei, nei.

De rister kraftig på hodet.

– Det der er uinteressant nå.

I stedet for å kaste bort tiden på å telle faggrupper, kan gruppene sette seg sammen og konsentrere seg om felles utfordringer, mener de. Oterholt, som også er nestleder i sentralt fagforum, sier at mye er gjort for å rydde i eget reir den siste tiden.

– Vi har to perspektiv: Det ene er inn mot faggruppen. Det andre er mot organisasjonens fagpolitiske utfordringer.

For eksempel jobber hans egen faggruppe med veiledning som fag. Den skal sørge for kurs, støtte medlemmene i spørsmål om honorerings, tipse om ny faglitteratur.

– Og så skal vi også bruke vår kompetanse i fagpolitisk sammenheng.

I dag er han på nett med fire andre faggruppelidere (undervisning, IKT, bedriftshelsetjeneste og geriatri/demens). I stedet for å fronte saker hver for seg, går de sammen løs på omsorgsmeldingen.

– Den handler både om kompetanse og veiledning. Midt i blinken! sier Oterholt, som vil se framover.

Gamle konflikter vil han la ligge. Han ønsker at medlemmene i faggruppene skal få større grad av identitet i moderorganisasjonen.

– Det er ikke så mye «de» og «oss» lenger, sier han, og mener NSF og faggruppene.

Ordet «faglig» unngår han helst.

– Det skaper så mye «fuss». Hvis vi etterlyser mer faglighet, insinuerer vi jo at de andre ikke jobber faglig.

Fagpolitisk, derimot, det er et fint begrep, synes han.

Faggruppefakta:

Størst: Helsesøstrene, 2 480 medlemmer.

Minst: Hygienesykepleierne, 85 medlemmer, som fikk dispensasjon fra kravet om minimum 100 medlemmer.

Eldst: Helsesøstrene – gruppen er 52 år gammel.

Nyest: Nevrokirurgisk gruppe er i ferd med å bli godkjent.

Øker mest: Geriatri- og demensgruppen hadde størst prosentvis økning med 48 nye medlemmer siste år. Helsesøstrene fikk høyest antall nye medlemmer – 53 stykker.

Størst ytre konkurranse: Jordmødrene. Men også lærerne og lederne.

Lengst navn: NSF's landsgruppe av sykepleiere i akuttmedisinsk, AMK og ambulansetjeneste.

Flest menn: Anestesisykepleierne – har 390 menn av 1 584 medlemmer.

Se oversikt over alle faggruppene side 54.



Heldige helsesøstre

Helsesøstrene er heldige. Gruppen er den største, eldste og har råd til å lønne lederen i halv stilling.

– De blir ofte spurt av NSF i høringer, sier barnesykepleier-leder Bjerknæs.

– *Er du litt bitter og misunnelig, Bjerknæs?*

– Nei, nei, nei. Det er naturlig at helsesøstrene blir spurt. Men jeg skulle så inderlig ønske at barna på sykehus fikk mer oppmerksomhet.

Bjerknæs er mer misunnelig på den halve stillingen helsesøster Ersvik har som faggruppeleder. Selv får Bjerknæs 34 000 kroner av sin gruppe, men hun har ikke frikjøpt tid. Om et par timer skulle hun ha vært på jobb hjemme i Tønsberg. Det rekker hun ikke. Hun betaler en kollega for å steppe inn, og så overtar hun selv klokken halv sju denne fredagskvelden.

Lederne for barnesykepleierne,

helsesøstrene og psykatrigruppen går til grupperommet for å snakke om hvilke felles saker de kan foreslå til landsmøtet. Men det er ikke lett: Der den ene er mest opptatt av forebygging, tenker den andre på hvordan mestre sykdom, og den tredje på rus. Men at alle har et bankende hjerte for barn og unge er de enige om.

– Bør ikke bli flere

Kunne gastrogruppen slått seg sammen med stomisykepleierne? Hva med urosykepleierne og nyresykepleierne?

– Vi har ikke de samme pasientene, sier leder for nyresykepleierne, Anne Rasmussen, på telefon fra Kristiansand.

– Vi har mye dialyse- og transplantasjonspasienter. For de urologiske pasientene er ikke nyrefunksjonen problemet.

Men hun ser poenget. En idé kunne være å ha undergrupper i en faggruppe.

– For blir vi 60 faggrupper, ja, da er løpet kjørt. Da blir vi ikke handlekraftige, mener hun.

Hun er skeptisk til inndelingen etter organer, som likner medisinsk inndeling på sykehusene, for eksempel ortopedi. Hun tror de kardiologiske sykepleierne hadde tjent på å bli i intensivgruppen, i stedet for å danne sin egen.

– Kanskje har sykepleiere som jobber med kolspasienter lyst å danne sin egen gruppe også, og bryte ut av lungegruppen. Men å bli mer enn vel 30 faggrupper, det er ikke rasjonelt.

– Faggruppene har stor innflytelse

Bente Slaatten, avtroppende leder i NSF, har en fortid som forhandlingsjef i samme forbund.

– *Har du fått mye kritikk for ikke å være faglig nok?*

– Ikke direkte. Men jeg hører det ligger under. Jeg mener vi har gjort kritikken til skamme. Vi har fått til veldig mye både fag- og

lønnspolitisk. Å være forbundsleder krever høy strategisk kompetanse om både fag og lønn. Det henger sammen. Om du kommer fra den ene siden, må du likevel beherske begge felt. Det er ødeleggende å sette det ene opp mot det andre.

– *Er frikjøpt tid for faggruppelederne en god idé?*

– Lederen for fagforumet har fått betalt fulltidsverv, det er et viktig skritt. Ellers kan man ikke sammenlikne faggruppelederne med tillitsvalgte. De er en del av hovedavtalen, og skal ivareta alle medlemmene. Avtalen er med arbeidsgiver og de må kjempe om hver time.

– *Det beste med faggruppene?*

– De er uttrykk for et faglig engasjement og mangfold i yrket. De driver fagutvikling innenfor sine områder og er en kjempeviktig del av NSF.

– *Det vanskeligste?*

– Det voksende antallet er en

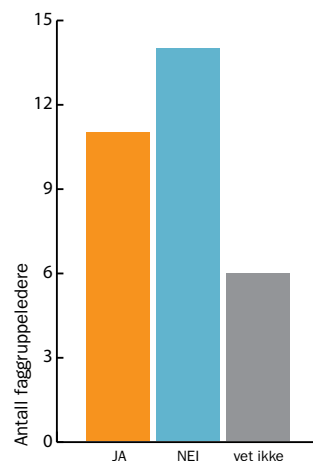
Faggruppelederne mener

Sykepleien har stilt fem spørsmål til faggruppelederne.

Alle 31 har svart. Her ser du svarene:

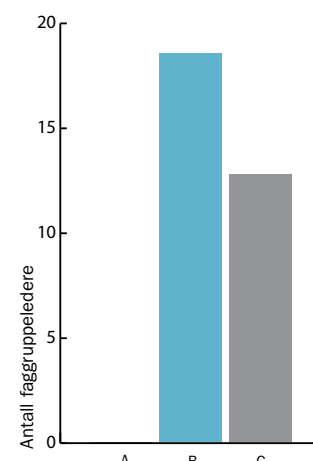
1 Ikke nok på dagsorden

Har NSFs ledelse satt interessene til din faggruppe tilstrekkelig på dagsorden i inneværende periode?



2 Mest identitet i faggruppen

Du er leder for en faggruppe i NSF. Hvor føler du at du har din identitet? **A)** Mest i NSF **B)** Mest i faggruppen **C)** Like mye begge steder



Sponse-regler

Det kan være fristende å ta imot gaver fra legemiddelindustrien. En rådgivende avtale forteller hvor grensene går. For eksempel: Gaver under 1 000 kroner er ok – hvis de er faglige. Avtalen ble inngått mellom Sykepleierforbundet og Legemiddelindustriforeningen høsten 2006.



utfordring. De blir veldig ulike; noen små med spesialområder, noen store overordnede. De jobber veldig ulikt også.

– *Har de nok innflytelse?*

– De har stor innflytelse, og det er opp til dem å bruke den.

Om faggruppene skal ha egen stemmerett på landsmøtet opplever hun å være en tilbaketrukket debatt. Faggruppemedlemmene kan stille som fylkesdelegater som alle andre. Hun viser til at faggruppene er stadig mer inne i NSF's høringsarbeid og internasjonale saker. Men det er ikke alltid så lett.

– Det kan være vanskelig å få svar når de blir bedt om å si sin mening. Noen ganger synes de at dette behøver de ikke mene noe om. Utfordringen er hvordan organisasjonen kan bruke faggruppens kompetanse best mulig, sier Slaatten.

tekst **Marit Fonn**

Jordmor-konkurransen

Faggruppen for jordmødre i NSF (740 medlemmer) har sterk konkurranse av Den Norske Jordmorforening (rundt 2 000 medlemmer).

– *Er du fornøyd med NSF's innsats for dere?*

– Det er en stadig utfordring, det, sier leder i jordmorgruppen, Bente Dahl Spidsberg.

– Vi er for så vidt fornøyd. Målfrid Bjørnerheim har hatt et toårig jordmorprosjekt og stått mye på for å rekruttere, og vi har fått flere medlemmer. Det er vi glade for, men prosjektet gikk ut 1. mars. Så hva nå? Selv har jeg betalt 40 prosent stilling som leder. Men det er ikke nok.

Det kritiske tidspunktet er når sykepleierne, som har vært NSF-medlemmer i mange år, blir jordmødre. Da går mange over til konkurrenten.

– Det er lett å tro at det er mer å hente

jordmorfaglig der enn hos oss. Men vi er like opptatt av faget. Det var et stort tap da jordmorbladet vårt ble lagt ned. Framover vil jeg legge vekt på å få bladet tilbake, så medlemmene føler de får noe igjen. Hvis NSF skal beholde oss, må vi løftes opp i forhold til de andre faggruppene.

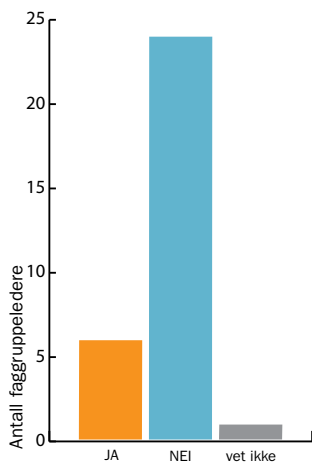
– *Kan du selv tenke deg å skifte forbund?*

– Jeg byttet faktisk da jeg var fersk jordmor, men kom tilbake. Nå er det helt uaktuelt.

Vi er nok en idealistisk gruppe, vi som blir. Lønnsmessig slår det ikke ut til vår fordel heller. Noen ville tjene 10-20 000 på å skifte forbund. NSF kan aldri glemme oss, konkurransen vil vedvare, sier Spidsberg.

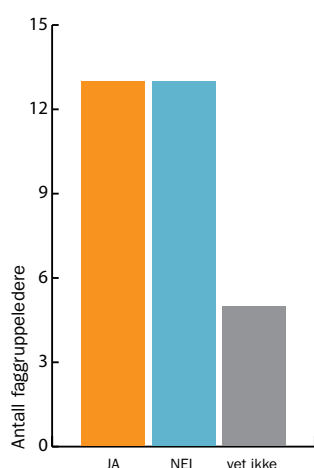
3 Kommers ikke så vanskelig

Er det vanskelig for din faggruppe å leve opp til NSF's nye regelverk for omgangen med kommersielle aktører?



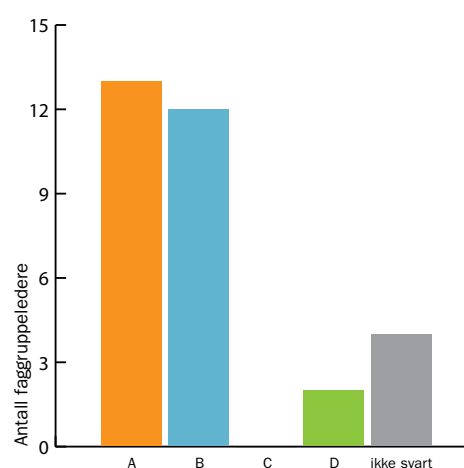
4 Konkurrerer litt

Konkurrerer din faggruppe med andre faggrupper i NSF om medlemmer?



5 Ledervalget blir viktig

Det viktigste i kommende landsmøteperiode er: **A)** å få en NSF-leder med fagpolitisk bakgrunn? **B)** at interessene til faggruppen din blir hørt av NSF's politiske ledelse? **C)** å få vervet flest mulig medlemmer til din faggruppe? **D)** å få til tiltak for å heve kompetansen på de som er med i din faggruppe?



Gratisarbeid

Flere nevner to problemer: Det blir for mye gratisarbeid på fritiden – og det burde bli billigere for dem som er medlem i flere faggrupper. Flere ytrer seg positivt om god støtte fra fagpolitisk avdeling og er positive til formalisert samarbeid med NSF.



– Hudseminaret styrker oss

Å være lillesøster blant faggruppene, er ikke alltid like lett, mener faggruppelider Tove Herland for de dermatologiske sykepleierne.

Faggruppen for hudsykepleierne har bare 170 medlemmer. De befinner seg i hele landet, både ved store universitetssykehus, mindre lokalsykehus og poliklinikker.

Denne bredden er viktig, selv om det også er dyrt å drive en så liten faggruppe med så stor spredning.

– Men etter at vi har tatt i bruk e-post, internett og så videre, har det blitt lettere å kommunisere og holde gruppen sammen, forteller Herland, som til daglig jobber ved hudpoliklinikken ved Florø sykehus, Helse Førde.

Fag i fokus

Faget står i fokus i faggruppen, mens lønsspørsmål og andre politiske saker er overlatt til NSF sentralt. En viktig faglig møteplass er det årlige hudseminaret, hvor man oppdaterer hverandre faglig og styrker nettverket. Faggruppen har også etablert et godt samarbeid med tilsvarende grupper i andre nordiske land.

Det finnes allerede videreutdanning på feltet ved Høgskolen i Bergen, og det jobbes med å få på plass et masterstudium.

Faggruppen har også en stipendordning hvor det er mulig å søke støtte til faglige utviklingsprosjekter. For tiden holder to sykepleiere på med å utvikle en sertifiseringsordning, et «lyskort», for lysbehandling. Dette skal gjøre det mulig også for hudsykepleiere som jobber alene ute i distriktene å gi pasientene god og riktig lysbehandling.

Nærmere NSF

Faggruppen ble etablert i 1991 og innlemmet i NSF i 1996. Den første tiden levde den i større

grad sitt eget liv, men har de siste årene blitt nærmere knyttet til forbundet, forteller Herland. Mange faglige spørsmål kommer i dag til faggruppen via NSF sentralt.

– Det hender at sykepleiere tar kontakt med NSF sentralt om spørsmål som gjelder hud, sår, bandasjering eller liknende. Da henviser NSF til oss. Denne kommunikasjonen synes jeg er veldig god, og på den måten er vi blitt mer synlig og tilgjengelige.

Sentralt fagforum

– *Blir faggruppen din tilstrekkelig ivaretatt av NSF sentralt?*

– Ikke foreløpig. Vi sitter riktignok i sentralt fagforum som fungerer som et bindeledd mellom faggruppene og NSF sentralt. Men jeg opplever at vår rolle og fagforumets funksjon ikke er tilstrekkelig presist definert. Det er viktig at NSF prioriterer å utvikle dette forumet, slik at det kan bli en god kanal for oss inn i NSF-systemet.

– *Hva kunne NSF gjort for å integrere dere mer i systemet?*

– Jeg - og mange andre faggruppelidere - gjør mesteparten av arbeidet som leder for faggruppen på fritiden. Når jeg skal på møter må jeg søke om fri fra arbeidsgiver. Jeg er avhengig av arbeidsgivers godvilje. Det synes jeg er uholdbart. Det rammer spesielt oss i de små faggruppene. For å kunne gjøre en god jobb som faggruppelider kan vi ikke gå rundt og føle at vi egent-

lig ikke har lov til å bruke tid på det.

Herland mener NSF burde gitt dem status som tillitsvalgt eller liknende, slik at det hadde vært legitimt å søke om fri til å delta på faggruppearrangementer.

Identitet

Medlemmene i en faggruppe er også medlemmer i NSF. Det kan iblant skape spenninger i forhold til identitet, mener Herland. Hennes identitet lå til å begynne med mest i faggruppen.

– Det er her kollegene mine her, det er her vi kan utvikle oss faglig. Men i det siste har jeg også beveget meg mer mot NSF sentralt. Utfordringen min blir å bringe med meg det faggruppen er opptatt av over i sentralt fagforum. Det kan iblant være en tung prosess for en liten faggruppe.

Et område som ofte er vanskelig og uoversiktlig for en liten faggruppe er lover og regler. Her er det godt å kunne støtte seg til NSF, mener Herland.

– Vi har hatt episoder med tvil om hvilken juss som gjelder. Da har vi tatt kontakt med forbundet og fått klare svar, og slipper på den måten en rekke diskusjoner.

tekst **Odd Letnes** foto **Egil Aardal**



VIL HA LØNN: Faggruppelider for hudsykepleiere, Tove Herland.

Egne blader

Faggruppene informerer sine medlemmer på ulikt vis. Over halvparten gir ut egne blader. Eksempler: Slagkraft (slagsykepleierne), Inspira (anestesi/intensiv), Ortonytt (ortopedi) og Prosess (bedriftssykepleierne). Lungesykepleierne gir ut Lungeposten og operasjonssykepleieren gir ut Overblikk.



– Mer psykiatri-politikk

Det vanskeligste for faggruppen er at Norsk Sykepleierforbund (NSF) ofte er taust i diskusjonene om fremtiden for psykisk helsearbeid.

Faggruppen for psykiatriske sykepleiere er med sine 2 200 medlemmer en av NSF's største. Aktiviteten i gruppen er det ingen ting å si på, med flere konferanser og møter på kalenderen, nettverksbygging i Norden, internettsider som oppdateres jevnlig, og et medlemsblad med fire nummer i året.

De største faglige utfordringene er knyttet til at opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. Her mener faggruppeleder Unn E. Hammervold at NSF har vært for lite synlige og tydelige i forhold til opptrappingsplanen.

– Blant annet ved å unnlate å ta stilling til dagens situasjon og utfordringer framover. Jeg merker meg at det stort sett er Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologforening som er på banen og uttaler seg, til tross for at veldig mange sykepleiere jobber med mennesker med psykiske lidelser.

– Vi er for øvrig svært glade for at det er opprettet en stilling i fagpolitisk avdeling for feltet psykisk helse og rus.

Hensynet til pasienter med både alvorlige psykiske lidelser og tunge rusproblemer er et annet tema som står høyt på dagsordenen i faggruppen.

– Helsevesenet er foreløpig ikke i stand til å ta vare på mennesker med dobbelt diagnoser på en forsvarlig måte. Vår faggruppe ønsker å fremme psykisk helse på NSF's landsmøte. Det i form av en bekymringsmelding for de mange menneskene dette gjelder, og som apparatet i dag ikke er dimensjonert for å ta i mot.

Etterutdanning og spesialisering

Videreutdanning i psykisk helsearbeid er også et viktig tema.

– Vi må vite at vi utdanner de fagpersonene som brukerne har behov for. I dag brukes ofte uttrykket «psykisk helsearbeider» i stillingsannonser, et nokså udefinert begrep som kan favne alt fra lærere og sosionomer med tilleggsutdanning til psykiatriske sykepleiere.

Hammervold er redd hele videreutdanningen kan bli utvannet. Faggruppen hører stadig oftere fra pårørende som har opplevd å ikke bli møtt med riktig kompetanse for sine nærmeste.

– Heller ikke internt i faggruppen er det alltid enighet om hva som er den beste utdanningen. Vi er bekymret over at fordypning i sykepleie tilbys ved stadig færre høyskoler, sier Hammervold.

Sintef Helse er nå i gang med å evaluere videreutdanningen i psykisk helsearbeid, noe faggruppen venter på med spenning.

Ekstrapenger fra direktoratet

Da Hammervold begynte som leder, var identiteten klart knyttet til faggruppen, og hun var ikke så forberedt på at hun også skulle samarbeide med NSF sentralt.

Sentralt fagforum har vært som en dør inn til NSF og en møteplass hvor hun har blitt kjent med andre faggruppeledere, mener hun i dag. Men hun kunne ønsket mer drahjelp fra NSF ved å gjøre det lettere å kjøpe seg fri til denne typen arbeid, slik tillitsvalgte kan.

På grunn av opptrappingsplanen

har faggruppen fått midler direkte fra Sosial- og helsedirektoratet. 120 – 130 000 kroner årlig har vært brukt til lederkonferanser for lokalgrupper og andre faglige nettverkstiltak.

Nei til annonser

Bladet Bivrost er en viktig del av det kittet som holder gruppa sammen. Men det koster penger å lage et godt medlemsblad. Den siste tiden har det foregått en diskusjon om finansiering. Strids spørsmålet har vært om bladet skal fortsette å ta inn annonser fra legemiddelindustrien.

Saken er ytterligere aktualisert av NSF's skjerpete krav til samhandling med legemiddelindustrien.

– Jeg ønsker et annonsefritt blad. Det vil gi oss klare linjer i forhold til industrien, sier Hammervold.

tekst **Odd Letnes** foto **Kristian Jacobsen**



UKOMMERS: Psykiatrilleder Unn E. Hammervold.

Kjekt å ha

For sykepleiere flest vil NSF's fagpolitiske gjennomslagskraft være like viktig som høyere lønn. Sykepleie som fag er under utvikling. Da er det viktig for medlemmene at NSF klarer å få myndighetene med på at sykepleiere utgjør en finstemt og mangfoldig ressurs som helsevesenet ikke klarer seg uten.

Faggruppene i NSF har fram til nå fått lov til å formere seg etter prinsippet om å la de hundre blomstene blomstre. De er mange og har helt ulike forutsetninger. Noen har operert som aktive premissleverandører, andre har ikke vært i stand til å sette dagsorden.

Heldigvis har NSF sett at faggruppene har et stort potensial. Faggruppene har kunnskap om faget. Klarer NSF å koble denne kunnskapen til organisasjonens profesjonelle lobbykompetanse, er mulighetene for påvirkning enorme. Men hvis NSF skal kunne kjempe på alle frontene, må faggruppene i større grad gjøre hjemmeleksen sin. Som en start har NSF gitt faggruppene en bedre organisatorisk forankring, med en koordinator på heltid.

Faggruppene vil gjerne – men får det ikke alltid til. Ikke rart at de «tørster etter» en ny leder i NSF som kan målberede deres interesser og behov. Det kan synes som om tiden også er moden for et slikt valg. Myndighetene lurer på hvordan de skal løse de store utfordringene som helsetjenestene står overfor. Sykepleie som fag står ved en avgjørende korsvei. En leder med bakgrunn i «faget» kan være kjekt å ha da.

Barth Tholens (red.)



Finn din faggruppe:

Akutt

NSFs Landsgruppe av Sykepleiere

i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste:

Ulrika Eriksson, Klinik for anestesi og akuttmedisin, St Olavs Hospital, 7006 TRONDHEIM
Tlf. privat: 934 20 760. Tlf. jobb: 73 86 90 92/
913 88 601 E-post: ulrika.eriksson@stolav.no

Anestesi

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF:

Anne Marie Gran Bruun, Aker gård, 3170 SEM
Tlf. privat: 33 33 23 87 og 905 32 387
Tlf. jobb: 33 03 12 89 E-post: annemarie.bruun@c2i.net

Astma, eksem og allergi

NSF faggruppe innen allergi, eksem og lungesykdom hos barn og unge:

Sølvi Heimestøl, Barnepoliklinikken/Lærings- og mestringssenteret, Postboks 2170, 5504 HAUGESUND.
Tlf. privat: 53 74 06 73 og 996 29 365.
Tlf. jobb: 52 73 23 50 og 52 73 28 80
E-post: solvi.heimestol@helse-sona.no

Barn

Barnesykepleierforbundet NSF:

Anne-Berthe Bjerknes, Fossåsveien 24, 3132 HUSØYSUND. Tlf. privat: 33 38 62 07 og 452 30 511. Tlf. jobb: 33 34 22 70 og 33 34 22 80. E-post: bfbjerkn@online.no

Bedriftssykepleie

NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere:

Kari Gaarder Osnes, Diakonhjemmets Sykehus, Vindern, 0319 OSLO.
Tlf.: 957 33 447
E-post: kari.g.osnes@diakonisyk.no

Diabetes

Faggruppe for Diabetessykepleiere, NSF/FFD:

Åse Rohde Paulsen, Hølleveien, 171, 4640 SØGNE.
Tlf. privat: 38 05 02 60 / 970 38 423
Tlf. jobb: 38 05 33 34.
E-post: aase.rohde.poulsen@sogn.kommune.no

Gastro

NSF Faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi:

Elin Sæther, Langnesveien 51, 9016 TROMSØ.
Tlf. privat: 77 65 50 47 og 905 71 755.
Tlf. jobb: 76 62 83 85. E-post: elinsaether@yahoo.no

Geriatric og demens

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens:

Anni Særnmo, Elveveien 17, 4823 NEDENES.
Tlf. privat: 37 09 49 15 og 920 48 264
Tlf. jobb: 37 25 64 19.
E-post: annikarlsen@hotmail.com og anni@nsfgeriatricdemens.no

Helsesøster

NSFs landsgruppe av helsesøstre:

Astrid Grydeland Ersvik, Postboks 272, 6501 KRISTIANSUND. Tlf. privat: 71 67 00 63/
988 53 496 Tlf. jobb: 71 58 63 60/66
E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

Hud

NSFs Faggruppe for Sykepleiere i Dermatologi:

Tove Hærland, hudpol. Florø sykehus, 6900 FLORØ.
Tlf. privat: 924 48 671 Tlf. jobb: 57 75 10 35
E-post: tove.hærland@helse-forde.no

Hygiene

NSF Faggruppe av Hygiene Sykepleiere:

Børre Johnsen, Enhet for Smittevern Nordlandssykehuset, 8092 BODØ.
Tlf. privat: 954 69 165. Tlf. jobb: 75 50 18 69
E-post: borre.johnsen@nlsh.no

IKT og dokumentasjon

Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon NSF ID:

Mari S. Berge, Fløenbakken 86, 5009 BERGEN.
Tlf. privat: 55 31 83 11 og 907 52 646
E-post: ms.berge@online.no og mber@hib.no

Intensiv

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere NSF LIS:

Hildegunn Synnevåg, Ortuflaten 68 5143 FYLLINGSDALEN.
Tlf. privat: 55 16 66 54 og 926 37 123
E-post: hi-syn68@online.no og hildegunn.synnevaag@helse-bergen.no

Jordmor

Jordmorforbundet NSF:

Bente Dahl Spidsberg, Solvindveien 11, 3113 TØNSBERG.
Tlf. mobil: 906 26 991
E-post: bente.dahl.spidsberg@sykepleierforbundet.no

Kardiologi

NSFs landsgruppe av kardiologiske sykepleiere:

Marit Mørkved Larsen, Nils Bays vei 57C, 0855 OSLO.
Tlf. privat: 22 23 48 26 og 922 68 706
Tlf. jobb: 23 07 07 62 og 23 07 19 40
E-post: marit.morkved.larsen@rikshospitalet.no

Kreft

NSF Forum for kreftsykepleie: NSF FKS

Ingrid Lotsberg Norås, Heimtjenesta Klepp kommune, Postboks 25, 4358 KLEPPE.
Tlf.: 51 42 99 00 / 991 67 002
E-post: ingrid.lotsberg.noras@klepp.kommune.no

Ledere

NSFs landsgruppe av sykepleieleidere:

Linda Warelius, Dalsrudåsen 29, 3070 SANDE.
Tlf. privat: 33 77 69 56 og 911 40 795
E-post: lin-war@online.no

Lunge

NSFs faggruppe av lungesykepleiere:

Heidi Ø. Markussen, Falkangerv. 11, 5108 HORDVIK.
Tlf. privat: 55 19 02 62 og 982 00 177
Tlf. jobb: 55 97 35 49
E-post: heidi.markussen@helse-bergen.no

Nyre

NSFs faggruppe for nyresykepleiere:

Anne Rasmussen, Artillerivollen 19, 4616 KRISTIANSAND.
Tlf. privat: 38 02 59 28 og 977 39 740
Tlf. jobb: 38 07 37 60.
E-post: anne_v_rasmussen@yahoo.no

Operasjon

NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere:

Liv-Marie E. Loraas, Jomfrubrátveien 72 A, 1179 OSLO.
Tlf. privat: 22 28 29 83 og 988 87 626
E-post: nsflos@sykepleierforbundet.no

Ortopedi

Norsk Forening for Sykepleiere i Ortopedi

- faggruppe i NSF:

Edel Bruun Bastøe, Notveien 7, 1655 SELLEBAKK.
Tlf. privat: 69 34 70 78 og 414 49 414
E-post: edebas@online.no

Psykiatrici

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere:

Unn Elisabeth Hammervold, Bruvikveien 12d, 4017 STAVANGER. Tlf. privat: 51 58 96 36 og 90 93 67 40. Tlf. jobb: 51 53 04 70
E-post: unnhvold@online.no

Rehabilitering

NSF faggruppe av sykepleiere i Rehabilitering:

Monica Selven, Valhallveien 11, 1454 FAGERSTRAND.
Tlf. privat: 66 96 01 74 og 936 52 329.
Tlf. jobb: 66 96 95 75. E-post: monicas@bluezone.no

Revmatologi

NSFs faggruppe for sykepleiere innen revmatologi:

Bente Hamnes, Revmatismesykehuset AS, Margrethe Grundtvigsvei 6, 2609 LILLEHAMMER.
Tlf. privat: 928 32 549, Tlf. jobb: 61 27 95 00
E-post: Bente.Hamnes@revmatismesykehuset.no

Slag

NSFs landsgruppe i slagsykepleie:

Anne Evy Ødegard, Alvyntun 11, 1722 SARPSBORG.
Tlf. privat: 69 15 26 45. E-post: Ann-oed@spray.no

Stomi

NSFs faggruppe av sykepleiere i stomiomsorg SIS:

Ragne Gjestrum Larsen, Lillestien 2, 3267 LARVIK.
Tlf. privat: 957 94 808.
Tlf. jobb: 33 13 08 80. E-post: ragne@medicus.no

Sykepleieforskning

Norsk selskap for sykepleieforskning:

Inger Marie Flakstad, Sykehuset i Vestfold, Medisinsk klinikk, Postboks 2168 Postterminalen, 3103 TØNSBERG. Tlf. privat: 950 33 891, Tlf. jobb: 33 34 20 00/dir. Dir:2847
E-post: inger.marie.flakstad@siv.no

Undervisning og fagutvikling

NSFs faggruppe for sykepleiere

i undervisning, forskning og fagutvikling:

Sissel Tollefsen, Grendatunvegen 34, 5259 HJELLESTAD. Tlf. privat: 55 22 68 68 og 909 80 893. Tlf. jobb: 55 58 55 22
E-post: sissel.tollefsen@hib.no

Urologi

NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi FSU:

Inger Johanne Stokkan, Nertrøa 31, 7089 HEIMDAL.
Tlf. privat: 72 84 51 04 og 452 05 090.
Tlf. jobb: 73 86 95 68
E-post: inger.stokkan@stolav.no

Veiledere

NSFs faggruppe for veiledere:

Frank Oterholt, Terneveien 23, 4876 GRIMSTAD.
Tlf. privat: 37 04 26 14 og 916 26 225
E-post: frank.oterholt@gktv.no

Videregående opplæring

NSFs faggruppe i videregående opplæring:

Bjørg Ranang, Fjellveien 49 E, 1410 KOLBOTN.
Tlf. privat: 66 80 05 08 og 917 06 192
Tlf. jobb: 22 04 31 39
E-post: bjorg.ranang@sykepleierforbundet.no

Øye

Faglig gruppe av øyesykepleiere NSF:

Astrid Thorstad, Engebrets vei 6 B, 0275 OSLO.
Tlf. privat: 22 50 65 74, Tlf. jobb: 22 45 37 65
E-post: Astrid.Thorstad@su.hio.no

Leder sentralt fagforum:

Målfrid Bogen, Geitastrandveien 14, 7300 ORKANGER
Tlf. privat: 413 06 313 og 72 48 63 39
E-post: malfrid.bogen@sykepleierforbundet.no

For tung for MR

Legene ved sykehuset på Fyn i Danmark har fått forbud mot å henvise pasienter som veier mer enn 130 kilo til MR-scanning. Årsaken er at utstyret blir ødelagt av den store belastningen, skriver Sygeplejersken. Ledelsen ved sykehuset mener at de tunge pasientene må få tilbud om en annen type utredning enn MR. Scanneren ved Sygehus Fyn er 60 centimeter bred og 50 centimeter høy.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Genfeil bak fedme

Ekstrem fedme kan ha ulike årsaker, men nå har forsker Teresia Wangensteen ved Ullevål universitetssykehus funnet en sjelden genfeil hos to barn som begge lider av alvorlig fedme. En mutasjon i genet som koder for leptinreseptor fører til at barna ikke får noen metthetsfølelse når de spiser. I tidsskriftet The New England Journal of Medicine har hun publisert funnene som tidligere bare er beskrevet en gang. Det finnes ingen behandling for tilstanden ennå.

Verst for pårørende etter slag

Pårørende til slagrammede oppgir å ha dårligere livskvalitet enn den slagrammede selv, viser en ny doktoravhandling, skriver Vårdfacket. Avhandlingen er skrevet av sykepleier Ann-Cathrin Jönsson ved nevrologisk klinikk på Lunds universitetssykehus i Sverige. Hun har fulgt opp 416 pasienter som fikk slag for første gang i fire og 16 måneder etter sykdommen inntraff. Mens pasienten oppgir at de har det bedre ett og et halvt år etter slaget, oppgir pårørende at de har det verre, både fysisk og emosjonelt.

NYHET!

Vita hjertego' lanserer nå det ideelle brødet for deg som tenker på hjertet

Vita hjertego' ekstra grovt brød er bakt med alt som gjør deg godt. Derfor bidrar det til et hjertevennlig kosthold, er godt for fordøyelsen og gir energi som varer.

- ♥ 100% sammalt mel (hvete, havre, rug og spelt) med høyt kostfiberinnhold (10,3%)
- ♥ Lavt saltinnhold
- ♥ Bakt med flytende Vita hjertego'
- ♥ Ikke tilsatt sukker
- ♥ Ikke tilsatt fargestoffer

Vita hjertego' ekstra grovt brød finner du som fersk brød i din nærmeste Coop Mega eller REMA 1000 butikk.





Vita hjertego' – med tanke på kolesterolet

www.mills.no



Nyhet!

Enbrel fåes nå også
som ferdigfylt sprøyte
- 25 mg og 50 mg



**VIRKER PÅ
DET DU SER
OG IKKE SER**

Enbrel påvirker livskvaliteten for tusenvis av mennesker hver dag.^{1,2}
Kliniske studier viser en veletablert sikkerhetsprofil.^{1,3}

1. SPC for Enbrel
2. IMS data
3. Moreland et al, J Rheumatol 2006;33:854-61
FK-tekst se side 122



Vinner du Smartprisen 2007?

2007 kan bli året da din smarte idé kan bli oppdaget. Innovasjon Norge og Sykepleien lokker med til sammen 200 000 kroner. I fjor vant Kari Løvås og Helle Milde, med et melkerør.

I år deles det ut tre priser. 100 000 kroner til den kandidaten leserne stemmer frem. I tillegg vil en fagjury dele ut en egen pris på 50 000. Nytt av året er også en egen kategori for ikke-realiserede ideer. Den beste premieres med 50 000 kroner.

Vurderingskriterier for Smartprisen 2007



Dette trenger du å vite før du sender inn ditt bidrag:

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Dere må dokumentere eller argumentere for at dere er først ute med dette.
- Du kan foreslå deg selv, din avdeling eller noen andre som har funnet opp noe.

Forslag merkes «Smartprisen» og sendes til redaksjonen@sykepleien.no

Med påmelding skal følge en presentasjon som skal inneholde følgende:

En beskrivelse av ideen/løsningen med angivelse av

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilke fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen.
(navn, adresse, telefon samt e-postadresse)

Husk: Send inn så fort som mulig!

VINNERE 2006: Kari Løvås og Helle Milde vant 10.000 kroner i fjor. I år er prisen på 200.000 kroner.





Gir skilsmissebarn **lettere**

BEKKESTUA: En gruppe ildsjeler i Bærum ville gjøre noe for å lette situasjonen for barn og ungdom med skilte foreldre. Det resulterte i PIS-prosjektet, Plan for implementering av skilsmisse-grupper i skolen, som er deres bidrag til Smartprisen.

Vi møter helsesøster og prosjektleder Hilde Egge med kollega og pionér Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon. Den tidligere, nå pensjonerte helsesøsteren kom allerede tidlig på nittitallet på idéen om å etablere samtalegrupper for barn med skilte foreldre, og i 1998 var den første gruppen i gang.

– Jeg opplevde at stadig flere barn og ungdommer oppsøkte meg på kontoret, med ulike symptomer knyttet til det å være skilsmissebarn; som vondt i magen, hodepine, skolefravær og konsentrasjonsproblemer. Gjennom samtalegrupper fikk elevene se at det var flere i samme båt, og de syntes det ble lettere å snakke om vanskelige ting med foreldre og venner, forklarer Labraaten, om bakgrunnen for oppstarten av gruppene.

Stor interesse

Prosjektleder Hilde Egge forteller at interessen for konseptet etter hvert har spredd seg over hele landet, og at samtlige kommuner

har mottatt brosjyrer om gruppetilbudet.

– Etter å ha gjennomført noen grupper, med positive tilbakemeldinger fra både elever, foreldre og lærere, ønsket vi at så mange elever som mulig skulle få dette tilbudet. Men for å få andre skoler til å tenne på idéen, var det viktig for oss å gjøre opplegget så lite ressurskrevende og tidkrevende som mulig for både helsesøstre, lærere og elever, sier hun.

Full koffert

De første gruppene fant sted på barneskolen, og for gruppelederne her er det laget en veiledningskoffert med alt man trenger av materiale for å komme i gang. Den inneholder følgende; to veiledningshefter med oppskrift for hvordan starte en gruppe, ulike maler for kopiering, litt om det å være skilsmissebarn, temaer for gruppene med samtalestoff, ulike kommunikasjonsmetoder, litt jus, billedboka «Even og skilsmissen»,

hundre brosjyrer om tilbudet, fem plakater og et fiskespill. For ungdomstrinnet er det utarbeidet et tilsvarende opplegg, og arbeidet med å lage et lignende tilbud til barnehage og videregående skole er i full gang.

– Gruppene drives av helsesøster i samarbeid med lærer, PP-rådgiver, familierådgiver eller annen relevant fagperson, og varer én skoletime over seks ganger. Det er forskjellige metoder for barneskole og ungdomsskole, men begge veilederne er lagt opp som en oppskrift på hvordan gå i gang og drive grupper, og er ment å kunne gi svar på de fleste spørsmål som måtte dukke opp underveis, forklarer Egge.

Forebyggende arbeid

Det er med midler fra «Opptappingsplanen for psykisk helse» at prosjektgruppen, som foruten Labraaten og Egge, består av helsesøstrene Solfrid Lien Hoff, Hilde Mostue og Marianne Moe Nyhus, samt lærerne Ellen Habberstad, Inger Johansen og Olaug Lerøy, har fått anledning til å videreutvikle konseptet for hvordan man kan drive samtalegrupper på ulike trinn i skolen.

– Mange har gitt uttrykk for at de har ventet på at det

skulle komme et tilbud til denne gruppen barn fra statlig hold, da forskning viser at barn som har vært utsatt for samlivsbrudd har dobbel så høy risiko for å utvikle problemer som andre barn, sier Egge.

Hun påpeker at både lærere og helsesøstre lenge har ønsket å gjøre noe for de skilsmissebarna som sliter, men at redskapen har manglet.

– Ved å tilby samtalegrupper til disse elevene tror vi at vi kan være med å forebygge senvirkninger av samlivsbrudd, og gjøre de



UT PÅ SAMTALETUR: En koffert full av ideer er standard bagasje når Smartprissøkerne Hilde Egge og Tordis Labraaten veileder skolene i samtalegrupper for skilsmissebarn.

Kandidat 1:

Samtalegrupper for skilsmissebarn
Forslagsstiller: Hilde Egge og Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon i Bærum.

bagasje

unge bedre rustet til å møte belastninger senere i livet, som igjen vil være besparende for samfunnet, sier hun.

Veiledningsopplegget koster fra 2500 kroner og oppover. Til nå er det solgt drøyt 150 veiledningsopplegg til sammen for barne- og ungdomsskole.

For mer informasjon, se hjemmesiden www.pis.no



C Yasminelle Schering AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmbaserte: Hver tablett inneholder: Drospirenon 3 mg, etinyløstradiol (som beta-dexalclatrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebo-tabletter.

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Dosering: 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntrer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra lettet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasminelle 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromal-tilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Ved eksisterende cerebrovaskulær hendelse eller med en slik hendelse i sykehistorien. Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose. Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinem. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller pankreatitt i sykehistorien når det er forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistanke om maligne tilstander i genitale organer eller brystene, hvis disse er påvirkelige av seksualsteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. For behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-piller avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og at den ikke gjenoppnås for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, migrene, røyking, dyslipoproteinem, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røyke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidalemi. Økning i hvor ofte migreneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallet er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med alvorlig angioedem kan eksisterende astmasyntomer og glukosetoleransen, og diabetikere må stå under streng og legek kontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktosetoleransen, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Oppkast eller diaré kan (for fullstendig preparatomtale (SPC), se www.lege-middelverket.no/spc) føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de hvite tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

Interaksjoner: Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermed kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon viste ikke samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs noen signifikant effekt på serumkalcium. Men samtidig bruk av aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. I slike tilfeller bør serumkalcium kontrolleres i den første behandlingssyklusen. (I: G03A A/A/B p-piller)

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og andre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystmerter, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vektøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasi, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetetokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Angioedem, alopeci, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Faryngitt. Neurologiske: Parese, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervøsitet, søvnproblemer, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migrene, varikose vener. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Ovariecyster, menstruasjonstørrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginitt, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkensmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerte, ekstrem tørste, økt svetting, vekttap.

Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandring i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og føces er på ca. 40 timer. Etinyløstradiol: Plasmaclearance for etinyløstradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er på rundt 1 dag. Metabolisme: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. Etinyløstradiol omdannes fullstendig, mesteparten i tynntarmens mucosa og i leveren. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og føces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser:

3 x 21 stk. 252,40

3 x 28 stk. 252,40

Sist endret: 14.09.2006

SCHERING
making medicine work

Av **Britt Moene Kuven**
Høgskolelektor ved
Diakonissehjemmets høgskole

KONSENTRERT: Skriveprosessen kan være møysommelig, men er viktig for sykepleierstudenter, skriver artikkelforfatteren.
Illustrasjonsfoto: colourbox.com



En fagtekst som duger

Nye kvalitetskrav til sykepleierutdanningen fordrer studenter som kan skrive.

Sykepleierutdanningen ved Diakonissehjemmets høgskole er opptatt av studenters behov for skrivetrening. Derfor gjennomførte vi et skriveprosjekt for første studieår i 2004/05. Hensikten med prosjektet er å synliggjøre hvordan studenter i sykepleierutdanningen kan dra nytte av hverandres tilbakemeldinger i skriveprosessen. Et langsiktig mål er at studenter i større grad vil se hverandre som ressurspersoner i tilegnelsen av sykepleiefaget, og særlig i utarbeidelsen av skriftlige tekster.

Prosjektet bygger på erfaringer fra to tidligere FOU-prosjekter ved høgskolen hvor fokus har vært skriving av tekster, individuelt og i grupper (1, 2).

I forbindelse med prosjektet er det utgitt et småskrift (3). På bakgrunn av dette arbeidet vil det her bli gitt en kort beskrivelse av hvordan vi har gjennomført prosjektet ved vår høgskole. Håpet er at leserne vil bli inspirert til selv å arbeide videre med skriving av tekster i sykepleiefaglig sammenheng.

Å skrive for å lære

En viktig del av Kvalitetsreformen for høyere utdanning er innføring av en ny gradsstruktur ved universiteter og høyskoler. Målene med Kvalitetsreformen kan oppsummeres i tre hovedpunkter: Kvaliteten på utdanning og forskning skal bli bedre, gjennomstrømmingen av

studenter skal bli bedre og internasjonaliseringen skal økes (4). Sykepleierutdanningen ble i 2003 en bachelor-utdanning. En viktig målsetning for bachelor-programmet i sykepleie er at graden skal kvalifisere til en profesjon og samtidig kvalifisere for videre studier.

For sykepleierstudenter innebærer dette økte krav innenfor områdene forskning, utvikling, metode og vitenskapsteori. Dette setter blant annet krav til studentenes evne til formidling av eget fag.

I Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen (5) blir det påpekt at studentene skal få hjelp til å utvikle evnen til både muntlig og skriftlig fremstilling.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Skrivetrening

Siden kvaliteten på sykepleie-tjenesten er avhengig av at en sykepleier kan formidle sine observasjoner, handlingsvalg og resultater skriftlig, er det essensielt å få fram budskapet tydelig og klart. Faget krever dessuten sykepleiere som har evne til å kommunisere sine kunnskaper i møte med andre helsefaggrupper. Det er derfor nødvendig å utfordre sykepleierstudentene til å skrive egne tekster innenfor fagområdet grunnleggende sykepleie tidlig i utdanningsløpet.

I arbeidet med å styrke studentenes evne til å formidle sykepleiefaget støtter vi oss på teori som omhandler studenters skriveprosesser og arbeid med fagtekster. Professor Olga Dysthe viser i boken *Å skrive for å lære. Skrivning i høyere utdanning* til behovet for å utvikle bedre rutiner for å bruke skrivning som et effektivt hjelpemiddel i selve læringsprosessen. Dette fordi skrivning kan gjøre studentenes egne tanker synlige, samtidig som det både hjelper til med å forstå nye sammenhenger og avsløre mangel på sammenheng og forståelse (6).

Prosjekt fagtekst

Studentene skriver individuelle fagtekster i andre semestre. Målet er at de blir fortrolig med oppgavetekniske retningslinjer, behersker bruk av PC, og kan skrive en fagtekst. Det blir påpekt at å skrive en fagtekst er å redegjøre for teori(er), for deretter å drøfte teori(ene). Studentenes arbeider blir vurdert strengt i forhold til de oppgavetekniske retningslinjer. Slik legger vi et godt grunnlag for senere skriftlige arbeider i studiet. Besvarelsen skal være på 2000-2500 ord.

Studentene velger selv tema og problemstilling innenfor de emner de har hatt undervisning om i første halvår av utdanningen. Eksempel på problemformuleringer studentene skriver ut fra kan være:

Hvilke tiltak kan sykepleier

iverksette ovenfor en eldre sykehjems pasient med feber?

Hvordan kan sykepleier forebygge utvikling av venøse leggsår hos eldre sykehjempasienter? Hvorfor er det ofte vanskelig for eldre på sykehjem å få sine sosiale behov oppfylt? Hvilke sykepleietiltak kan bedre dette?

Etter studentenes individuelle arbeid med fagteksten møter de på høgsolen. De samler seg i grupper på tre studenter, leser hverandres besvarelser, og gir en skriftlig tilbakemelding på omtrent en halv side i forhold til en mal de har fått utlevert (3). Deretter gir de hverandre muntlig tilbakemelding på oppgaven. På denne måten får studentene tilbakemelding fra to medstudenter på arbeidet. De reviderer den opprinnelige teksten på bakgrunn av responsen før den leveres til lærer. Lærerne bruker en egen mal ved vurderingen av studentens besvarelser. Hver student får en kort skriftlig tilbakemelding på eget arbeid (3).

God tilbakemelding

Studentene synes det er inspirerende å velge tema selv, samt å få tilbakemelding på eget arbeid. Selve skriveprosessen tar tid, og flere studenter påpeker at det er vanskelig å begrense oppgaven. Medstudentenes innspill er svært viktig i dette arbeidet. Det oppleves både som frustrerende og nyttig at andre kommenterer teksten. Det er frustrerende at andre stiller spørsmål ved det arbeidet de har gjort. Det er også problematisk å ikke vite hvem som har "rett" når der er uenighet om hvordan en fagtekst bør skrives. Likevel oppleves det som nyttig å få andres spørsmål og kommentarer på teksten slik at de får flere perspektiver på det de selv har skrevet. Studentene gir også tilbakemelding på at spørsmålene og kriteriene de har fått på forhånd hjelper dem i skriveprosessen, både når de selv skriver sin egen tekst, og når de skal gi tilbakemelding på medstudentenes tekster.

Sosial læring

Olga Dysthe sier at skrivning både en ensom og en sosial aktivitet. Ensom aktivitet fordi den som skriver sitter alene med arbeidet, men også sosialt fordi man skriver til noen. Man har en samtale med en annen gjennom det man skriver (6). Ved Diakonissehjemets høgskole lar vi studentene både skrive alene, og videre drøfte teksten i grupper. Vi har derfor forsøkt å gjøre «Prosjekt fagtekst» både til et individuelt arbeid og en sosial læringsaktivitet. Ved at studentene diskuterer valg av tema og problemstilling i grupper på tre, og møtes i grupper for å gi tilbakemelding på hverandres tekster, ivaretar vi både et faglig og sosialt perspektiv. Dysthe mener at faglig skrivning kan læres, og at det læres best ved skrivning gjennom tilbakemelding og samarbeid med andre (6).

Videreforedling

Lærergruppens konklusjon er at prosjektet har styrket studentenes skrivning av fagtekst i første studieår på flere områder. Ved innlevering av tekstene er det flere studenter enn tidligere år som kan anvende de oppgavetekniske retningslinjene på en korrekt måte.

Tilbakemeldingene fra studentene om at arbeidet har vært lærerikt og givende, styrker vår vurdering av at skrivning av fagtekst har hjulpet studentene til å utvikle sine evner til å sette ord på fagkunnskapen.

Ikke alt har gått som planlagt. Dette gjelder særlig ønsket om at alle lærerne som arbeider med studenter i første studieår skulle delta i prosjektet. I praksis ble det vanskelig å gjennomføre. Prosjektet har likevel gitt inspirasjon til å arbeide videre med skrivning av fagtekster tidlig i utdanningen.

Neste studieår ønsker vi å videreføre det arbeid som til nå er lagt ned i prosjektet. Det er et ønske at alle lærerne som ar-

beider i første studieår skal være med i prosjektet og gi tilbakemeldinger på studenttekstene. Da blir det større faglig bredde, og fagskriving blir ikke så sårbart som når bare en eller to lærere bidrar. Diskusjon og kompetanse blant lærerne kan også øke dersom vi får dette til.



LITTERATURLISTE

- 1. Pedersen KL.** «Når jeg skriver lærer jeg, samtidig som jeg lærer å skrive» Et FOU prosjekt om læring gjennom skriveprosessen. Bergen: Diakonissehjemets høgskole, 2002.
- 2. Brekke V, Førland O.** Veiledningshefte i skrivning av individuell fordypningsoppgave i sykepleie. Bergen: Diakonissehjemets høgskole, 2004.
- 3. Kuven BM.** Skrivning av fagtekster. –Eksempel fra en sykepleierutdanning. Bergen: Diakonissehjemets Høgskole, 2006.
- 4. Kirke, utdannings og Forskningsdepartementet:** Kvalitetsreformen - overgang til ny gradsstruktur, 3-årig studieløp og nye vurderingsformer. Lokalisert 01.11.05. URL: <http://www.odin.no/ufd/norsk/tema/utdanning/hoyereutdanning/tema/kvalitetsreformen/014081-990274/dok-bn.html>
- 5. Kirke, utdannings og Forskningsdepartementet:** Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen. Lokalisert 04.11.05 URL: http://odin.dep.no/filarkiv/215887/Rammeplan_sykepleierpl._23.juni_04_ny..pdf
- 6. Dysthe O, Hertzberg F, Hoel TL.** Å skrive for å lære. Skrivning i høyere utdanning. Oslo: Abstrakt Forlag, 2000.



Av **Iren Karlengen Larsen**
vernepleier ved SSE,
en del av Nevroklipnikken ved RRHF

Fruktbart autismeprojekt

Mennesker med autisme og epilepsi har ofte mange og sammensatte vansker. En ny kartleggings- og oppfølgingsmetode tar innover seg dette.



TESTER: Tekniker Rasmus Slaattlid tester utstyr ved Nevroklipnikken ved RRHF på vernepleier Inger Hilde Vik. Sykepleier Lise Lind Pedersen deltar.
Alle foto: Erik M. Sundt

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Komplekspartielle anfall
Generalisert tonisk klonisk anfall
Ambulant kartlegging

Ved Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Sandvika i Bærum, er det utviklet en ny trefasemodell for mennesker med epilepsi og autisme, en modell som har vist seg å gi gode behandlingsresultater. Denne artikkelen oppsummerer erfaringer fra prosjektsamarbeidet i perioden 2001 – 2006.

Sammensatte vansker

Pasienter med dobbeltdiagnosen epilepsi og autisme har økt

sårbarhet i forhold til å utvikle psykiske lidelser og utfordrende atferd. Sistnevnte vansker kan være vanskelig å identifisere og tolke, og er derfor ofte underdiagnostisert.

Mennesker med diagnose innenfor autismspekteret har store vansker i forhold til kommunikasjon. Dette fører til begrenset mulighet for å uttrykke ulike behov eller sette ord på angst eller angstskapende situa-

sjoner. Videre kan det kan være vanskelig å kjenne igjen ulike kroppslige uttrykk, noe som kan bidra til at atferd feiltolkes som epileptiske anfall. Selvskadende atferd og selvstimulering kan utvikle seg som følge av disse vanskene. Selvstimulering kan ligne epileptiske anfall, og er derfor en vanlig differensialdiagnose ved autisme. utfordringer med hensyn til å tolke de ulike symptomene blir derfor komplekse.

Epilepsi defineres som et uttrykk for en episodisk opptredende dysfunksjon i hjernen.

Det foregår en kontinuerlig kompetanseutvikling i fagmiljøet ved SSE. Målet er å forbedre metoder i forhold til kartlegging og differensialdiagnostikk ved epilepsi og autisme. Det er påkrevet med nye metoder for å sikre kompetansespredning i pasientens nærmiljø. Dette kan få direkte konsekvenser for pasientenes livskvalitet. Det stilles store krav til kunnskap i pasientens nærmiljø fordi nærpersoner må kunne tolke og skille de ulike uttrykkene fra hverandre.

Sammensatte vansker

Post 4 ved SSE er en utrednings- og behandlingspost for ungdom og voksne med epilepsi og sammensatte funksjonsvansker. Tre av vernepleierne ved posten har deltatt i et autismeprojekt, og prosjektkoordinator har vært en sykepleier ved posten. I tillegg har overlege, psykolog og spesialpedagog vært tilknyttet prosjektet. Samarbeidet mellom sykepleiere og vernepleiere i posten har vært svært nyttig

og berikende når det gjelder metodeutvikling i personalgruppen. Prosjektgruppen har mottatt regelmessig veiledning i arbeidet, blant annet med trefasemodellen, fra spesialpsykolog Elisabeth Grindheim ved Autismeenheten.

Trefasemodellen

Trefasemodell innebærer: ambulant kartlegging, innleggelsen, samt en kompetanseoverføring i etterkant.

1. I kartleggingsfasen vektlegges innhenting av data og utveksling av informasjon med pasientens nærpersoner. Vi får avklart forventninger til behandlingsforløpet, og det blir laget en behandlingsplan.

2. Under innleggelsen gjennomføres tilrettelagte, planlagte undersøkelser og andre høyspesialiserte tjenester. Observasjon og klassifisering av anfall, ofte i samarbeid med personer fra pasientens nærmiljø.

3. Etter innleggelse blir det lagt opp til en kompetanseoverføring for å sikre god oppfølging av pasienten i nærmiljøet. Det kan være i form av besøk i pasientens nærmiljø eller undervisning ved SSE. Dette utarbeides etter hver enkelt pasients behov.

Både sykehusinnleggelse, observasjon og gjennomføring av ulike undersøkelser er ofte en utfordring å få gjennomført for denne pasientgruppen. Disse pasientene trenger stor grad av forutsigbarhet og stabilitet, og det kan være vanskelig med skifte av miljø og omsorgspersoner.

Den kompetansen som er opparbeidet ved SSE, kombinert med den kunnskapen som finnes i pasientens nettverk gjør at vi sammen kan skreddersy et behandlingsopplegg. Det betyr at vi kan tilrettelegge ut fra den enkelte pasients behov og forutsetninger. Det er vanskelig å gi et godt behandlingstilbud i ordinære nevrologiske avdelinger for pasienter med så komplekse problemstillinger. Derimot har

prosjektet gitt oss verdifulle erfaringer med å gjennomføre tilrettelagte opphold på SSE for denne pasientgruppen.

Prosjektmedarbeiderne arbeider kontinuerlig med å tilpasse og utvikle ulike kartleggingsverktøy for å forsøke å differensiere epileptiske anfall fra anfallsuspekt atferd som ofte finnes hos pasienter med autisme.

Epilepsi og autisme

«Epilepsi er en samlebetegnelse på flere sykdommer eller syndromer med forskjellige årsaker, ytringsformer og prognoser. Fellesnevneren er tendensen til gjentatte epileptiske anfall» (1, s.13).

Epilepsi defineres som et uttrykk for en episodisk opptredende dysfunksjon i hjernen. Funksjonsforstyrrelsen skyldes unormale elektriske utladninger i noen sykkelig forandrede hjerneceller, hovedsakelig i hjernebarken.

Det er mange årsaker til epilepsi, og det finnes en rekke forskjellige anfallssymptomer, anfallstyper og epilepsisyndromer. Internasjonal League Against Epilepsy; ILAE, utarbeidet i 1981 et klassifikasjonssystem hvor epileptiske anfall deles inn i tre undergrupper, partielle, generaliserte og uklassifiserbare anfall. Ca 30 prosent av de epileptiske anfallene er av en slik art at det er vanskelig å klassifisere dem innenfor dette systemet, såkalte uklassifiserbare anfall. De betegnes ofte som blan-



FAKTA OM SSE OG AUTISMEENHETEN:

På oppdrag fra Helse- og Sosialdepartementet ble Autismeenheten opprettet i 1999. Hensikten var å sikre et egnet tilbud for mennesker med autisme og spesielle behov for kompetansekreverende tjenester. Som ledd i dette arbeidet ble det innledet et samarbeid mellom SSE og Autismeenheten for pasienter med dobbeltdiagnosen epilepsi og autisme. Autismeenheten er i dag organisert under klinisk service ved RRHF. Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) er et kunnskaps- og forskningssenter innen epileptologi og epilepsiomsorg, som fra 2005 ble en del av Nevroklinikken ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet helseforetak (RRHF). SSE har som målsetning å forebygge, utrede og behandle epilepsi og de tilleggs-vanskene epilepsien medfører.

SAMMENSATT: Dobbeltdiagnosen epilepsi og autisme krever spesiell oppfølging.

dingsanfall. Mange forbinder epilepsi med store krampeanfall, såkalt GTK (generalisert tonisk klonisk anfall), men epilepsi kan arte seg på mange måter, alt fra korte fjernhetsepisoder til anfall med merkelig, noen ganger bisarr atferd og ulike grader av bevissthetstap.

Komplekspartielle (KPA) anfall er en slik anfallsform. Dette er anfall som affiserer kun en del av hjernen. En kan se nedsatt bevissthet i varierende grad. Anfallet kan vare over lengre tid, med mer eller mindre grad av bevissthet i løpet av anfallet. De symptomene som observeres har sammenheng med hvilken del av hjernen som affiseres. Eksempelvis kan sees motorisk uro, sinne, angst og automatismer. Sistnevnte er merkelig robotlignende atferd, uten mål og mening. En kan se smutting, tygging, plukking på gjenstander og vedkommende kan snakke usammenhengende og uforståelig.

Om lag 27 prosent med autismediagnose har epilepsi. Hos denne pasientgruppen er epileptisk aktivitet ofte lokalisert til temporallappene. Samtidig har mange med autisme skader nettopp lokalisert her. Områder i temporallappene er viktige blant annet i forhold til språk



og språkforståelse. Vansker innen denne funksjonen kan forårsake uhensiktsmessig atferd som for eksempel aggresjon. Variasjonsbredden i atferdsformer hos mennesker med autisme er større enn i normalbefolkningen.

De er store individuelle forskjeller hos mennesker med autisme, og deres autisme har ulik karakter. Autismen regnes i dag som en biologisk betinget utviklingsforstyrrelse. En bruker begrepet «autismespekterforstyrrelse» som rommer alle med problemer innenfor 3 kjerneområder:

- Kvalitative avvik i det gjensidige sosiale samspillet
- Kvalitative avvik i verbal og nonverbal kommunikasjon og i fantasibetont utfoldelse
- Begrenset stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter

I tillegg til disse kardinalsymptomene kan man se en rekke tilleggsproblemer hos mennesker med autisme. Eksempler er uhensiktsmessig atferd som raseriutbrudd, hyperaktivitet, passivitet, og de kan virke fjerne og vanskelig kontaktbare. Dette er atferd som i form kan

forveksles med epileptiske anfall og som gir store utfordringer i diagnostisering og behandling.

Systematisk observasjon og dokumentasjon er helt vesentlig i dette arbeidet. Det er viktig å kartlegge når epileptiske anfall har en tendens til å forekomme, og på hvilken måte vi kan endre miljøbetingelser for å forebygge anfall. Den kjente amerikanske epileptologen R.B. Aird hevder at hver femte pasient kunne bli anfallsfri ved å påvirke utløsende faktorer (2).

CASE

Pasienten er en kvinne i 30 års



alderen, med diagnosen Aspergers syndrom og epilepsi fra småbarnsalder. Hun bor i egen leilighet, men ringer foreldrene ustanselig når hun føler seg redd eller har hatt anfall. Henvisningen skisserer en kvinne med store psykiske vansker. Hun har flere ganger vært innlagt ved psykiatriske institusjoner. Hun har ikke hatt store anfall (GTK) på 10 år. Hun har derimot psykiske symptomer som verken hun selv eller de rundt henne er sikre på hva er. Hun føler ofte voldsom angst, får marerittlignende tanker og føler sug i magen. Hun har også episoder hvor hun får nedsatt

bevissthet med tygge-/smattebevegelser, rødme og påfølgende forvirringstilstand. Dette kan være forenlig med komplekspartielle anfall (KPA).

Ambulant kartlegging

Pasienten ønsket ikke en innleggelse ved sykehuset. Det blir avtalt et hjemmebesøk hos henne, og foreldrene er til stede. Under samtalen får vi en dypere forståelse av problemstillingen, blant annet hennes behov for forutsigbarhet. Hun forteller for eksempel at hun takler dårlig at planer endres. I slike situasjoner kan hun føle et sterkt sinne som hun vanskelig kontrollerer. Pårørende forteller at hun har sterk prestasjonsangst, og ikke må utsettes for urimelige krav. Hun har ikke jobb eller dagtilbud, men holder mye på med håndarbeide. Hun har erfart at hun lett kommer i konflikt og ikke blir forstått av mennesker rundt seg. Vi forteller henne hva vi kan tilby i avdelingen, og i tillegg får hun tilbud om å besøke avdelingen. Da kan hun selv få et inntrykk og møte noen i fagteamet. Etter dette besøket var hun villig til å gå med på et opphold.

Innleggelsen

Hun får plass ved avdelingen noen uker senere. I mellomtiden har det tverrfaglige teamet planlagt hvordan vi kan tilrettelegge for at oppholdet skal kunne lykkes. Det blir opprettet et lite fagteam rundt henne, og stabilitet og forutsigbarhet er nøkkelord.

Hun får en Embla-registrering i løpet av den første uken av oppholdet. Dette er en ambulatorisk EEG-registrering, vanligvis tas den over 24 timer. Fordelen med Embla er at pasienten kan oppholde seg i et vanlig miljø, og stort sett holde på med sine vanlige aktiviteter.

Under registreringen får hun symptomer som tidligere beskrevet. Hun forteller den som er sammen med henne om en merkelig følelse i kroppen og angst. Hun sier at hun ikke er helt med. Tilstanden varer noen minutter. Svarene på registreringen viser ingen epileptogen aktivitet i dette tilfellet. I en annen situasjon tar hun pleier hardt i armen, stopper å gå, stirrer rett fram for seg, rødmer og får tygge-/smattebevegelser. Anfallet er tilsynelatende over i løpet av et par minutter, men etterpå er hun forvirret og husker ikke hvor vi er på vei. Svaret på registreringen viste her epileptisk aktivitet med utgangspunkt i høyre hemisfære, et komplekspartiell anfall (KPA). Etter emblaregistreringen kunne det første opplevde «anfallet» forstås bedre som angstanfall.

Hos mange pasienter kan vi også se en sammenheng mellom angst for å få anfall og reelle anfall. Mye av tilnærmingen ble derfor å trygge henne i situasjoner som kunne være angstskapende. Dette kunne vi gjøre ved å forberede henne til visse situasjoner og tilrettelegge best mulig for at hun skulle oppleve trygghet, mestring og trygghet i denne nye situasjonen. Dette

kunne vi gjøre blant annet ved å bruke et konkret språk og ha få personer hun skulle forholde seg til.

Under innleggelsen så vi en tydelig reduksjon i anfallsfrekvensen etter at hun ble kjent, hadde personalet tilgjengelig 24 timer i døgnet og tiltakene som nevnt før ble gjennomført.

Kompetanseoverføring

På bakgrunn av de behovene vi så hos pasienten ble det klart at mye måtte tilrettelegges på hjemstedet før hun kunne utskrives. Dette var viktig for å unngå nye runder som kunne medføre akutte innleggelse i psykiatriske institusjoner eller økt belastning for de pårørende. Som et ledd i forberedelsene som måtte gjøres på hjemstedet, tilbød vi undervisning om epilepsi og hvordan man best mulig kunne tilrettelegge for henne i forhold til Aspergerdiagnosen. Hun hadde ingen tilbud fra kommunen før oppholdet ved SSE. Pasienten var aktiv i forhold til å formidle hva som var viktig for henne når hun kom hjem. Kommunen fikk i stand et svært godt tilbud rundt denne pasienten, og hun selv formidlet at hun var fornøyd når vi senere besøkte henne.

Viktig oppgave

I mange tilfeller ser vi at disse innleggelsene lykkes fordi vi har grunnleggende kunnskap om hvilke problemer mennesker med diagnose innenfor autismespekteret kan ha. Ved grundig kartlegging i forkant av opphol-

«[...] aktivitet, mestring og trivsel virker forebyggende i forhold til anfall.»



det kan vi tilrettelegge individuelt. Erfaringer viser at ved god kartlegging i forhold til hvilke situasjoner som kan trigge til epileptiske anfall, har vi muligheter til å jobbe spesifikt med ulike miljøbetingelser.

I tillegg erfarer vi at aktivitet, mestring og trivsel virker forebyggende i forhold til anfall.

Det er i dag kjent at psykologiske faktorer som stress, angst, bekymringer, forventninger og spenninger er vanlige anfallsutløsende faktorer. (1, 3, 4) Vi har derfor en viktig oppgave i forhold til å identifisere og arbeide med disse faktorene.

Fagpersonell som deltok i autismeprojektet ved SSE fikk mulighet til å gå i dybden på et til da lite prioritert fagområde. De involverte hadde, og har fremdeles viktige oppgaver med å dokumentere og videreformidle ny kunnskap på feltet. På den måten kan det sikres at viktig kunnskap erverves til resten av personalgruppen, og kommer til nytte for mennesker med epilepsi og autisme.

I det videre arbeidet rundt hver enkelt pasient vil det ofte være helt avgjørende hvordan vi formidler vår kunnskap og erfaring overfor vedkommendes nettverk.

Kunnskapsspredning og samarbeid på tvers av de ulike nivåene i helsetjenesten er et viktig element i styrkingen av det lokale tjenestetilbudet. Dette vil kunne gi en likeverdig pasientbehandling av mennesker med epilepsi og autisme.

AUTISMEPROSJEKT:

Fagpersonell som deltok i autismeprojektet ved Spesialsykehuset for epilepsi, har fordypet seg i et lite prioritert fagområde.

Her jobber en ansatt med et spesialtilpasset dataprogram for autister.

LITTERATUR

1. Nakken KO.

Fokus på epilepsi. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2003.

2. Aird RB. **The importance of seizure inducing factors in the control of refractory forms of epilepsy.** *Epilepsia* 1983; 24: 567-83.

3. Dahl J, Wilson KG. **Anvendelse av atferdsmedisin ved kronisk sykdom.** I: Eikeseth S, Svartdal F. *Anvendt atferdsanalyse: teori og praksis.* Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004: 358-81.

4. Dahl R. **Psykisk utviklingshemming og epilepsi.** I: Eknes J. **Utviklingshemming og psykisk helse.** Otta: Universitetsforlaget, 2000: 413-47.

Bakken TL, Eknes J, Helverschou SB et al. **Psykiske lidelser hos voksne mennesker med autisme og utviklingshemming:** begrepsanalyse Oslo: Unipub forlag, 2004. Autismeenheten, rapport nr. 1.

Peeters T, Gillberg C.

Autism : medical and educational aspects London: Whurr, 1999.

Wing L. **Det autistiske spektrum :** en veiledning for foreldre og fagfolk. København: Hans Reitzels forlag, 1997.

Erichsen, T. & Aamold, G. (2004).

Epilepsi, kunnskap og mestring: undervisningsmaterieell om epilepsi og utviklingshemming. Spesialsykehuset for epilepsi.

Offentlige publikasjoner og lover

NOU 2005:3 **Fra stykkevis til helt.** En sammenhengende helsetjeneste. Sosial-og helsedepartementet.

Enkel betjening og driftssikkerhet, år etter år! **Typisk Miele!**



I en årrekke har Miele vaskerimaskiner til sykehus, sykehjem og institusjoner vært den mest profesjonelle, driftssikre og økonomiske løsningen på en effektiv tøybehandling. Miele Professional leverer vaskemaskiner (også ren/uren side), tørketromler, tøyruller, oppvaskmaskiner og desinfeksjonsautomater. Spesialprogrammer for vask av dyner/puter.

Miele tar gjerne hånd om alt fra planlegging og innredning til installasjon og etterservice. Enkelt og greit!

Miele AS, Løxaveien 13
Postboks 183, 1309 RUD
Telefon 67 17 34 40
Telefaks 67 17 34 29
E-post: professional@miele.no
Internett: www.miele.no

Miele
PROFESSIONAL

Unni KornrudMS-sykepleier,
Sykehuset Buskerud HF**Per Arne Jota**seksjonsleder/MS-sykepleier,
Sykehuset innlandet HS**Randi Haugstad**MS-sykepleier,
Haukeland Universitetssykehus HS**Ragnhild Wehus**MS-sykepleier, Rikshospitalet-Radium-
hospitalet/Akershus universitetssykehus**Monica W. Nortvedt**

Høgskolen i Bergen, HESOF

Tilbudet i Norge har vært varierende og med lite fokus på sykepleieroppfølging.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:MS
Immunmodulerende behandling

MS-pasienter må ha **tettere oppfølging**

Pasienter med MS har behov for en tett oppfølging dersom de begynner med immunmodulerende behandling.



SAMMENSATT: 25 prosent av MS-rammede blir avhengige av rullestol. De fleste får sammensatte plager. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Etter at immunmodulerende behandling (Avonex, Betaferon, Rebif og Copaxone) ble godkjent for remitterende Multippel Sklerose (MS) i 1997, har sykepleiere fått nye oppgaver i forhold til denne pasientgruppen. Behandlingen administreres med injeksjoner. Slik behandling krever spesiell tilrettelegging av informasjon, opplæring og oppfølging.

Tilpasset behandling

Multippel Sklerose er en kronisk inflammatorisk sykdom i sentralnervesystemet som rammer unge voksne. Årsaken til sykdommen er fortsatt ukjent og det finnes per i dag ingen kurativ behandling (1). Sykdommen har et varierende og uforutsigbar forløp som kan ha store innvirkninger på pasientens liv. Det er en utfordring for oss i helsevesenet å identifisere disse plagene slik pasientene opplever dem, for å kunne tilby behandling som er tilpasset den enkelte pasient.

Mange forbinder MS bare med fysisk funksjonshemming, men symptombildet er ofte mer sammensatt. Fysisk funksjonshemming er viktig å ta på alvor, men studier viser at det bare er cirka 25 prosent MS-rammede som blir

avhengig av rullestol i løpet av sin levetid. Andre viktige plager er vannlatingsproblemer, endret seksuallfunksjon, synsproblemer, fatigue/utmattelse, sensibilitetsforstyrrelse og kognitive plager. Mange er også plaget med depresjon, som igjen er vist kan påvirke sykdomsutviklingen (2,3).

Pasientens opplevelse

Tidligere har MS-rammede pasienter kun vært hos nevrolog ved diagnostisering og eller i forbindelse med forverrelse sykdommen. Medisinere har sitt fokus på symptomer og behandling av selve sykdommen. Som sykepleiere er vi mer opptatt av hvilke ressurser og begrensninger pasienten møter i dagliglivet på grunn av sin sykdom. Det vil si pasientens subjektive opplevelse av hvordan det er å leve med sykdommen. (4).

Nye oppgaver

I 1997 ble immunmodulerende behandling (Interferoner) godkjent som behandling av remitterende MS, det vil si MS med et svingende forløp. Da denne medisinen ble tilgjengelig, fikk sykepleiere nye oppgaver overfor denne pasientgruppen. Tidligere fantes det ingen systematisk oppfølging, og tilbudet i Norge har vært varierende og med lite fokus på sykepleieroppfølging (5).

I dag er det MS-sykepleiere på de fleste nevrologiske avdelinger i Norge. Sykepleierne møtes jevnlig for faglig oppdatering. Det har hele tiden vært et mål å kunne gi pasientene et optimalt, individuelt tilpasset, tilbud. Samtidig bør tilbudet være mest mulig likt uavhengig av hvor en bor.

Viktig oppfølging

Både erfaring og forskning viser at behandlingen med immunmodulerende behandling påvirker livet til pasienten. (5, 6). Interferonene er en gruppe naturlig forekommende glukoproteiner som har et meget kompleks nettverk av interaksjoner med celler og andre cytokiner, slik at deres endelige virkninger ikke er lett å forutsi.

Målet med behandlingen er å bremse sykdomsutviklingen. Studier har vist at medikamentene reduserer antall forverringsperioder (attakk) med gjennomsnittlig 30 prosent. (7)

Det er imidlertid en del bivirkninger forbundet med behandlingen, og pasientene setter selv injeksjonene. Dette krever spesiell opplæring og oppfølging.

De vanligste bivirkningene som pasientene kan få er lett feber, influensasymptomer og hodepine den første tiden med behandling. Mange får også lette hudreaksjoner som irritasjon og utslett.

Dette er en behandling som pasientene skal bruke over lang tid, så god opplæring og oppfølging viktig for å holde motivasjonen oppe.

Pasienter som får immunmodulerende behandling får tett oppfølging av sykepleier og nevrolog, og dette oppleves som en trygghet for de fleste MS-rammede.

Behandlingen er ikke helbredende, men gir forventninger og håp.

Felles program

Fem sykehus i Norge har gått sammen for å lage et felles informasjons- og oppfølgingsprogram med individuell oppfølging av MS-sykepleier, for pasienter som har begynt med immunmodule-



MULTIPPEL SKLEROSE (MS)

Kronisk inflammatorisk sykdom i sentralnervesystemet med flere (multiple) harde knuter (skleroser) i nervesystemet.

Kilde: Medisinsk ordbok, Kunnskapsforlaget

rende behandling.

Pasienter som startet med immunmodulerende behandling (Avonex, Rebif, Betaferon) på de fem aktuelle sykehusene ble spurt om de ville delta i en spørreundersøkelse med ønske om å evaluere det tilbudet pasientene fikk. Pasientene ble fortløpende inkludert i løpet av et år. En hadde på forhånd bestemt antallet til 75 pasienter. Av de 75 pasientene var det 5 som takket nei til å delta i undersøkelsen.

Spørreskjemaet, som er en selvrapport, følges opp i 3 måneder. Tidsintervallet på 3 måneder ble valgt fordi bivirkningene er mest framtrepende de første månedene.

Det ble spurt om hva pasienten synes om informasjon og oppfølging, og også om bivirkning av medisinen og hva som ble gjort i forhold til dette.

Spørreskjemaet er utarbeidet av sykepleiere fra de fem sykehuse- ne. Spørreskjemaene er anonymisert og bearbeidet av uavhengige kilder.

Samarbeid gir trygghet

Resultatet viste at 98 prosent av de som deltok i studien var fornøyd eller meget fornøyd med informasjonen de om behandlingen og bivirkninger. Hele 68 prosent svarte at opplæringen i injeksjonsteknikk var god eller meget god. Bare en pasient synes at opplæringen var dårlig. Det var 8,6 prosent som ønsket en annen oppfølging enn det de fikk. Ifølge kommentarer var dette ønsker om tettere oppfølging av sykepleier i begynnelsen av behandlingen.

Besvarelsene fra spørreskjemaene viser at en god informasjon

og tett oppfølging er viktig når pasientene starter med immunmodulerende behandling. Dette gir trygghet og motivasjon til å fortsette behandlingen. Ved å samarbeide nasjonalt utvikles det felles prosedyrer, slik at det sikrer samme oppfølging og behandling ved immunmodulerende behandling.

LITTERATURLISTE

1. Rizvi SA, Agius MA. Current approved options for treating patient with multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 63: 8-14.
2. Myhr KM, Nyland H. Multipel sklerose. I: Gjerstad L, Skjeldal OH. *Nevrologi fra barn til voksen*. 2 utgave. Nesbru: Vett og Viten AS, 2000.
3. Myhr KM, Nyland H, Nortvedt M. En sammensatt og komplisert sykdom. *Tidsskriftet Sykepleien* 1995; 21.
4. Nortvedt MW, Lode K, Klingsheim B, Haugstad R. Livskvalitet og multipel sklerose. *Tidsskr Sykepl* 2000; 20:59-61.
5. Nortvedt MW. Livskvalitet og multipel sklerose: Betydningen av subjektive og objektive sykdomstegn for livskvaliteten til mennesker med multipel sklerose. Bergen, 1996.
6. Gottberg K. Informasjon om multipel sklerose (MS). Lysaker: Aventis pharma, 2000.
7. PRISMS (Prevention of Relapsis and Disability by Interferon B-1a Subcutaneously in Multiple Sclerosis) Study Group. Randomised double-blind placebo. Controlled study of interferon B-1a in relapsing/remitting multiple sclerosis. *Lancet* 1998; 352: 1498-1504.



Av Torhild Sæterstrand

Studentene la sin sjel i å spille ut situasjonen, spesielt pasientrollen ble utagert på forskjellig vis.

Rollespill

som pedagogisk metode

Studenter som skal lære å hjelpe andre, må først lære å kjenne seg selv. Rollespill er et godt verktøy for det formålet.

Ifølge *Rammeplan for sykepleierutdanning* (1) skal studentene i løpet av sin utdanning ha minimum åtte uker praksis i psykisk helsearbeid. Mange av studentene sier at psykiatrisk praksis er den praksisen de gruer seg aller mest for. Noen forklarer det med at de har sett og hørt forskjellige ting om aggressive og vanskelige psykiatriske pasienter fra dagspressen. Andre igjen sier at de er redde for at de ikke skal takle det å være i denne praksisen fordi de har et uavklart forhold til sin egen redsel til disse pasientene, og de er ofte redde for hva det kan vekke av reaksjoner i eget sinn.

Uvante situasjoner

For å forberede studentene bedre på praksis kan rollespill som metode hjelpe studentene til å stå i situasjoner som kan oppleves som vanskelige. Å spille ut en tenkt situasjon kan føre til en større bevisstgjøring hos studentene, og gjøre dem mer observante på egen væremåte. Når en skal arbeide og lære i psykiatrisk praksis er det i hovedsak seg selv man bruker i spillet med pasientene. Det er viktig å la studentene bli mer bevisstgjort i forhold til at det er relasjonen som er det viktigste (2).

Rollespill kan hjelpe studentene til å mestre uvante situasjoner, fordi det oppleves som virkelig for de som inngår i spillet.

Avmystifisering

Vi tok utgangspunkt i et tenkt case som liknet på en tidligere eksamensoppgave. Oppgaven ble omskrevet til et rollespill, der studentene fikk spille ut sin handlingsberedskap for en gitt situasjon. I et slikt rollespill får man også vist sine forventninger og tanker om den praksis man skal inn i. Dette kan man så spinne videre på og diskutere i klassen, slik at man kan avmystifisere noen av betenkningene studentene har fra før.

Case:

Runar er 21 år og student ved ingeniørhøgskolen. Han har i en periode opplevd at folk snakker om ham på gaten, og har også forstått at man gjør hemmelige TV-opptak av ham gjennom vinduene i nabohuset. Når han selv ser på fjernsyn, merker han at hvis han tenker på visse ting, så endrer programlederen stilling. Runar forstår at han kan styre programlederen med tankene sine. Personer fra NRK har også begynt å sende ham meldinger telepatiske. Disse meldingene formidler at han er en skitten person med perverse tanker. Han føler seg sjikanert, og ringer derfor politiet. Han ringer NRK Nordland, og ber dem stoppe trakasseringen. Hans foreldre tar kontakt med lege, og Runar blir innlagt under tvang,

§ 3-1 i Psykisk helsevernloven. På sykehuset ønsker man å gi Runar antipsykotisk medisin. Runar motsetter seg dette. Han ønsker ikke å være på sykehuset, og ber om å få dra hjem. Etter 3 døgns opphold får han forelagt vedtak om behandling uten samtykke. Etter at han er ferdigbehandlet får han reise hjem etter 2 ukers opphold på sykehuset. Han er kommet hjem til foreldrenes hus der han nå holder til på «guterommet». De tenker å ha han hjemme en stund til kommunen kan stille med leilighet for ham. I denne familien er det foruten foreldrene også 2 hjemmeboende barn; en jente på 12 år og en gutt på 15 år. Runar har nå vært hjemme i 2 uker og situasjonen er noe tilspisset, foreldrene er i krise og har ringt psykiatritjenesten i kommunen for å få hjelp.

Oppgave

a) Du skal sammen med din kontaktsykepleier/sykepleieveileder dra hjem til Runar på et første hjemmebesøk for å vurdere situasjonen og finne ut av hva dere kan bidra med av hjelp og støtte. Spill situasjonen i gruppen i 20 minutter. Lærer kommer innom i alle gruppene underveis og kan gi råd dersom dere står helt fast. Etter at dere har spilt caset, diskuter hvordan dere opplevde å være i akkurat denne situasjonen.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Rollespill
Psykisk helsevern
Relasjonsarbeid



BARE PÅ LIKSOM: Sykepleierstudenter ved Sandviken sykehus i Bergen er på sikkerhetskurs, og må prøve seg i rollespill. De avbildede har ikke noe med de omtalte studentene i artikkelen å gjøre. Illustrasjonsfoto: Anders Førde

b) Møt opp i klassen igjen til diskusjon etterpå. Temaer til drøfting i plenum: Hvilke dilemmaer synes å avdekkes? Hvilke problemstillinger står dere overfor? Hva er dette for slags situasjon? Hva dreier dette seg om? Kunne situasjonen vært håndtert på en annen måte?

Virkelighetstro

Rollene ble tilfeldig fordelt, bortsett fra pasientrollen. Den ble spilt av studenter som virkelig ønsket det. Årsaken til at den rollen ikke ble gjenstand for tilfeldig utvalg, er at det kan føles vanskelig noen.

Klassen ble inndelt i fire grupper bestående av sju personer. Etter at rollene var delt ut kunne studentene få spille dette ut i fire ulike grupperom, og lærerne gikk innom for å se til hvordan situasjonene ble til i praksis.

Studentene la sin sjel i å spille ut situasjonen, spesielt pasientrollen ble utagert på forskjellig vis og i enkelte grupper ble de andre skuespillerne satt helt ut. De opplevde også at det var vanskelig å spille student fordi man ble så usikker på hva man skulle si og hvordan man skulle være i en sånn situasjon. Noen trakk fram at de ante ikke hva de skulle gjøre som sykepleiere heller. Det ble til at man trakk fram dette med at «nå må du ta denne medisinen». De opplevde også at det

var vanskelig å være søsken av Runar, de kjente på fortvilelsen over at broren deres ble psykisk syk. De som spilte foreldrene kjente også på maktesløsheten i forhold til å ha fått sin voksne sønn heim igjen på «gutterommet». I en av gruppene ba skuespillerne som skulle være student og sykepleier om å få slippe å spille etter 5 minutter, fordi de mente situasjonen ble for vanskelig å håndtere. De ante ikke hva de skulle gjøre fordi pasienten spilte så virkelighetstro og de ble rådvile i forhold til hva de skulle gjøre. Etter litt veiledning fra lærer fikk de prøve på nytt igjen, og holdt ut i 10 minutter. I en annen gruppe begynte de å diskutere situasjonen etter 5 minutter fordi det var en så vanskelig og fastlåst situasjon å være inne i. De andre gruppene spilte i 15 minutter før de gav seg, og begynte å diskutere hva situasjonen hadde vekket i dem av tanker og følelser. Så ble klassen samlet og man diskuterte hvordan de som deltakende skuespillere hadde erfart situasjonen som utspant seg i gruppene, og hvilke tanker de gjorde seg foran den praksisperioden de skulle inn i. De ble oppmerksomme på hvor vanskelig det var å vite hva man skulle gripe tak i, at det var vanskelig å ikke ha noen praktiske prosedyrer å utføre og at man ble for opptatte av resultater; i forhold til å få pasienten til

å ta medisinen sin i stedet for å fokusere på hvordan man kunne komme i dialog med pasienten.

Utsagn fra studentene:

- Hvis det er slik vil jeg ikke ut i denne praksisen!
- Det var vanskelig å spille sykepleier fordi pasienten stengte dem ute fra å få kontakt og var stille og avvissende.
- Vi erfarte at det var bedre å vise tillit, ikke gi medisin først, det skulle vi ha ventet med.
- Vi opplevde at tillit var viktig!
- Vi opplevde samme håpløsheten, og moren var nesten pasient, og det kjentes ut som om det var tre pasienter i gruppen; mor, far og pasienten.
- Vi ønsker mer rollespill fordi det var spennende og lærerikt. Vi opplevde situasjonen som veldig virkelig fordi alle måtte spille.
- Det var godt at ingen var observatører, det bidro til at spillet utartet seg.
- Den viktigste rollen hadde pasienten, det var han som var igangsetteren spontant.
- Vi har lært om oss selv og påvirkning på andre.
- Vi føler det har gjort noe med oss og vi tør å delta og ta ordet.

Egen sårbarhet

Rollespill som pedagogisk metode kan hjelpe studentene til å forstå hva relasjonsarbeid og psykologisk forståelse kan inne-

bære i praksis. Å være opptatt av relasjonen betyr at man endrer noe på sitt fokus fra å være utelukkende individorientert og symptomorientert til å sette søkelyset på forhold mellom mennesker og hvordan dette kommer til uttrykk.

Studentene blir kjent med seg selv og sine reaksjoner før de møter den andre, de får erfart noe før de går ut i praksis og de får kjent på sin egen sårbarhet. Ved å bruke en slik metode får man frem at man er ulike og kan reagere ulikt på spente situasjoner.

I sykepleierutdanningen er det viktig at man lar studentene få muligheter for å lære å kjenne seg selv fordi det er det instrumentet man anvender i samspeillet med andre. Ved å la studentene få være subjekter og delta i slike virkelighetsnære spill, kan de bli mer løsningsfokuserede, få korrigert sine forestillinger om praksis, få utviklet sine faglige refleksjoner og få større handlingsberedskap.

LITTERATURLISTE

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 1. juli 2004 av Utdannings- og forskningsdepartementet.
2. Læreplan for praktiske studier i psykisk helsevern, 2002. Høgskolen i Bodø.

C Eflexor® Wyeth C Eflexor® Depot Wyeth

Antidepressivum, serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer.

ATC-nr.: N06AX16

T TABLETTER 37,5 mg: Eflexor: Hver tablett inneh.: Venlafaxinhydroklorid, aeqv. venlafaxin, 37,5 mg, lactos, 27,5 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

T DEPOTKAPSLER 37,5 mg, 75 mg og 150 mg: Eflexor Depot: Hver depotkapsel inneh.: Venlafaxinhydroklorid, aeqv. venlafaxin, 37,5 mg, resp. 75 mg et 150 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Eflexor: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Eflexor Depot: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Generalisert angstlidelse (GAD). Sosial fobi (SAD). Panikk lidelse, med eller uten agorafobi. **Dosering: Depotkapsler: Bør svelges hele.** Kan åpnes, men innholdet må ikke tygges eller knuses. Depotkapslene tas 1 gang daglig. Initial dosering er 75 mg daglig. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg daglig. **Depresjon:** Ved behov kan den daglige dosen økes med 75 mg med minst 4 dagers mellomrom. Maks. døgndose er 375 mg i høyst 4 uker. **Panikk lidelse:** Anbefalt dose er 75 mg 1 gang daglig. Behandling bør startes med 37,5 mg daglig. Etter 4-7 dager, bør dosen økes til 75 mg 1 gang daglig. Pasienter som ikke responderer på 75 mg/dag kan ha fordel av å øke dosen til maks. 225 mg/dag. Økning av døgndosen kan gjennomføres med 75 mg med intervaller på ca. 2 uker eller mer, men med minst 4 dagers mellomrom. **Tabletter:** Initial dosering er 75 mg/dag fordelt på 2 doser. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg/dag (75 mg ? 2). Når rask effekt er ønskelig, f.eks. ved moderat til alvorlig depresjon, kan en raskere opptrapping gis. Inicialt gis 75-150 mg/dag fordelt på 2 eller 3 doser. Deretter økes dosen med inntil 75 mg/dag med 2-3 dagers mellomrom slik at det oppnås en dose på 300 mg/dag i løpet av en uke. Maks. dose er 375 mg. Doser over 300 mg/dag bør fordeles på 3 doser. Når ønsket effekt er oppnådd, reduseres dosen gradvis til laveste effektive vedlikeholdsdose (vanligvis 75-150 mg). Venlafaxin bør tas i forbindelse med måltid. Til pasienter med nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales redusert dose. Ved kreatininclearance 10-70 ml/minutt bør dosen reduseres med 25-50% og ved moderat leverskade bør døgndosen reduseres med 50%, døgndosen kan da gis samlet 1 gang/dag. Ved alvorlig leverskade kan ytterligere dose-reduksjon være nødvendig. For disse pasienter kan tabletter brukes. Hos hemodialysepasienter må den totale døgndosen reduseres med 50%. Administrering skal ikke skje under dialyse. Sponering av preparatet bør skje suksessivt. Dersom venlafaxin er brukt lengre enn 6 uker, anbefales nedtrapping over minst en 2 ukers periode. Nedtrappingsperioden kan avhenge av dose, behandlingstid og den enkelte pasient. En har ingen erfaring med behandling av barn (<18 år). **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for venlafaxin eller noen av hjelpestoffene. Samtidig behandling med MAO-hemmer, akutt hjerteinfarkt, akutt cerebrovaskulær sykdom, uttalt hypertoni. **Forsiktighetsregler:** Eldre >65 år. Pasienter med kjent stabil kardiovaskulær-/cerebrovaskulær sykdom inkl. velkontrollert hypertoni. Venlafaxin kan hos noen pasienter gi blodtrykstigning. Blodtrykket bør kontrolleres for pasienter som behandles med doser over 200 mg/dag. Økning i hjertefrekvens kan forekomme, spesielt ved høyere doser. Ved nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales dosereduksjon. Hyponatremi og/eller SIADH (syndrom of inappropriate antidiuretic hormone secretion) er rapportert ved behandling med antidepressiva, inkl. serotoninreopptakshemmere, spesielt hos eldre og ved samtidig behandling med diuretika. Krampor kan oppstå under behandlingen. Venlafaxin bør introduseres med forsiktighet til pasienter som har, eller har hatt krampor. Pasienter med epilepsi skal ha adekvat antiepileptisk medisinering under behandlingen. Ved overgang fra MAO-hemmer til venlafaxin skal det gjøres et opphold i behandlingen på minst 14 dager. Om overgangen skjer fra venlafaxin til MAO-hemmer anbefales 7 dagers opphold. Erfaring fra venlafaxinbehandling i sammenheng med samtidig systemisk sykdom er begrenset, og forsiktighet bør utvises. Andre serotonerge medikamenter bør ikke brukes sammen med venlafaxin. Oppmerksomhet må utvises for selvmordsrisiko. Den depressive sykdommen i seg selv innebærer risiko for selvmordsforsøk, og denne risikoen opprettholdes inntil signifikant remisjon er nådd. Pasienter som behandles med venlafaxin må observeres nøye for klinisk forverring og suicidalitet, spesielt ved igangsettelse av behandling og/eller ved doseendring. Mydriasis kan forkomme. En har ingen erfaring med behandling av schizofrene pasienter eller pasienter med bipolare tilstander. Hos pasienter med manisk depresiv psykose kan forskyvning mot manisk fase forekomme. Barn og ungdom <18 år: Det er ikke påvist terapeutisk effekt av venlafaxin. I tillegg er det hyppigere rapportert om fiendtlighet og spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte bivirkninger som selvmordstanker og egenskade. Risiko for blødninger i hud og slimhinner øker ved behandling med venlafaxin og preparatet bør benyttes med forsiktighet til pasienter som samtidig tar orale antikoagulantia, NSAIDs eller andre legemidler som kan øke blødningsfasen samt ved kjente blødningsforstyrrelser. Kan innvirke på reaksjonsevnen; forsiktighet bør utvises ved kjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Abstinenseffekter forekommer ved bruk av antidepressiva. Det anbefales derfor at dosereduksjon skjer gradvis, samt at pasienten monitoreres. **Interaksjoner:** Venlafaxin metaboliseres av isoenzymet CYP 2D6 til O-desmetylvenlafaxin og av isoenzymet CYP 3A3/4 til N-desmetylvenlafaxin. Samtidig behandling med medikamenter som inhiberer CYP 2D6 (paroxetin) eller CYP 3A3/4 (f.eks. ketokonazol) kan øke plasmakonsentrasjonen av venlafaxin. Venlafaxin og N-desmetylvenlafaxin er svake inhibitorer av CYP 2D6 og kan dermed hemme metabolismen av medikamenter som metaboliseres av dette enzymet, f.eks. visse

antiarytmika og psykoletika. Pga. muligheten for serotoninerg syndrom, bør det utvises forsiktighet ved samtidig bruk med legemidler som kan påvirke serotoninerge transmittersystemer (f.eks. triptaner, litium eller SSRI). Sikkerhet og effekt ved samtidig bruk med vektreduksjonsmidler, inkl. fentermin, er ikke fastlagt og kombinasjonen anbefales ikke. Økning i serumkolesterol er observert. Hos pasienter hvor endringer i serumkolesterol kan være av klinisk interesse bør serumkolesterol monitoreres ved langtidsbehandling. **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. I dyreforsøk er det sett redusert fostervekst og -størrelse, samt redusert fosteroverlevelse, trolig pga. toksisitet. Preparatet bør ikke anvendes av gravide annet enn etter nøye overveelse. Dersom venlafaxin anvendes kort tid før, ev. helt opptil fødsel, bør den nyfødte vurderes mht. seponeringssymptomer. Nyfødte som utsettes for venlafaxin sent i 3. trimester utvikler komplikasjoner, som krever pustehjelp eller forlenget sykehusopphold. **Overgang i morsmelk:** Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin går over. Preparatet bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Asteni, anoreksi, hodepine, buksmerter, vektøkning, svetting (inkl. nattlig svetting), øret, sømnlens, tremor. Gastrointestinale: Uvelhet, brekninger, obstipasjon, dyspepsi, munntørhet. Hud: Utsett. Luftveier: Gjesping. Metabolske: Økning i serumkolesterol (spesielt ved langvarig behandling og muligens ved høyere doser), vektap. Sentralnervesystemet: Forvirring, mareritt, redusert libido, økt muskeltonus, insomni, parestesi, angst, nervøsitet, sedasjon. Sirkulatoriske: Hypertoni, postural hypotensjon, takykardi, vasodilatasjon, palpitasjoner. Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser, mydriasis, dysfornisyrrelser. Urogenitale: Ejakulasjons-/orgasmeopprykk, impotens, svakket urinering (hovedsakelig vegring). **Mindre hyppige:** Ødem, tinnitus. Blod: Slimhinneblødninger. Gastrointestinale: Øsofagitt, gastritt, gingivitt, smaksforandring, bruksisme, diaré. Hud: Alopeci, fotosensitivitet, urticaria, ekkyrmose. Lever: Økte transaminaseverdier. Luftveier: Astma. Metabolske: Unormale leverfunksjonsverdier, hyponatremi. Sentralnervesystemet: Apati, ataksi, hyperkinesi, hallusinasjoner, mani, agitasjon. Sirkulatoriske: Hypotoni, synkope. Syn: Konjunktivitt. Urogenitale: Menoragi, urinretensjon. **Sjeldne (<1/1000):** Stupor, anafylaksi. Blod: Forlenget blødningsstid, trombocytopeni. Metabolske: Hepatitt, SIADH. Sentralnervesystemet: Krampetilstand, ekstrapyramidale symptomer, personlighetsforandring, NMS (Neuroleptisk malignt syndrom), serotoninerg syndrom. Sirkulatoriske: EKG-forandring (T-/ST-seg-ment, AV-blokk I). Syn: Glaukom. Bivirkninger som er sett meget sjeldne (<1/10000) er dyskrazi (inkl. agranulocytose, aplastisk anemi, nøytropeni og pancytopeni), delirium, ekstrapyramidale symptomer (inkl. dystoni og dyskinesi), tardive dyskinesier, pankreatitt, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, pruritus, økt prolaktin, rabdomyolyse, pulmonær eosinofili, forlengelse av QT-tiden, ventrikulær fibrillasjon og ventrikulær takykardi (inkl. «torsades de pointes»). Ved depresjon foreligger alltid vanskeligheter med å skille mellom bivirkninger forårsaket av farmaka og den depressive tilstanden. Bivirkningene uvelhet og brekninger er doserelatert og ved høy initialdose kan høyere frekvens av uvelhet sees. Under behandlingens gang reduseres vanligvis graden og frekvensen av denne bivirkning. Seponeringsreaksjoner er sett ved bruk av venlafaxin. Følgende symptomer er rapportert i forbindelse med plutselig avbrudd, dosereduksjon eller nedtrapping i behandling: Hypomani, angst, agitasjon, nervøsitet, forvirring, insomni eller andre søvnforstyrrelser, tretthet, sømnlens, parestesi, svimmelhet, vertigo, hodepine, svetting, munntørhet, anoreksi, diaré, kvalme og brekninger. Majoriteten av disse symptomene er milde og forsvinner uten behandling. Økt forekomst av fiendtlighet og, spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte bivirkninger som selvmordstanker og egenskade. **Egenskaper: Klassifisering:** Antidepressiva. **Virkningsmekanisme:** Effekten av venlafaxin og dets aktive hovedmetabolitt O-desmetylvenlafaxin oppnås i hovedsak gjennom hemming av reopptak av serotonin og noradrenalin i CNS, men også en svak hemming av dopaminreopptak kan sees. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin reduserer følsomheten hos beta-adrenerge reseptorer både ved korttids- og langtids. For fullstendig preparatmaltale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc 3. behandling. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin er ekvipotente med hensyn på reopptakhemming av neurotransmittere og reseptorbinding. Venlafaxin har ingen affinitet til kolinerge (muskarin), histamin- eller alfa-adrenerge reseptorer. **Absorpsjon:** Eflexor: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 2,4 timer, og av O-desmetylvenlafaxin etter 4,3 timer. Eflexor Depot: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 6 timer og av O-desmetylvenlafaxin etter 9 timer. **Proteinbinding:** Venlafaxin: 27%. O-desmetylvenlafaxin: 30%. **Halveringstid:** Eflexor: Venlafaxin: Ca. 5 timer. O-desmetylvenlafaxin: Ca. 11 timer. Eflexor Depot: Venlafaxin: Ca. 15 timer. **Metabolisme:** I leveren. **Utskillelse:** Venlafaxin og metabolittene utskilles i hovedsak via nyrene. 87% av dosen gjenfinnes i urinen innen 48 timer. Den farmakologiske profilen hos eldre skiller seg ikke fra den hos yngre, forutsatt at det ikke foreligger nedsatt nyre- og leverfunksjon. Depotkapslene inneholder færre doser gradvis frisetter legemiddel i gastrointestinallrukt. Den uløselige delen av disse sfærene blir skilt ut og kan sees i avføring. **Pakninger og priser: Eflexor: Tabletter:** Enpac: 28 stk. kr. 192,10. **Eflexor Depot: Depotkapsler: 37,5 mg:** Datopakn.: 7 stk. kr. 67,10. **75 mg:** Datopakn.: 28 stk. kr. 292,60, 98 stk. kr. 938,50. **150 mg:** Datopakn.: 28 stk. kr. 523,30, 98 stk. kr. 1745,60. T: 18b).

Refusjon: Gjelder ikke depotkapsler 37,5 mg. Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig formyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: 01.02.2007.

Referanser: 1. Baldomero, E. B. et al. Venlafaxin Extended Release versus conventional antidepressants in the remission of depressive disorders after previous antidepressant failure: Argos Study. Depression and Anxiety 2005; 22: 68-76. 2. Felleskatalogen. 3. Kelsey J E. Dose-response relationship with venlafaxine. J Clin Psychopharmacol. 1996;16: 3: Suppl 2:21-8. 4. Statens Legemiddelverk. 5. Ereshesky L et al. Review of the pharmacokinetics, pharmacokinetics, and drug interaction potential of antidepressants: focus on venlafaxine. Depress Anxiety 2000;12: Suppl 1:30-44.

EFEXOR®
(venlafaxin)
DEPOT

Wyeth

PB. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 4000 2340. Telefaks: 4000 2341. E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

Anita Larsen



Ho var det tapraste menneske me nokon gong har kjent, kollegaen vår, Anita Larsen. Knappt 38 år gammel måtte ho få kvile, etter eit heilt liv prega av sjukdom.

Ho hadde ein medfødt sjukdom som gjorde at fordøyelsessystemet

ikkje fungerte og måtte heilt fra ho var lita jente gjennomgå operasjoner for tarmslyng, den første då ho var 11 år. Ho fekk då framlagt tarm, og ho måtte også få røeding gjennom blodet kvar natt. Dette hjalp mora henne med i starten, men etterkvart ordna ho det sjølv. Etter over 20 tarmoperasjoner svikta fleire viktige organ og situasjonen var kritisk.

I juli 2005 fekk ho transplantert sju nye organ, og desse fungerte etterkvart tilfredsstillande. Sjølv om Anita var svak så gjekk det framover, ho hadde eit ukuelig livsmot som ikkje er alle forunt. Det oppsto nye komplikasjoner som igjen krevde nye operasjoner, men kvar gong såg det ut til at ho skulle klare det.

Midt i eit av desse kritiske situasjonane døydde faren til Anita heilt plutselig. Foreldra har alltid vore hennar store støttespelarar, og Anita hadde alltid vore pappa-jente, så dette var eit hardt slag for henne. Kanskje var det medverkande til at ho ikkje klarte å komme seg gjennom den siste krisa?

Til tross for at Anita har hatt andre lodd i livet enn dei fleste andre og at ho har lagt mykje på sjukehus, har ho gjennomført all skulegang med glans. Etter gymnaset og helse og sosial grunnkurs, tok ho apotektekniker-utdanning. Deretter tok ho sjukepleierutdanning, og til sist spesialutdanning i eldreomsorg. Ho byrja i heimesjukepleien i Meland kommune i 1993, og til tross for alle sine smerter og plager klaga ho aldri. Med all sin kompetanse, mykje sjølopplevd som pasient, var ho ein unik kollega som kunne gi oss råd og veiledning i mange situasjoner.

Mange av pasientane kjenner og sakner Anita, i sjuksomsperiodar spurte dei etter henne og dei ba for henne. Ho var og er i tankane våre. Me kjenner eit veldig tomrom etter henne, men mest av alt kjenner vi takksemnd for å ha fått kjenne eit så flott menneske. Me lyser fred over Anita Larsens sitt minne.

Kollegaer i Meland heimesjukepleie.

Margot Høie Lervik

Tidligere høgskolelektor Margot Høie Lervik døde 9. februar 2007, nær 64 år gammel.

Hun ble utdannet ved Røde Kors sykepleierskole i Stavanger (1965) og arbeidet deretter som sykepleier ved Rogaland og Ullevål sykehus. I 1966/67 tok hun utdanning som sykepleielærer ved Norges Sykepleierhøgskole. I årene 1971-73 bodde familien i Svolvær, og hun arbeidet i den tiden som lærer ved barne- og ungdomsskolen der. Fra 1977 – 81 arbeidet hun som sykepleier ved Haugesund sykehus og hadde i det siste året også deltidsstilling som sykepleielærer for Stavanger Sanitetsforenings sykepleierskole. På denne tiden engasjerte hun seg sterkt for å få en sykepleierutdanning til Haugesund, blant annet gjennom leserinnlegg i Haugesunds Avis.

Haugesund fikk sin sykepleierhøgskole i 1980, og Margot ble ansatt som lærer i 1981. Som en av pionerene var hun med på å bygge opp utdanningen, og mange er de sykepleiere som har hatt henne som lærer og veileder i teori og praksis. Hun tok gjerne i mot faglige utfordringer. I voksen alder tok hun hovedfag ved Institutt for sykepleievitenskap i Oslo, og ble dermed høgskolelektor. Foruten vanlige undervisningsoppgaver i teori og

praksis, var Margot kullleder for flere kull, og i den krevende tiden før Haugesund sykepleierhøgskole ble slått sammen med Statens Sikkerhetshøgskole, var hun avdelingsleder for sykepleierutdanningen. De siste årene hun var ansatt på høgskolen, hadde hun ansvaret for videreutdanningen i eldreomsorg. I 2001 valgte hun å gå av på grunn av dårlig helse.

Margot var en person som satte spor etter seg. Hun stilte store krav til seg selv, og i sitt arbeid som underviser og veileder var hun grundig, faglig oppdatert og engasjert. Med sin utpregede sans for humor og rause personlighet var hun et oppkomme av gode ideer og handlinger som skapte liv og røre rundt henne. Hun var klok, reflektert og kunnskapsrik, og hun var en viktig samtalepartner for både kolleger og studenter.

Vi som var nære arbeidskolleger av Margot, fikk ofte oppleve hvor mye familien betydde for henne. Selv om de siste årene var preget av sykdom, var hun glad i livet og hun syntes hun hadde mye ugjort. Det var en stor sorg for henne at hun ikke skulle få følge barn og barnebarn videre i livet. Våre tanker går til Sverre, Hilde, Bård og Solveig.

Vi lyser fred over Margot Høie Lervik sitt minne.

For kolleger ved Høgskolen Stord/Haugesund, studieansvarlig Svanhild Melkevik og høgskolelektor Kristin Bie

Marion Rustad

Marion Rustad døde den 8. desember 2006.

Hun var ansatt i Norsk Sykepleierforbundet ved internasjonal avdeling og har blant annet hjulpet mange filippinske sykepleiere til å jobbe her i landet. Hennes store arbeidsinnsats og engasjement har kommet oss kolleger og våre familier til gode i rikt monn.

I hele sitt vesen viste hun raushet og trygghet som vi satte stor pris på. Hun inviterte gjerne kolleger og venner hjem, der internasjonal mat var et viktig element. Ved slike anledninger ble vennskap utviklet. Det ble musikkspilling, kunnskapsutveksling og overføring av erfaringer. Vi er mange som har hatt glede og nytte av Marion Rustads styrke, kompetanse, ideer og gode humør.

Våre tanker går til hennes familie i denne tunge stunden.

Takk, Marion Rustad, for at du ble en del av oss. Vi vil aldri glemme deg.

Vi lyser fred over ditt minne.

Filippinsk sykepleierforening i Norge



NYHET! DECUBAL Intensive Cream til ekstra tørr hud!

Vinteren er her, og med vårt nordiske klima opplever huden både kulde, snø og vind. Dette gjør at huden din trenger litt ekstra pleie. Decubal Intensive Cream er en fet krem som pleier og behandler ekstra tørr og irritert hud, atopisk eksem og psoriasis.

Kremen er meget behagelig og lett å smøre ut. Decubal Intensive Cream egner seg også utmerket som kuldekrem. Inneholder 70 % fett.

Kremen er uten parfyme og inneholder ikke parabener eller andre konserveringsmidler.

Decubal selges på apotek.
Les mer på www.decubal.no



Siste skrik

Her ligger de siste fagartiklene som har stått i Sykepleien Magasinet.

Spesialist

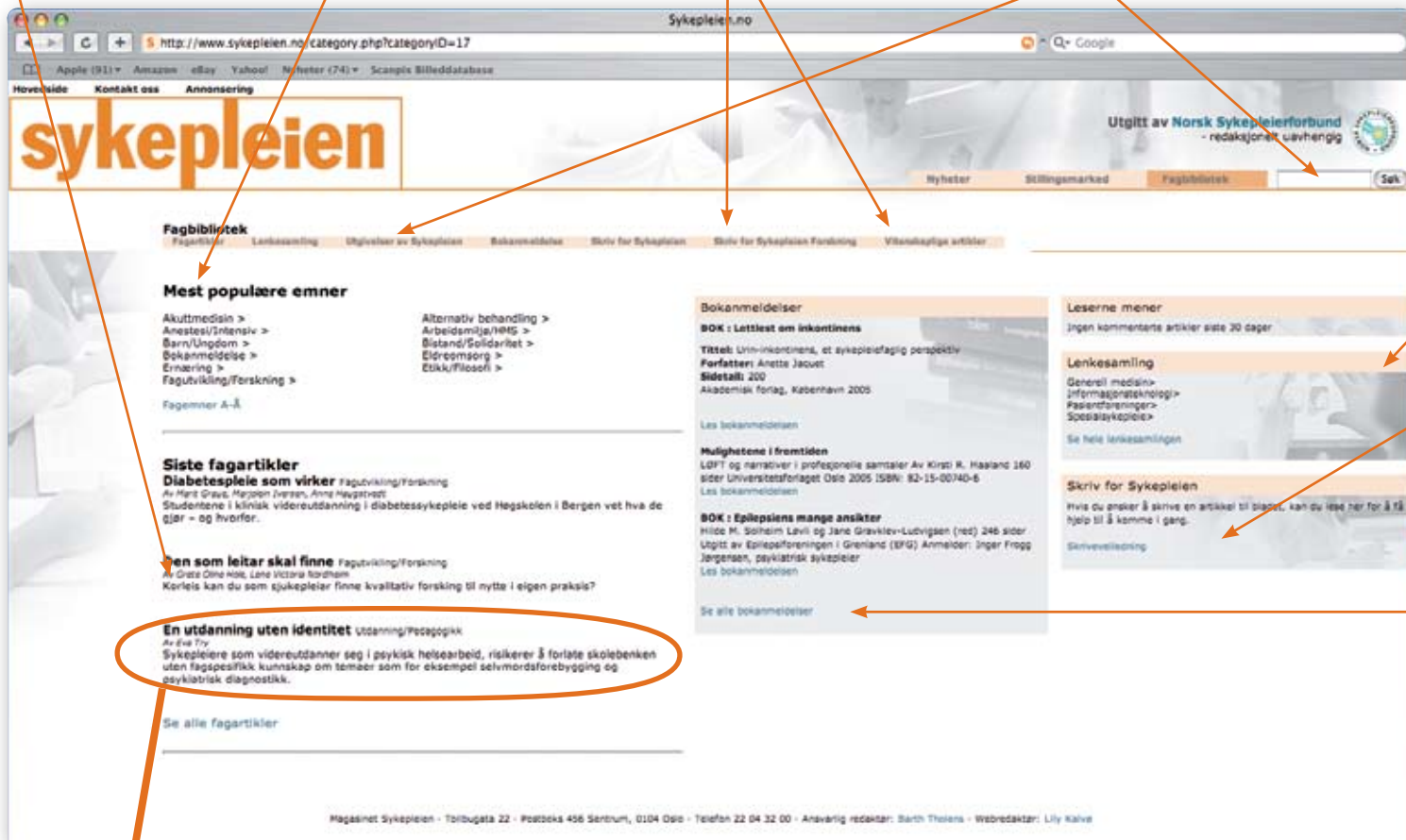
Er det fagstoff innen ett spesielt område du jakter på? Her er oversikt over det meste.

Dr. i sykepleie

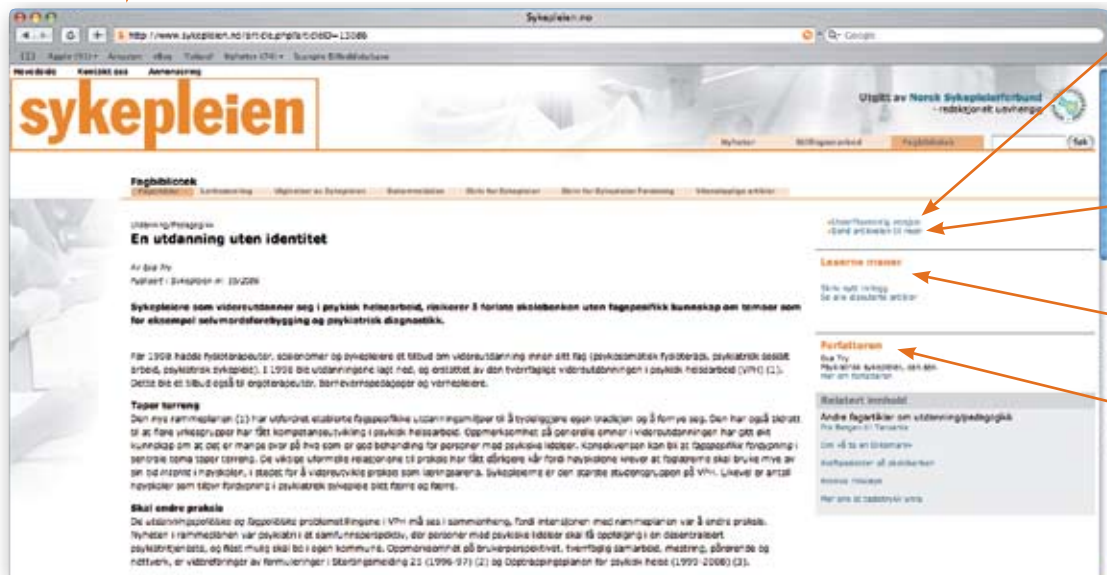
Forsker du? Da bør du sjekke hva Sykepleien Forskning har publisert. Kanskje du selv har noe å bidra med?

På jakt

Leter du etter en spesiell artikkel – men har mistet bladet eller glemt når det sto på trykk i Sykepleien? Her kan du lete og finne det meste.



En utdanning uten identitet Utdanning/pedagogikk
 Av Eva Fry
 Sykepleiere som videreutdanner seg i psykisk helsearbeid, risikerer å forlate skolebanken uten fagspesifikk kunnskap om temer som for eksempel selvmordsforebygging og psykiatrisk diagnostikk.



Vennlig

Funnet en interessant artikkel som du vil skrive ut? Trykk her, artikkelen blir utskriftsvennlig, og du får med alt.

Interessant for andre!

Trykk her – og send artikkelen til en kollega.

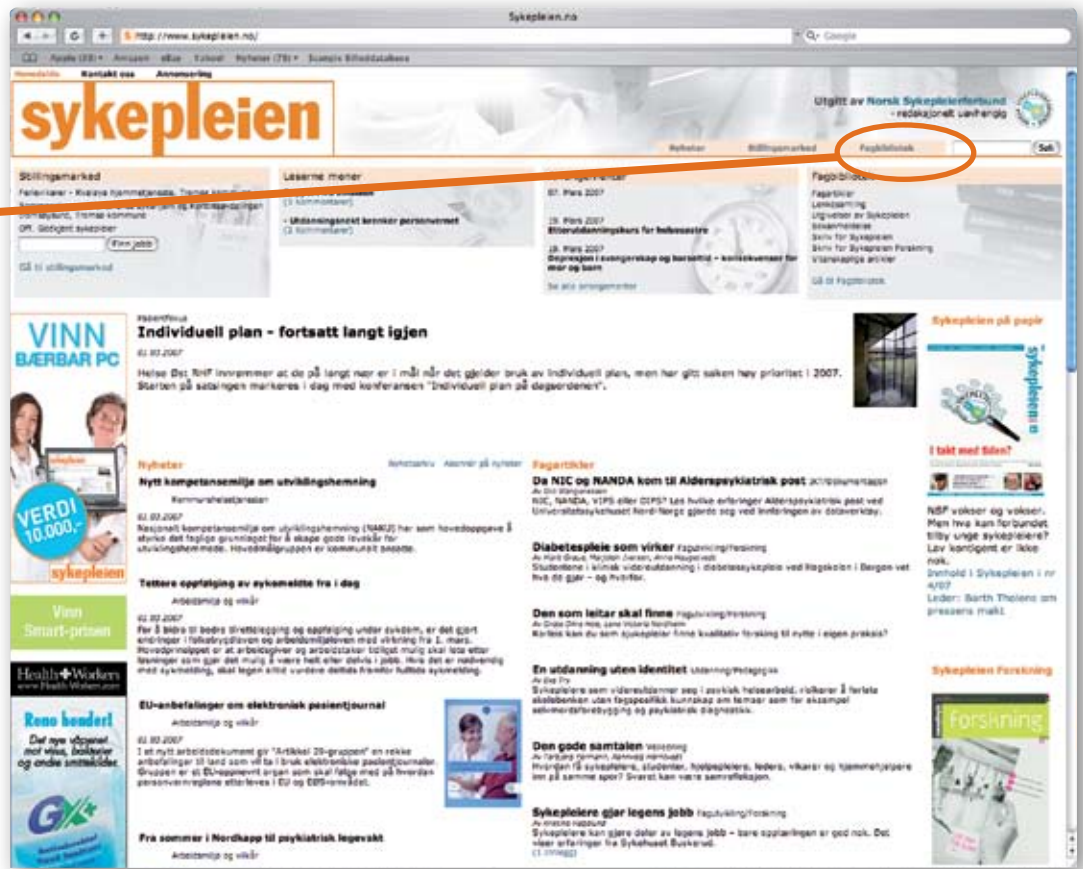
Uenig?

Her kan du skrive din mening.

Hvem sa hva?

Kort informasjon om fagfolkene bak artikkelen.

Fagidiot?
Trykk på «Fagbibliotek»
og arkivet åpenbarer seg!



Ut i verden

Vi har samlet lenker til andre nettsider som burde være interessante for sykepleiere.

Noe på hjertet?

Har du noe å lære bort til kolleger? Ta pennen fatt og skriv en knakende god artikkel. Her får du hjelp.

Faglig påfyll

Hva mener andre fagfolk om ny litteratur? Svaret finner du her.

Veien til fag - på nett

Hvordan og hvor kan du finne forskning og fagstoff som du kan bruke i praksis? Alt dette får du svar på med et tastetrykk.

www.sykepleien.no er ikke bare for nyhetshungrige sykepleiere. Dersom du er fagidiot er det nok av artikler, nyheter, bokanmeldelser og utenlandske linker til å holde deg i ånde i timevis. Bonusen er at du selv blir oppdatert på ditt fagområde. Sykepleien presenterer her en liten ABC på hvordan du finner frem i fagstoffet på nettet. Er du uenig eller har synspunkter på det du leser, er det fullt mulig å ytre dem - med et aldri så lite tastetrykk.

Gatekapital

Forfattere: Sveinung Sandberg og Willy Pedersen

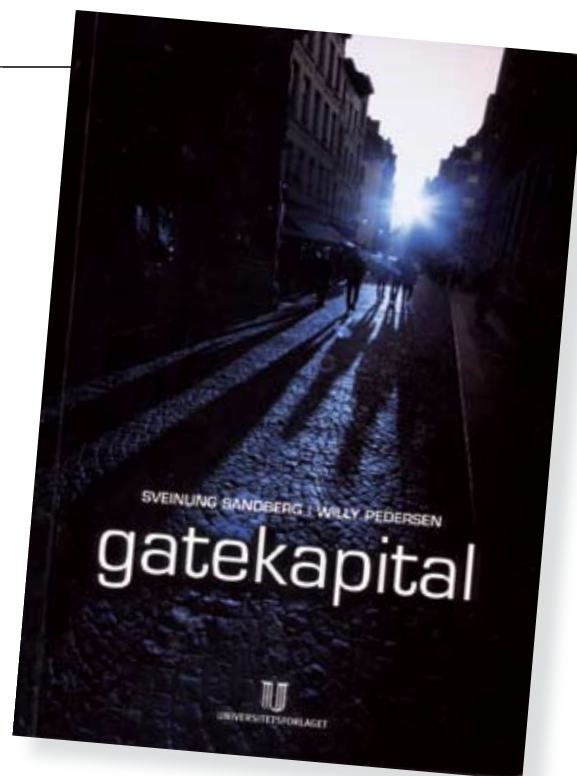
Sidetall: 262

Universitetsforlaget 2006

ISBN 978-82-1501-104-2

Anmeldt av:

Hjørdis Fodstad, 1. lektor og kriminolog, SU, Høgskolen i Oslo



Gir kunnskap om gjengdannelser

Om hip-hop-gutter, falne gangstere og flyktninger.

Boka Gatekapital er basert på et omfattende feltarbeid og intervjuer av unge menn i miljøer som selger hasj ved Akerselva. Forfatterne understreker nødvendigheten av å utvikle bestemte ferdigheter på den arenaen man oppholder seg mesteparten av sin tid. De viser til flere studier, både norske og utenlandske, som underbygger denne teorien.

Boka er delt inn i åtte kapitler, hvor de to forfatterne har skrevet omtrent halvparten hver. Hvert kapittel avsluttes med et sammendrag. Dette hjelper leseren i å følge en rød tråd og holde oversikt over den mengden av informasjon og kunnskap som presenteres. Teorikapitlet (kapittel 3) gir et godt overblikk over forskning på utsatte ungdomsmiljøer.

Jeg synes kapitlet om rusen (kapittel 5) er særlig interessant, fordi det også forteller om rusens

attraktive sider, ikke bare dens skadevirkninger. Som forfatterne sier så er det jo grunner til at ungdommene oppsøker rusen. Hasjen oppleves av guttene som mindre farlig og brukes jevnlig. Men noen opplever at deres maskulinitet svekkes, i tillegg til økt gjeld og problemer i relasjoner. Det er også aktuelle diskusjoner omkring det å være aktør eller offer. Det som en gang ga deg frihet, har gradvis gjort deg «avhengig».

Hvilke gutter og miljø er det boka omtaler? I sin analyse inndeles og beskriver forfatterne miljøet i tre grupper: hip-hop gutter, falne gangstere og flyktninger, og deres forhold til hverandre og omverdenen. Hva gjør de, hva lever de av, hva vil/ønsker de? Felles for alle miljøene er at de selger hasj, og kjøperne som er kjøpt innom før de forsvinner igjen er oftest menn fra ulike miljøer i byen.

Guttene i hip-hop-miljøet framstår som mer ressurssterke enn flyktningene og de slitne gangstere. Hvilken rolle spiller musikken og klesmotene i dette miljøet, og hvorfor lever de som hasjseilere? Hvordan er deres forhold til de øvrige miljøene og storsamfunnet?

Kapittel 8; «Mellom gata og velferdsstaten», er relevant for ulike helsearbeidere og andre hjelpere. Her føres en interessant diskusjon omkring guttene som aktører eller ofre, i forhold til ulike typer diskurser som guttene anvender i intervjuene. Her analysert som undertrykkelsesdiskurs og gangsterdiskurs. I møte med hjelperne er undertrykkelsesdiskursen mest typisk. Hvorfor? Fordi denne diskursen ifølge forfatterne «er vevd inn i hjelpeapparatets måte å tenke på, preget som den er av den politiske venstresides vektlegging av økonomiske strukturer som forklaring». Hjelpeorganisasjonene har en felles interesse i forhold til klientene, nemlig å skape forståelse for deres vanskelige situasjon.

Politi og politisk høyreside deler

derimot guttenes gangsterdiskurs, der guttene framtrer som tøffe, miljøet beinhardt og pengene store.

Poenget er at guttene har opparbeidet kompetanse og selvforståelse på begge diskurser, som undertrykte ofre og som ansvarlige aktører. Idolene til hip-hop-guttene kan beskrive det positive ved å ha en marginalisert og undertrykt bakgrunn – det kan gjøre ungdommene sterke, autentiske og fascinerende. Boka er god på å nyansere og sette spørsmål ved våre forutinntatte holdninger og forståelser.

Det kan virke som forfatterne særlig er tiltrukket av hip-hop-miljøet ved elva, som virker mest ressurssterkt. Musikken presenteres via idoler og deres tekster i flere sammenhenger.

Det blir mer taust omkring flyktningene – med eller uten oppholdstillatelse i landet. Denne gruppen har antakelig det vanskeligste dagliglivet og færrest hjelpetilbud.

Boka kan anbefales for helsearbeidere som vil øke sin kunnskap omkring ungdom, rus og gjengdannelser.

Boka er god på å nyansere og sette spørsmål ved våre forutinntatte holdninger og forståelser.

Brøkdelen av et sekund



Av Inger Johanne Østensjø
139 sider
Vormedal Forlag, 2006
ISBN: 82-996130-9-4

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen

Formidler håp

Det er et krevende prosjekt Østensjø har begitt seg ut på her. Boken omhandler hennes sønn, Stian, som pådro seg en alvorlig hjerne-stammeskade i en bilulykke for ni år siden. Stian var da 22 år gammel, og hadde nettopp etablert seg i ny leilighet med sin kjæreste. Å lage stor litteratur ut av en personlig tragedie, krever et talent som er de færreste forunt. Boken *Brøkdelen av et sekund* kan derimot leses som ren informasjon.

Forfatteren (mor) er selv intensivsykepleier. Å inneha en slik kunnskap byr nok på både fordeler og ulemper. Sta som denne kunnskapsrike moren er, balanserer hun kombinasjonen fagperson/pårørende fint.

Den første tiden er Stian komatøs. Helsevesenet levner ikke familien mye håp om at Stian kan rehabiliteres. De advarer blant annet mot fysioterapi, da dette skal kunne gjøre ham mer spastisk. Familien ignorerer imidlertid advarslene, og setter i gang selv. Og det skulle

negative syn. Som leser forstår jeg begge parter. Som pårørende ville jeg stått på slik denne familien gjør. Som fagperson ville jeg vært redd for å love mer enn jeg kunne holde. Den røde tråden gjennom hele boken er imidlertid håp. Det er ikke vår oppgave å ta håpet fra noen, så lenge det overhodet finnes en vei tilbake til livet. Viktigheten av dette kommer godt frem i boken.

Etter den intensive fasen på to forskjellige sykehus, kommer Stian til et rehabiliteringssenter. Heller ikke her er familien, helsepersonel-

Dette er en historie som mot alle odds endte bra. Medio november 2006 er kjæresten, Randi, og Stian gift. De har et barn og Randi er gravid med nummer to. Ungdomsuførettrygd og erstatning fra forsikrings-selskapet er ordnet. Viktig å bli minnet om at dette må gjøres midt i all fortvilelsen. Mor har skrevet boken. Et verdig stykke arbeid. Men hva med far?

Han er blitt beskrevet som en buffer for mor. Mor får hjelp av psykolog. Mor får ut avmakten og sparker ved en anledning sin mann i leggen. Han går på Marevan, får et hematom og må gå på krykker etter angrepet. Så får han seg da også en psykisk knekk, når Stian endelig blir oppegående.

Dette er ikke stor litteratur. Men det er en bok som formidler håp til andre i samme situasjon. Og det er ikke lite!

Det er ikke vår oppgave å ta håpet fra noen, så lenge det overhodet finnes en vei tilbake til livet.

de ikke komme til å angre på. Noen ganger er klisjeer på sin plass. Her handler det om tro, håp og kjærlighet. Dette har kjæreste, foreldre og søsken nok av. De lar seg ikke stanse av legenes mer nøkterne/

let og Stian alltid enige. Men alle har de beste intensjoner og et felles mål. Stian skal på beina igjen! Han skal snakke og spise ved egen hjelp. Og det er ingen servil familie vi har å gjøre med her.

Selvskading. En praktisk tilnærming.



Av Svein Øverland
266 sider
Fagbokforlaget
2006
ISBN: 82-450-0423-5

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen

Anbefales som oppslagsverk

Spesialist i klinisk psykologi, Svein Øverland, hevder at selvskading er et voksende problem i vårt samfunn. Dette gjelder særlig ungdom, med overvekt av jenter. Forfatteren ønsker å beskrive selvskading ut fra et normalpsykologisk perspektiv. Han presenterer ny kunnskap om forekomst, pasientgrupper og kategorier. Intensjonen har vært å skrive en lettlest bok, som kan nå mange målgrupper. Det vil jeg ikke skrive under på at han har lykket med. De utallige henvisningene

som er innlemmet i teksten, virker forstyrrende og noe av flyten i språket går tapt. Særlig pårørende vil nok være lite opptatt av hvem som skrev hva i hvilken undersøkelse, så lenge konklusjonene er gjengitt i boken. Selv hadde jeg i alle fall blitt like klok uten de utallige referansene som gir boken preg av å være en avhandling.

Feilen jeg gjorde var kanskje å lese boken fortløpende fra perm til perm. Jeg vil anbefale andre lesere å bruke den som et oppslagsverk, og lete seg frem til det som er aktuelt i de ulike behandlingssituasjonene/hjelperollene.

Boken viser til mange ulike definisjoner av selvskading. Personlig synes jeg en av de beste er den som får frem at i stedet for å dø, brukes smerten til å kunne fortsette å leve. Det handler om å gjøre avmakt til makt.

Med tanke på at boken ikke bare er rettet mot fagfolk, men også pårørende og venner, tror jeg en del fremmedord med hell

kunne vært luket ut. Vi får mange forklaringer på hvorfor unge mennesker begynner å skade seg selv, men også de som har klart seg på tross av, og ikke på grunn av, nevnes. Da snakkes det ikke om «løvetannbarn», men om resilente barn. Slik jeg forstår det, er betydningen den samme.

Det handler om å gjøre avmakt til makt.

Når leseren omsider kommer til praktiske tilnærminger, er boken på sitt beste. Her er flere konkrete eksempler som viser hvor kompleks problemstillingen er. Også betydningen av forebygging vektlegges. Eksempelvis er selvtillit viktig som beskyttelse mot selvskading.

I beskrivelsen av fagfolks tilkortkommenhet stilt overfor ungdom som skader seg selv, er forfatteren

stor nok til å bruke seg selv som eksempel.

Forfatteren henvender seg til fagfolk i både førstelinje – og spesialtjenesten, og som nevnt til familie og venner. Det er en grundig gjennomarbeidet bok som alle disse helt sikkert har behov for. Men jeg presiserer: Dette er en bok som krever god tid hvis man skal tilegne seg stoffet fra første til siste side. Den tiden er den verdt. Som oppslagsverk vil den fungere utmerket for alle som ikke har denne tiden. Dette gjelder spesielt hjelpere uten faglig bakgrunn.



DR. KJUS: – Jeg har kunnet tillate meg å skrive fritt og usensurert, sluppet å være så kritisk, sier Trine Kjus om legeromanene.

Lege + lege = sant

St. Hallvards hospital er en legeroman i dobbel forstand: Den er nemlig skrevet av og om en kvinnelig lege.

Legeroman. Assosiasjonene kommer veltende: Ung kjekk kirurg forelsker seg i avdelingens vakreste, yngste og blondeste sykepleier, noe som resulterer i dampende sexscener i heisen, på operasjonsbenken, under skrivebordet og så videre. Han er selvfølgelig gift, men kona er en hensynsløs og stygg psykopat, og gudskjelov! På siste side får de to hverandre ...

Hjerte og smerte

I St. Hallvards hospital er legen en kvinne ved navn Eva Dahl, og selv om hun på forlagets hjemmeside er beskrevet med klisjeer som kunne vært hentet fra en hvilken som helst dameroman: «Ung og full av pågangsmot, med et dypt og inderlig ønske om å gjøre en innsats for syke mennesker», håper forfatter Trine Kjus at leserne, i tillegg til å bli underholdt, også

skal lære noe. Hovedpersonen er nyutdannet lege og i første bind: *Rivalene*, følger vi henne fra siste fase av studietiden, gjennom turnustjeneste i Nord-Norge og til ny jobb på St. Hallvards hospital.

– Alle personer er oppdiktet, men likevel håper jeg at leserne kan få et innblikk i hvordan det er å være nyutdannet lege og jobbe på et sykehus. Jeg har også lagt mye arbeid i skildringen av pasienthistoriene, forteller hun.

Vil underholde

Trine Kjus kunne antagelig vært hovedpersonen i sin egen romanserie. En sporty og vakker kvinnelig lege med mye varme, intelligens og humor. Det er jo ikke hver dag en lege debutterer med legeroman, men som overlege i femti prosent stilling på Olafiaklinikken i Oslo har Kjus førstehånds kunnskap om hva som rører seg innenfor sykehusets fire vegger.

– *Hva var det som fikk deg til å velge akkurat denne genren?*

Kjus forteller at hun alltid har elsket å skrive, og at hun i ungdomsårene fortalte og skrev ned lange fantasifulle historier til glede for seg selv og omgivelsene.

– Jeg elsket å skrive stil så lenge jeg kunne skrive fritt og fra hjertet, forteller hun. En skriveglede som ble drept når stiloppgaven gikk fra fristil til å analysere reklametekster, diktanalyse gikk til nød an. Kanskje det var derfor hun valgte

å skrive legeromaner. Hun gikk til innkjøp av to bestselgere innenfor sjangeren og lærte seg struktur og oppbygning.

– Jeg ble faktisk positivt overrasket, det var ikke på langt nær så dårlig som jeg hadde forventet, jeg ble underholdt, og det synes jeg er en god ting i seg selv.

Tibindsverk

Deretter gikk hun i gang med skrivingen, et arbeid som foreløpig har resultert i ti bøker om Eva Dahl.

– Jeg har aldri hatt noen ambisjoner om å bli forfatter, forteller hun. – Jeg har fire barn og har derfor i perioder naturlig nok vært mye hjemme, denne tiden har jeg brukt til forskjellige ting, blant annet studier. Men det var først mens jeg var hjemme med min yngste datter, som nå er fire år, at jeg begynte å skrive

Det gir ikke akkurat status å skrive legeromaner.

med tanke på utgivelse. Valget av sjanger har gjort at skriveprosessen først og fremst har vært preget av glede:

– Jeg har kunnet tillate meg å skrive fritt og usensurert, sluppet å være så kritisk.

Kjus forteller at hun elsker å dikte opp historier og konstruere handlingsgang, mens selve skrivningen først og fremst har vært preget av hardt arbeid.

– Høydepunktet har vært å finne opp bipersonene og deres skjebner, forteller hun.

– Mennesker som møter motgang og vanskeligheter. Hovedpersonen er jo bare snill og god, det ligger ikke så mye spenning i en slik karakter, innrømmer hun. Handlingen er dessuten ispedd noen overnaturlige elementer, som ifølge Kjus har bidratt til å gjøre skriveprosessen mer spennende.

Debutantnerver

Det å hoppe av karusellen og gjøre noe helt annet har også vært en positiv erfaring. Det gir ikke akkurat status å skrive legeromaner, ler hun. Hun har hatt stor glede av støtte og innspill fra både kollegaer og familien underveis.

– På jobben er det et par stykker som har lest manus underveis og kommet med nyttige tilbakemeldinger, forteller hun.

– Og alle de andre sier de gleder seg til boka kommer ut så de kan lese den. Skrekkscenario er å komme på jobb og ingen sier noe fordi de synes den er så dårlig, fortsetter hun og innrømmer at hun er fryktelig nervøs for mottagelsen.

Så hun er bare glad til for at bøkene ikke står i fare for å bli anmeldt på kultursidene i Dagbladet. Og medlem av forfatterforeningen? Nei, det har hun heldigvis aldri drømt om.



Omtaler

Mennesker og miljø



Tittel: Casestudier i praksis
Forfatter: Knud Ramian
Forlag: Academica
Pris: 220 kroner
Kontakt: www.academica.dk
 ISBN 87-7675 4634

Boka er ment som en innføring i casestudiet og henvender seg både til helsefagstudenter og praktikere. Forfatteren belyser spørsmålet det er relevant å stille seg når man planlegger et casestudie. Hva er casestudiets tema og formål? Hvilke forskningsspørsmål skal besvares? Hvilke data kan besvare forskningsspørsmålene?

Arbeid og globalisering



Tittel: Velferdsstaten møter verden
Forfatter: Marie Louise Seeberg
Forlag: Gyldendal Akademisk
Pris: 199 kroner
Kontakt: www.gyldendal.no
 ISBN 978-82-05-36630-5

Boka tar for seg de endringene som skjer i den norske helse- og omsorgssektoren på bakgrunn av økt globalisering og migrasjon. Vi får en fremvekst av flerkulturelle arbeidsplasser, nye krav til kompetanse, drift og lederskap. Forfatteren stiller en rekke interessante spørsmål knyttet til de utfordringene dette innebærer.

Pensumbok i pediatri



Tittel: Praktisk pædiatri
Forfatter: Peter Oluf Schiøtz og Fleming Skovby
Forlag: Munksgaard Danmark
Pris: 598 kroner
Kontakt: www.munksgaarddanmark.dk
 ISBN 978-87-628-0568-2

Dette er en oppdatert og utvidet revisjon av 1. utgaven, som utkom i 2001. Revisjonen er utarbeidet med utgangspunkt i kommentarer fra brukerne og deretter endret på en rekke punkter. I tillegg til to helt nye kapitler: International pædiatri og Fysisk seksuell mishandling, er omfanget økt betraktelig i form av mer utdypende og forklarende tekst, samt kliniske fotografier.

Tett på barnevern



Tittel: Med makt til å krenke
Forfatter: Randi Haugland
Forlag: Gyldendal Akademisk
Pris: 325 kroner
Kontakt: www.gyldendal.no
 ISBN 978-82-05-36261-2

Her har forfatteren, sosionom med lang erfaring fra barnevernet, tatt utgangspunkt i en historie fra virkeligheten. Vi følger «Tina» og hennes to barn i en konfliktylt barnevernsak som pågår i 15 år. Med utgangspunkt i denne saken reflekterer og diskuterer forfatteren barnevernets fremgangsmåter, og belyser krenkelser som etter hennes mening kunne vært unngått. Boka er først og fremst ment som et debattinnlegg om barnevernets bruk av makt.

Føler du deg trett og slapp?



Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden

Floradix Formula med sitt innhold av jern gir.....

- bedre jerndepoer
- økt oksygenopptak
- øker bloddannelsen
- øker vitaliteten
- bedrer konsentrasjonsevnen
- rent vegetabilsk
- uten konserveringsmidler
- alkoholfri

Jernmangel er ofte en grunn til slapphet og tretthet. Floradix Formula jernekstrakt er et rent naturprodukt som er fremstilt av friskpressede safter fra vitamin- og mineralrike vekster, grønnsaker, frukter, hvetekeim og jernrik gjærekstrakt med høy opptagelighet.



Floradix Formula finnes i 10 størrelser og i tablettform. Du får den i både vanlig og forretningsmengde, i postek og i helsekostforretninger.

NYHET!
Forbedret innhold

Norges mest solgte jerntilskudd

2014 Natur Import AS
NATUR Import Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
 epost: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Undervisningsvideoer om Omsorg ved livets slutt

TruMedia
multimedieproduksjon
Postb. 1280, Flattum - 3503 Hønefoss
www.truemedia.no, Tlf. 32 12 14 33

“Omsorg ved livets slutt” – En undervisningsserie av Marie Aakre.

Undervisningsvideoene “Omsorg ved livets slutt” del 1, 2, 3 og 4, gir pleie og omsorgsinstitusjoner en unik mulighet til å styrke personalet i den helhetlige omsorgen for alvorlig syke og døende.

Videoene baserer seg på undervisning av Marie Aakre, tidligere oversykepleier ved Kreftavdelingen, St. Olavs hospital i Trondheim. Hun har gjennom mange år vært en pådriver for styrket kvalitet i helsetjenestens tilbud til pasienter i slutfasen av livet, og var i 1995 med på å etablere landets første kompetansesenter for lindrende behandling. Marie Aakre ble hedret med Petter Dass-prisen 2003, og Livsvern-prisen 2004 for sin innsats for omsorg ved livets slutt.

Videoene egner seg godt til intern-undervisning og fagutviklingsarbeid ved sykehus, sykehjem, hjemme-sykepleie, i diakonalt arbeid og til individuelle selvstudier, men også til undervisning ved høyskoler og andre utdanningsinstitusjoner.

Undervisningen er delt inn i 4 hovedtemaer:

- 1: Verdier ved livets slutt
- 2: Å møte døden og sorgen
- 3: Kommunikasjon til alvorlig syke og døende, og deres pårørende
- 4: Å være hjelper nær døden

Hver av de fire videoene varer ca. 30 minutter, og følges av et arbeidshefte med oppgaver som egner seg til individuell refleksjon, dialogsamtaler, gruppedrøftinger og plenumsdebatter.



Marie Aakre

Norsk Sykepleierforbund

DVD-versjon: pris kr. 1.500,- + porto & mva (to CD-plater + arbeidshefte)

VHS-versjonen selges fremdeles som 4 videokassetter med arbeidshefte
Pris for VHS-versjonen: kr. 1.200,- + porto & mva
Bestilling via nettet www.truemedia.no/omsorg,
mail: salg@truemedia.no, fax 32 12 15 91
eller post (se nedenfor)



Produksjonen er støttet av
Den Norske kreftforening.

Klager på billedbruken i Sygeplejersken

Dansker er lei av å se yndige sykepleiere i skjørt på forsiden av fagbladet.

På sygeplejersken.dk foregår det nå en debatt omkring det danske fagbladet Sygeplejerskens bruk av illustrasjonsbilder i bladet – og spesielt på forsiden. Sykepleierstudent Espen G. Viste har sett seg lei av å bli møtt med forsider bestående av små, nette sykepleiermodeller i korte skjørt.

Mer ukeblad

Viste skriver blant annet: «Jeg troede, at besværligheden og ydmygelsen med at bruge «sygeplejerske-skørt» var et overstået kapitel, og at professionaliseringen og effektiviseringen i det nye årtusinde af sygeplejestanden havde lagt billedet af den «wunderschöne» og attråværdige, søde sygeplejerske dér, hvor det hører hjemme: navnlig på drengeværelset eller på autoværkstedet eller i gamle film, hvor sygeplejersken blev tiltalt «søde skat» eller «lille pige».»

Flere har hengt seg på debatten, og har, som Viste, observert det samme. En leser forteller at hun oppdaget at hennes kusine var avbildet som sykepleier på forsiden, selv om hun jobber i en helt annen bransje. To av debattantene mener Sygeplejersken ligner mer på et ukeblad enn tidligere. Sygeplejerskens sjefredaktør har svart leserne, og forsikrer om at han vil ta betraktningene omkring billedbruken med i det videre arbeidet med bladet. Han understreker



imidlertid at i de tilfellene det dreier som om bruk av modeller, så opplyses det om dette.

Lange øyenvipper, korte skjørt

Espen G. Viste mener fremstillinger av sykepleiere som stereotyp, yndige kvinner, strider mot Dansk Sygeplejerråds arbeid for å endre på et gammeldags bilde av sykepleieren.

«Dansk Sygeplejeråd gør en enorm indsats, når de prøver at bringe sygeplejefaget ind i den moderne tidsalder ved bl.a. at prøve at ændre på befolkningens billede af sygeplejersken, fra den lille frøken med lange øyenvipper, kort kittel, og som har en arbeidsfunktion, som primært ligger på trøste- og holde-i-hånden-niveau, til en veluddannet, professionel sygeplejerske, som utfører et livsnødvendig stykke arbejde på det høyeste praktiske og teoretiske plan. Jeg ville ønske, at det faglige niveau, som sygeplejerskerne forventes at kunne dokumentere på arbeidspladsen, også ville kunne reflekteres i vort fagblads layout», skriver han.

Abilify «Otsuka Pharmaceuticals»
Antipsykotikum.

ATC-nr.: N05A X12

MIKSTUR, oppløsning 1 mg/ml: 1 ml inneh.: Aripiprazol. 1 mg, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), const. q.s. Sukkerholdig. Appelsinmak.

SMELTETABLETTER 10 mg og 15 mg: Hver smeltetablett inneh.: Aripiprazol. 10 mg, resp. 15 mg, aspartam. 2 mg, resp. 3 mg, const. q.s. Fargestoff: 10 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).

TABLETTER 5 mg, 10 mg, 15 mg og 30 mg: Hver tablett inneh.: Aripiprazol. 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg et 30 mg, lactos. 67 mg, resp. 62 mg, 57 mg et 187 mg, const. q.s. Fargestoff: 5 mg: Indigorin (E 132). 10 mg og 30 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Behandling av schizofreni. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 10 mg eller 15 mg 1 gang daglig (dvs. 10 eller 15 ml mikstur), med en vedlikeholdsdose på 15 mg 1 gang daglig, uten hensyn til måltider. Aripiprazol er effektivt i doser fra 10-30 mg/dag (dvs. 10-30 ml mikstur/dag). Det er ikke påvist at høyere doser enn en døgndose på 15 mg kan gi bedre effekt, men enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser. Maks. døgndose bør ikke overskride 30 mg. Barn og ungdom <18 år: Ingen erfaring. Preparatet anbefales ikke til denne pasientgruppen. Eldre: Effekt hos pasienter >65 år er ikke fastsatt. Lavere startdose bør vurderes når kliniske faktorer tilsier dette, da denne pasientgruppen er mer sensibel. Nedsatt leverfunksjon: Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør aripiprazol administreres med varsomhet, og maks. døgndose på 30 mg brukes med forsiktighet. Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for aripiprazol eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Ved antipsykotisk behandling kan forbedring av pasientens kliniske tilstand ta fra flere dager til noen uker. Pasienten bør overvåkes nøye i hele perioden. Suicidal adferd er rapportert raskt etter oppstart eller endring av behandling. Nøye overvåking av høyrisikopasienter anbefales. Dosereduksjon eller seponering bør vurderes dersom tegn eller symptomer på tardive dyskinesier oppstår. Symptomene kan forbigående bli svakere eller til og med inntre etter seponering. Ved utvikling av tegn og symptomer på Neuroleptisk malignt syndrom (NMS), f.eks. feber, muskelstivhet, endret mental status, autonom ustabilitet, økt kreatinfosfokinase, myoglobinuri, akutt nyresvikt, eller ved uforklarlig høy feber uten tillegg av andre kliniske manifestasjoner på NMS, skal alle antipsykotika, inkl. aripiprazol, seponeres. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt krampeanfoll eller tilstander assosiert med kramper. Hos eldre pasienter med demens er det rapportert økt dødelighet ved bruk av aripiprazol. Cerebrovaskulære bivirkninger (f.eks. slag, TIA), inkl. dødsfall, har forekommet hos pasienter med psykose relatert til Alzheimers sykdom. Aripiprazol er ikke godkjent for behandling av demensrelatert psykose. Pasienter som behandles med antipsykotiske legemidler, inkl. aripiprazol, bør observeres for symptomer og tegn på hyperglykemi (f.eks. polydipsi, polyuri, polyfagi, svakhet), og pasienter med diabetes mellitus eller risiko for diabetes mellitus bør overvåkes regelmessig for forverret blodsukkerkontroll. Bør ikke tas ved sjelden arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Pasienten bør advares mot å betjene farlige maskiner, inkl. motorkjøretøy, til reaksjonen på preparatet er kjent. **Interaksjoner:** Aripiprazol kan potensielt øke effekten av visse antihypertensiva pga. alfa-1-adrenereceptorantagonisme. Pga. preparatets primære CNS-effekter, bør forsiktighet utvises ved samtidig inntak av alkohol eller andre sentralvirkende legemidler med overlappende bivirkninger som sedasjon. Famotidin reduserer absorpsjonsgraden til aripiprazol, men effekten anses ikke som klinisk relevant. Ved samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. kinidin, fluoksetin, paroksetin) eller CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, itraconazol, HIV-proteasehemmere), bør ordinert aripiprazoldose omtrunt halveres. Når CYP 2D6- eller CYP 3A4-hemmeren seponeres fra kombinasjonsbehandlingen, bør aripiprazoldosen økes igjen. Ved samtidig administrering av potente CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, rifabutin, fenytoin, fenobarbital, primidon, efavirenz, nevirapin, johannesurt), bør aripiprazoldosen dobles. Ved seponering av potente CYP 3A4-induktorer, bør aripiprazoldosen reduseres til anbefalt dose. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ingen dokumentasjon foreligger. Skal ikke brukes ved graviditet med mindre fordelene forventes å oppveie potensiell risiko for fosteret. Pasienten bør rådes til å gi legen beskjed ved graviditet eller planlagt graviditet under behandlingen. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, konstipasjon, dyspepsi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, akatisi, somnolens/sedasjon, tremor, ekstrapyramidale symptomer, inkl. parkinsonisme, dystoni, dyskinesi. Psykiske: Insomnia, rastløshet. Syn: Sløret syn. Øvrige: Asteni/trethet. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Takykardi, ortostatisk hypotensjon. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Økt spyttsekresjon, pankreatitt. Muskel-skjelettsystemet: Stivhet, myalgi, rabdomyolyse. Neurologiske: Taleforstyrrelse. Psykiske: Nervøsitet, uro. Sirkulatoriske: Synkope. Urogenitale: Priapisme. Øvrige: Allergisk reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon, angioødem, kloe, urticaria), brystmerter, temperaturreguleringsforstyrrelser (f.eks. hypotermi, pyreksi). Selvmordsforsøk, selvmordstanker og gjennomført selvmord er rapportert. Laboratorieverdier: Økning i kreatinfosfokinase, ALAT, ASAT, gammaglutamyltransferase. Kjente bivirkninger assosiert med antipsykotisk terapi, inkl. NMS, tardiv dyskinesi, kramper, cerebrovaskulære bivirkninger og økt dødelighet hos eldre demenspasienter, hyperglykemi og diabetes mellitus, kan også forekomme. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er sett i doser beregnet på opp til 1080 mg uten dødsfall. Symptomer: Bl.a. kvalme, oppkast, asteni, diaré og søvnighet. Symptomer ved overdosering opp til 1260 mg: Letargi, forhøyet blodtrykk, søvnighet, takykardi og oppkast. Potensielt alvorlige symptomer, f.eks. ekstrapyramidale symptomer og forbigående bevisstløshet, har forekommet ved overdosering hos barn. Behandling: Overdosebehandling bør fokusere på støttende behandling, opprettholdelse av frie luftveier, oksygenering og ventilering samt behandling av symptomer. Muligheten for innvirkning av flere legemidler bør vurderes. Kardiovaskulær overvåking, inkl. kontinuerlig EKG-overvåking for å oppdage mulig arytmi, bør startes omgående. Kull kan være effektivt ved behandling av overdose. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. **Egenskaper:** Klassifisering: Antipsykotikum. Virkningsmekanisme: Det er antydnet at aripiprazols effekt ved schizofreni er mediert via en kombinasjon av partiell agonisme for dopamin D2- og serotonin 5HT1A-reseptorer og antagonisme for serotonin 5HT2-reseptorer. Preparatet viser i dyremodeller antagonistiske egenskaper av dopaminerg hyperaktivitet og agonistiske egenskaper av dopaminerg hypoaktivitet. In vitro høy bindingsaffinitet til dopamin D2- og D3-, serotonin 5HT1A- og 5HT2A-reseptorer og moderat affinitet til dopamin D4-, serotonin 5HT2c- og 5HT7-, 1-adrenerge- og histamin H1-reseptorer. Moderat bindingsaffinitet til serotoninreopptaksseter, men ingen nevneverdig affinitet til muskarinreseptorer. Interaksjoner med andre reseptorer enn undertyper av dopamin- og serotoninreseptorer kan forklare noen av de øvrige kliniske effekter. Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon 3-5 timer etter dosering. Absolutt biotilgjengelighet 87%. Farmakokinetikken påvirkes ikke av fettholdig måltid. Proteinbinding: >99%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Distribusjonsvolum: 4,9 liter/kg. Halveringstid: Ca. 75 timer. Ved dårlig CYP 2D6-metabolisering, ca. 146 timer. Metabolisme: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 og CYP 2D6 ved dehydrogenering og hydroksylering, via CYP 3A4 ved N-dealkylering. Utskillelse: Ca. 60% via fæces, ca. 27% via urin. **Pakninger og priser:** Mikstur: 150 ml 1 518,60. Smeltetabletter: 10 mg: Enpac: 28 stk. 1 206,70. 15 mg: Enpac: 28 stk. 1 206,70. Tabletter: 5 mg: Enpac: 14 stk. 620,50, 28 stk. 1206,70, 56 stk. 2 379,00. 10 mg: Enpac: 14 stk. 620,50, 56 stk. 2 379,00. 15 mg: Enpac: 28 stk. 1 206,70, 56 stk. 2 379,00. 30 mg: Enpac: 56 stk. 4 560,00 T: 18a).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra en slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: 23.10.2006



Bristol-Myers Squibb

Veritasveien 26, Postboks 464, N-1323 Høvik
Tlf.: +47 67 55 53 50, Fax: +47 67 55 53 52, www.b-ms.no

Marie Aakre om menneskeverd og bioteknologi

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 59 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Når oppstår menneskeverdet?



Illustrasjon: Samfoto

Hva skjer med respekten for liv i et stadig mer teknologifisert samfunn?

Vi er både takknemlige for, og stolte av fremskrittet. Det har bidratt til at vi i helsetjenesten aldri har kunnet hjelpe så mange på en så god måte som nå. Men teknologiske fremskritt skjer så fort at etikken blir hengende etter, og dilemmaene stadig mer komplekse.

Når grenser flyttes

I disse bio-tider kjenner jeg det på nytt: Ubehag, utrygghet, litenhet og begrenset tillit til min egen og andres evne til å forvalte et stadig større mandat på et komplekst område. Er forslaget til lov om bioteknologi kun en forsiktig justering av eksisterende praksis, eller er vi i ferd med å rokke ved historiske etiske merkesteiner? Jeg fristes ofte til taushet rett og slett fordi jeg synes temaet er for komplisert. Det finnes ikke enkle svar eller optimale løsninger, det er jo derfor dette er så vanskelig, men samtidig så viktig, å løfte frem.

I Bioteknologilovens formålsparagraf står det blant annet:

«... sikre at medisinsk bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle».

I møte med lovforslaget berøres den viktigste måleenheten i etisk arbeid, det ukrenkelige menneskeverdet. Dette er kjernen i sykepleiens profesjonsetikk der det heter; *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten*

SORTERING: Antall aborter på grunn av avvik øker hvert år. Foto: Morten Løberg/Samfoto

Når mennesket blir et middel, ikke et mål i seg selv, hva risikerer vi da?

for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet.

Høringsuttalelsene til lovforlaget viser at det spirende liv er tatt med i betraktningen av noen, men mange unnlater å kommentere menneskeverdsdilemmaet i sine svar.

Det syke fosteret og det syke barnet har lik grad av menneskeverd som alle andre, eller har det ikke det? Beskytter loven det befruktete egg i tilfredsstillende grad? Hvilken moralsk status har det befruktete egg?

Det er vel dette som settes «på prøve» når vi nå skal vedta ny lov.

Mennesket som middel

Når mennesket blir et middel, ikke et mål i seg selv, hva risikerer vi da? Hva skjer med barnets egenverd og autonomi? Hva kan bli konsekvensene når et barn primært er til som gevinst for sin søster eller bror?

Vevstyping gjør noe med et egg. Usikkerheten om hvor vidt embryobiopsi kan gi langtidsvirkninger for barnet bør mane til forsiktighet. Jeg er skeptisk til at vi åpner opp for å velge egenskaper hos nye barn, altså at vi sorterer befruktete egg. Restriksjonene som er lagt inn i lovforlaget er gode, men jeg tror de raskt vil bli utfordret av press om tilsvarende gentesting av embryo og jakt på donorsøsken ved andre sykdommer.

Å sortere ufødt liv er noe nytt for oss. Mehmed-saken i 2004 fikk snøballen til å rulle, men hva har skjedd etter dette?

Nytt forskningsprosjekt

Professor Jan Helge Solbakk ønsker nå i et nytt forskningsprosjekt å gjennomgå de 50 sakene som er behandlet av Disposasjons- og klagenemda etter 2004. Han sier i Vårt Land 9. februar at fire av sakene gjelder par som ville ha hjelp til å lage donorsøsken, de andre ville ha hjelp til å unngå å få et barn med en arvelig sykdom. Nemda har avvist fem av sakene. I jakten på ny kunnskap ønsker prosjektet å besvare følgende spørsmål: Hva skjedde med de parene som fikk lov til å lage donorsøsken? Hvor mange egg ble hentet ut i hvert tilfelle? Hvor mange ble befruktet, hvor mange ble satt inn i en livmor, hvor mange er lagret eller kastet, hvor mange forsøk ble gitt til hver kvinne, hvor mange har oppnådd graviditet, hvor mange barn har det blitt? De vil også vite mest mulig om hvordan kvinnene og parene har opplevd tilbudet og sist, men ikke minst, få et bilde av de etiske kostnadene ved behandlingen.

Det er stort behov for mer forskning, ikke minst på dette etiske feltet. Vi vet ikke nok til å ivareta det nye, men tar oss ikke tid til å lære før ny lov vedtas.



MÅNEDENS DILEMMA

Er det etisk forsvarlig å fjerne et foster på grunn av avvik?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

Jeg frykter at vi forenkler og har mange blinde flekker i våre konsekvensbetraktninger. Det er ikke «in» å bremse utviklingen, og forsøk på å dempe grad av hast med ulike typer argumenter blir lett avvist.

Etter planen vil loven bli vedtatt før resultatene av ny forskning foreligger.

Prioritering

Saken berører også ressursforvaltning og etiske dilemmaer knyttet til kommersiell satsning og prioritering. Ressursperspektivet bør veie tungt i en tid med stor lidelse for mange, både nasjonalt og internasjonalt, og store uløste oppgaver med å styrke menneskets verdighet. Bioteknologi er et nytt og spennende felt som krever og får store ressurser. Det er fristende og motiverende å være i front. Selv om flere av disse nye kliniske tilbud ikke er inkludert i «rett til nødvendig helsehjelp» vil store ressurser kunne gå til ganske få pasienter på bekostning av andre kronisk syke og lidende med lav status og forskningsinteresse.

Vi bor i et land der det bør være plass til alle, men mange frykter sorteringssamfunnet. Tema sortering er ikke av ny dato. Avvik er ikke ønsket, sier professor Anne Eskild i Aftenposten 14. februar. Gradvis har politiske beslutninger favorisert

barn uten avvik. I 2005 var det 243 fostre med avvik som ble abortert, og antallene øker for hvert år. Den sosiale seleksjon til abort er lite studert og kjent. Anne Eskild spør om det ikke bare er medisinsk teknologi, men også trygdeordningene og abortlovgivningen som til sammen er effektive virkemidler for å sortere bort avvik. De store etiske og samfunnsmessige spørsmål blir overlatt til enkeltindividets autonomi, mennesker som i mange tilfeller ikke har noe reelt valg innenfor de samfunnskapte rammer som blir gitt dem.

Helsetjenesten skal tjene livet og det enkelte menneskes ukrenkelige verdi så langt vi kan. Hvis denne målesnoren mister sin gyldighet blir mange menneskers verdighet truet.

- Hvilke dilemma er du opptatt av knyttet til ny lov om bioteknologi?
- På hvilke områder vil ny lov berøre sykepleiepraksis?
- Har dere tatt opp temaet til refleksjon der du arbeider?

Aktiv fukting best?

Svar til artikkel i Sykepleien 01/07 «La filteret under lupen. Fra tilfeldighet til system». Artikkelen er et eksempel på evidensbasert, EB, praksis. La meg først presisere at EB praksis er bra. Å ha dokumenterte prosedyrer og rutiner gir trykkgheit. Men EB praksis må også kombineres med klinisk erfaring og egne kritiske funderinger, som ikke alltid kan understøttes av undersøkelser og litteratur alene.

Artikkelen illustrerer dette ganske bra. Som det kommer frem er det ingen vesentlig forskjell i forekomsten av Ventilator-assosiert pneumoni, VAP, om inspirasjonsluften fuktes med aktiv fukting, heated humidifying system - HH, eller fuktefilter, heat and moisture exchanger - HME. Dette viser også flere andre undersøkelser (1, 2, 3). Forskjell i forekomsten av tubeokklusjon var minimal. Filter er mye billigere i bruk og er også lettere å håndtere enn aktiv fukting. Det er derfor naturlig å kunne konkludere med og anbefale fuktefilter. Men i en artikkel av Pruitt et al (4) vises det til The American As-

sociation for Respiratory Care og the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) som begge i sine guidelines blant annet sier at HME-filtre ikke er klart anbefalt i forhold til HH.

Men det er kanskje ikke så enkelt likevel, og forfatterne gjør også viktige betraktninger i avsnittet «Indikasjoner for aktiv fukting». I de fleste undersøkelsene det er referert til er mange pasientgrupper ekskludert. Særlig er det pasienter med KOLS og astma samt pasienter med mye ekspektorat, lungeødem, økt døddrom, inhalasjonsskader med mer. Mange av disse pasientene kommer også til sykehuset med infeksjoner som ikke alltid blir bakteriologisk bestemt med en gang. Dette er pasienter som står for en vesentlig del av respiratordøgnene i en vanlig intensivavdeling. For å illustrere det kan nevnes at ved min arbeidsplass, en generell intensivavdeling, hadde en i 2006 i alt 1465 respiratordøgn. Av disse ble medisinske pasienter, hvorav mer enn 80 prosent hadde forverring av sin KOLS/Astma, behandlet med 869 respiratordøgn og hadde

en gjennomsnittlig respiratortid på 8.28 døgn. I tillegg hadde mange av de andre pasientene også alvorlige lungelidelser før innleggelse i sykehus (gjennomsnitt NEMS score 34,7 og SAPS II 48,8).

I en av referansene, Memish et al.(5), er pasientene soldater i kongens garde, Saudi Arabia, og deres familier. Et materiale med flest «friske pasienter». Bruk av fuktefilter kommer selvsagt godt ut. Lacherade J-C et al (1) viser til samme resultat i en meget stor randomisert studie. Det er interessant å se at i denne studien skilte pasientene med bruk av HH seg en del ut i forhold til de hvor en benyttet HME. De hadde mer bruk av muskelrelaksantia, høyere PEEP og O2 og de hadde en klart høyere reintubasjons-frekvens. I tillegg fikk flere steroider, flere måtte bytte antibiotika under behandlingen og flere ble bronkoskopert. De var høyst sannsynlig sykere. Kanskje hadde flere fått VAP med bruk av HME?

I mange av artiklene om VAP og bruk av HH eller HME kommer det ikke frem hvilke rutiner de har for å forhindre VAP. For eksempel ruti-

ner for skifte av respiratorslanger, bruk av inhalasjonskammere eller doseinhalatorer, bruk av åpne eller lukkede sug, lokaler og bemanning, munnstell, mobilisering av ekspektorat, leieendring og så videre. I en del artikler blir pasienter som bruker HME koblet til HH etter noen dager. Hvorfor gjøres det når HME skal være like bra?

Dette er eksempler på hvordan bruk av EB litteratur ofte ikke kan gi et entydig og eksakt svar. Det er sjelden fasitsvar på det vi gjør, men litteraturen gir selvsagt gode indikasjoner på hva som kan være riktig. Gjennom kritisk tenkning, gjennomgang av egen praksis og litteratursøk får en ny kunnskap og kan endre adferd og rutiner.

De største pasientgruppene ved min arbeidsplass, som tidligere nevnt, representerer i stor grad de pasientene som i artikkelens referanser er ekskludert. Vi ble for mange år siden overbevist, med mye tvil, om HME-filtres foretrekkelighet. Kostnadseffektivt, arbeidsbesparende, god fukting og varming og så videre. Det vi så (ville se?), var seigere ekspektorat som var vanskelig å mobilisere. På tross av klar rutine om ikke å skylle eller dryppe NaCl 0.9 % i tuben ble dette gjort av mange. Det ble også gitt inhalasjoner med NaCl 0,9 % for å øke fuktigheten i pasientens luftveier, hvilket ikke var så galt tenkt. Etter noe tid, 2-3 måneder, ble HME erstattet med HH hos de pasientene hvor ekspektoratet var vanskelig å mobilisere. Etter ca et år fra start med HME ble rutinen at dette bare brukes til pasienter med forventet respiratortid mindre enn 18 timer. Alle andre pasienter får aktiv fukting. Aktiv fukting brukes også ved mer enn 15 minutter maskebehandling. Vi har derfor tatt konsekvensen av EB litteratur og klinisk erfaring; aktiv fukting til folket.

Selv om VAP er en meget vanlig og svært alvorlig komplikasjon, varierer forekomsten på mellom 9-27 % hos alle intuberte pasienter (6). Bruk av fukting og oppvarming av inspirasjonsluften må ikke

Faksimile fra Sykepleien nr. 1/2007



La filteret under lupen

ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS: Aud-Iren Tøresen (liggende på bildet) illustrer pasient med behov for respiratorbehandling. Kirsti Tøien (t.v.) og Sissel Breilid har studert oppdatert og tilgjengelig forskning for å se om filteret de viser frem er god standard rutine.

Subjektiv vurdering: I 2002 dannet intensivavdelingen på Ullevål flere grupper for å utvikle evidensbasert praksis. Fra 2003 tok en gruppe på sju for seg fukting hos respiratorpasienter. Rutinen på avdelingen var å bruke et fuktefilter eller and-moisture exchanger, HME-filtre, i spesielle tilfeller aktiv fukter med oppvarmet vann.

Det er lettere som forordrer aktiv fukting, ofte på initiativ fra sykepleie. Vi opplevde at det i en subjektiv vurdering bak om dette

ble tatt opp med lege eller ikke, sier de tre intensivsykepleierne.

Kanskje var det slik at aktiv fukting var mer effektivt enn fuktefilter, og burde være standard rutine?

Angår alle

Vi vil se på noe som angikk hele avdelingen, sier forsknings-sykepleier Kirsti Tøien.

Sammen med Sissel Breilid og Aud-Iren Tøresen har hun deltatt i gruppearbeidet hele veien fra til en konklusjon.

Arbeidet var nesten avsluttet for ett år siden, men da de fant en ny metaanalyse som ikke var kommet med i det første skrevet, trenger de lenger tid.

→ *Hva skulle dere for dere lenger?*

«Jeg tvilte aldri fukting var best, sier Kirsti Tøien.

«Om hun fikk rett? Det kan du finne et artikkel hos Sissel Breilid, Aud-Iren Tøresen og Kirsti Tøien har skrevet på de neste sidene.

Fag i utvikling

Sissel Breilid
Member of Clinical Nursing Research Committee
 Kirurgisk intensiv, medisiniserte intensiv, Østlandsregionen

Aud-Iren Tøresen
Member of Clinical Nursing Research Committee
 Kirurgisk intensiv, medisiniserte intensiv, Østlandsregionen

Kirsti Tøien
Member of Clinical Nursing Research Committee
 Kirurgisk intensiv, medisiniserte intensiv, Østlandsregionen

Er aktiv fukting mer effektiv enn HME-filtre i forebygging av pneumoni og tubeokklusjon hos intensivpasienten som er under respiratorbehandling?

Les mer og finn litteraturlenker på
www.sykepleien.no

Søkeord: Ventilatorassosiert pneumoni, Tubeokklusjon, HME-filtre, Fuktfilter

Tem: Evidensbasert praksis på 1-2-3

Fra tilfeldighet til system

På intensivavdelingen ved Ullevål sykehus vet de nå hvorfor de gjør som de gjør.

Ventilatorassosiert pneumoni (VAP) er en kjent komplikasjon i intensivavdelingen. VAP er definert som pneumo-nytt lungemikrobesjon som opptrer mer enn 48 timer etter innledning av mekanisk ventilasjon (1,2,3). Ifølge undersøkelser får 9-24 prosent av alle pasienter som er intubert over 48 timer VAP. Dette medfører en økt mortalitet fra 24 prosent til 71 prosent hos pasienter hvor VAP er diagnostisert. Det er beskrevet 4-9 dager økt liggelid (2). Det er vanlig å bruke early-onset VAP, som oppstår i løpet av de første 4 dagene med mekanisk ventilasjon, fra late-onset VAP, som oppstår etter 5 eller flere dager etter oppstart av respiratorbehandling. Late-onset VAP har en dårligere prognose da den oftest skyldes multiresistente organismer (1).

HH eller HME?

Endoracheal intubering medfører et lokalt traume og at de vanlige mekanismene for fukting og varming av inspirasjonsluften ikke fungerer. Dette fører til uttørring av epitel i luftveiene, inflammation og økt risiko for infeksjon. Respiratorbehandling hvor det brukes tørr mekanisk gass forverrer utsikten. Opphopning av seig sekreser med påfølgende bakterieinfeksjon kan føre til atelektase, pneumoni og at endoracheal og trakeostomi-tuber kan gå tette fordi sekreser tørker inn (4).

Fukting av inspirasjonsluften har vist seg å forebygge disse problemene. Dette blir gjort enten med aktiv fukting med oppvarmet vann (heated-water humidifier, HH) eller fuktfilter (heat and moisture exchanger, HME-filtre). Fuktfilter holder tilbake varme og fuktighet fra pasientens ekspirasjonsluft slik at den fukter inspirasjonsluften (1).

Vi ville undersøke om aktiv fukting er mer effektiv enn HME-filtre i forebygging av pneumoni og tubeokklusjon hos intensivpasienten som er under respiratorbehandling.

Metode

Litteratursøk ble gjort i Joanna Briggs Institute, Medline, Ovid, The Cochrane Library, Embase, PubMed og Cinahl. Søkeord var ventilasjon (respiration), mechanical ventilation (respirator behandling), humidification (fuktighet), pneumonia (pneumoni), ventilator associated pneumonia (respiratorassosiert pneumoni), filter, tubeokklusjon (okklusjon), ICU (intensivavdeling) og complications (komplikasjoner). Kriterier for inklusjon av studier var at de var

bare kobles opp mot forekomsten av VAP. Det er også et spørsmål om hvordan en best mulig kan få mobilisert ekspertatet hos pasientene, og her er fukting av inspirasjonsluften meget viktig.

Min kommentar til artikkelen er ingen kritikk eller fellende dom over hva de kom frem til, men snarere en påminnelse om hvor vanskelig det kan være å finne «sannheten». Det at det er så vanskelig gjør faget vårt spennende og utfordrende. Rutiner må revideres. Dette er et stort og viktig arbeid som må prioriteres. Praksis må under «lupen» og diskuteres. Stå på!

Bernt H. Thorsen, ledende spesialsykepleier, anestesivdelingen, postoperativ/intensiv-enheten, Aker US HF

LITTERATUR:

- 1 Lacherade J-C, Auburtin M, Cef C, et al :** Impact of Humidification Systems on Ventilator-associated Pneumonia. A Randomized Multicenter Trial. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 172. Pp 1276-1282. 2005
- 2 Lorente L, Lecuona M, Galvan R, et al.:** Periodically Changing ventilator Circuits Is Not Necessary to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia When a Heat and Moisture Exchanger is Used. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 25 No 12, 1077-1082. 2004
- 3 Branson RD.** The Ventilator Circuit and ventilator-associated Pneumonia. *Respiratory care*, June 2005, Vol 50, no 6, 774-787
- 4 Pruitt B, Jacobs M:** How can you prevent Ventilator-Associated. Best-practice interventions. *Nursing* 2006. Vol 36, Number 2, 36-42.
- 5 Memish Z:** A randomized clinical trial to compare the effects of heat and moisture exchanger with a heated humidifying system on the occurrence rate of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Infect Control* 2001; 29: 301-5.
- 6 Kollef M H:** What Is Ventilator-Associated Pneumonia and Why Is It Important. *Respiratory Care*. June 2005, Vol 50 No 6, 714-724

Verdt å lese:
Respiratory Care. June 2005 Vol 50 No 6 har 12 artikler om VAP. Dette er oversiktsartikler med noe diskusjon etter hver artikkel.

Kommentarer til artikkel om ME

Myalgisk encefalopati (ME) er en somatisk (fysisk) sykdom. At ME er en somatisk sykdom ble slått fast av Verdens helseorganisasjon (WHO) da de inkluderte denne sykdommen under kapitlet om nevrologiske tilstander i 1969. WHO har gjennom sitt internasjonale klassifikasjonssystem for sykdommer (ICD) opprettholdt synet om at ME er en nevrologisk lidelse i 37 år med diagnosekode G93.3. Allikevel har enkelte fagmiljøer forsøkt å få andre til å tro at ME er en psykisk lidelse. Pasienter over hele verden har vært utsatt for enorme lidelser som følge av forsøk på å psykiatrisere sykdommen. Det er en myte at det kun er pasientene selv som hevder at de er fysiske syke eller at foreningen ifølge dr. Vegard Bruun Wyller bare kan "bestille at dette er en fysisk sykdom" (Tidsskriftet Sykepleien 3/07, jfr. Aftenposten 09.06.06). At ME er en fysisk sykdom er ikke bestemt verken av ME-pasienter eller noen pasientforeninger, men av internasjonale ME-eksperter med autoritet og kompetanse på sykdommen. Det finnes en egen legeförening for ME: www.iacfs.net (International Association for Chronic Fatigue Syndrome).

CDC har bekreftet WHO's syn på at ME er en somatisk lidelse. Sentrene for sykdomskontroll og forebygging (CDC) i Atlanta, USA, har slått fast at forskning de siste 15 år viser at ME har en underliggende biologisk patologi. Nedenfor er det sakset enkelte utsagn fra en pressekonferanse i fjor høst: http://www.cdc.gov/about/news/2006_11/cfs.htm <http://www.cdc.gov/od/oc/media/transcripts/t061103.htm?id=36410>

Professor Anthony Komaroff ved Harvard Medical School, en verdensledende ME-ekspert gjennom flere tiår, uttalte følgende:
«Det finnes (uttalige) studier som viser underliggende biologis-

ke avvik ... ved denne sykdommen. Dette er ikke en sykdom folk helt enkelt kan innbille, og det er ikke en psykisk lidelse. Etter mitt skjønn, bør den debatten, som nå har rast i 20 år, være slutt. En hel rekke studier viser at hormonsystemet er forskjellig hos pasienter med ME/CFS enn hos friske mennesker, mennesker med depresjon eller andre sykdommer. Bildetekniske undersøkelser av hjernen har vist inflammasjon, redusert blodgjennomstrømning og svekket cellulær funksjon. Mange studier har vist at immunsystemet synes å være i en kronisk aktivert tilstand, og at gener som kontrollerer aktiveringen av immunsystemet er uttrykt på unormal måte... studier har vist at det sannsynligvis er avvik i energimetabolismen hos ME-/CFS-pasienter... Det finnes svært mange skeptikere som jeg har møtt, men disse har faktisk ikke lest forskningslitteraturen, og vet ikke en gang at det finnes 4.000 fagfelleverderte, publiserte artikler. Jeg tror at dette er den største forklaringen, kombinert med det faktum at de personene som tok standpunkt tidlig om hva de skulle tro, har vært motvillige til å gå tilbake på dette når de står overfor den tilgjengelige dokumentasjonen som de selv ikke har satt seg inn i.»

Dr. William Reeves, sjefen for kroniske sykdommer ved CDC, uttalte følgende:
«Vi har dokumentert ... at graden av invalidisering ved ME/CFS, kan sammenliknes med multippel sklerose, AIDS, sluttstadiet av nyresvikt og kronisk obstruktiv lungesykdom. Alvorlighetsgraden samsvarer med andre velkjente, alvorlige medisinske sykdommer.

Vi fant at ME/CFS følger et mønster med bedring og tilbakefall av symptomer, symptomene kan endres over tid, og at spontan bedring er sjelden. Vi fant at den viktigste utløsende faktoren for ME/CFS var den innledende infeksjonssykdommen. Jo sykere pasienten var da vedkommende først ble infisert, jo mer sannsynlig ble det å få vedvarende kroniske symptomer. Det var ikke alder, kjønn eller psykologiske faktorer som ble påvist som utløsende faktor under dataanalysene.»

Professor Nancy Klimas ved University of Miami som forsker på ME uttalte følgende:

«Jeg har undersøkt pasienter som har vært sinte, frustrerte, prøvd å overbevise sine leger, sine familier, sine venner om at dette er en virkelig sykdom. Jeg har sett andre pasienter som skjuler diagnosen på grunn av stigmaet som er knyttet til den og levd i skjul. Det har vært en mangel på troverdighet når det gjelder denne sykdommen som har vært en av de største hindrene for å gjøre fremgang...det er dokumentert at pasienter med denne sykdommen opplever en invaliditetsgrad på lik linje med de som får kjemoterapi eller har multippel sklerose. Og dette kan gi sykdommen troverdighet som lett kan forstås.»

Eva Stormorken



Faksimile fra Sykepleien nr. 3/2007

Unødvendig sykehjemsetat

Jeg håper Eli Gunhild By får rett når hun sier til Sykepleien 3/07, at faglighet, kvalitet og kompetanse blir høyt vektlagt for den nye sykehjemsetaten i Oslo. Men jeg er redd det er andre ting som har drevet Fremskrittspartiet når det har gått i bresjen for å flytte ansvaret for sykehjemmene fra bydelen til en sentral etat.

Allerede 17 dager etter at etaten ble opprettet fastslo byråd Listhaug (Frp) i Aften, at hun ønsket å privatisere flere av Oslos sykehjem. Gjennom opprettelsen av sykehjemsetaten har hun fått fullmakt til å gjøre dette, uten å måtte gå veien om brysomme bydelsutvalg. Derfor er det grunn til å tro at Sykepleierforbundet i Oslo ikke får viljen sin når de sier at de ikke ønsker flere private sykehjem.

Sykepleierforbundet har vært svært klart i sin melding om at terskelen for å få sykehjems plass i Oslo er for høy og at det er behov for flere ansatte både innen hjemmetjenestene og på sykehjemmene. Dessverre vil ikke dette på noen måte bli bedre fordi det er opprettet en sykehjemsetat. Til det trengs det mer penger til eldreomsorg i bydelene.

Arbeiderpartiet er helt enig med Sykepleierforbundet i at det er

mange ting som må ryddes opp i innen eldreomsorgen i Oslo. Det er behov for opprydding i ansettelsesforhold, eller skal vi si mangel på ansettelsesforhold. Andelen ufaglærte er alt for høy, derfor må det satses på en bedre rekrutteringspolitikk og etter- og videreutdanning av ansatte. Deltidsansatte som ønsker det, må få tilbud om heltid eller økt stillingsandel. Dessuten mener vi at Oslo kommune må bli en arbeidsgiver som oppmuntrer, og ikke truer sine ansatte til å gjøre en god jobb. Det er uholdbart at kommunens øverste ledelse til stadighet er ute og forteller at private gjør en bedre jobb enn de kommunalt ansatte.

Det hadde ikke vært nødvendig å opprette en etat for å gjøre noe med utfordringene innen sykehjemmene i Oslo. Men når etaten er opprettet er utfordringen å sørge for at det er Sykepleierforbundets og ikke Fremskrittspartiets mål for etaten som blir styrende. Jeg ser fram til et fortsatt godt samarbeid med Sykepleierforbundet for å gjøre eldreomsorgen i Oslo bedre, både for eldre og ansatte.

Trond Jensrud
Arbeiderpartiets fraksjonsleder i
Helse- og sosialkomiteen, Oslo



Faksimile Sykepleien nr.3/2007

Feil inntrykk av Sandviken

Det undrer meg at sikkerhetsavdelingen inviterer Sykepleien, med journalist og fotograf, til avdelingen samme dag som den går ut og sier den må skjermes fra media. Er det kun media som stiller kritiske spørsmål den ønsker å skjeme seg fra, og media den kan kontrollere informasjonen til, som fremdeles er hjertelig velkommen?

Det burde tale for seg selv at når en avdeling får krav fra Arbeidstilsynet om å betale 10 000 kroner i dagsbøter, må det ligge noen kritikkverdige forhold bak. Selv har jeg såpass tiltro til både

Arbeidstilsynet og Helsetilsynet at de ikke satt dette kravet ut fra «enkelte episoder». Arbeidstilsynet er ikke kjent for å dele ut dagsbøter i øst og vest. Sikkerhetsavdelingen er den eneste sykehusavdelingen som må betale slike dagsbøter.

Personene som uttaler seg til Sykepleien tilhører ledergruppen. Geir Olsen har vært ansatt i ledergruppen siden 2002. Geir Helge Møller fungerer som assisterende enhetsleder. Disse to har delt på HMS-ansvaret siden stillingen ble opprettet, en stilling de fikk





EEG HJERNEAKTIVITET

1. Penicillin
Når ble penicillin oppdaget?

2. Mer penicillin
Hvem oppdaget det?

3. Bivirkning
Hva er den mest alvorlige bivirkningen av penicillin?

1. 1928
2. Aleksander Fleming
3. Anatolisk sjokk

foran en sykepleier ved avdelingen som har hovedfag i helse, miljø og sikkerhet. Vedkommende sluttet dessverre etter denne forbigåelsen. Verken Olsen eller Møller kan henvise til tilsvarende utdanning på dette nivå. Man kan jo undre seg over hvordan dette skjedde. Etter mitt syn er det litt mange hatter i omløp. Ragnar Urheim har også lenge vært en del av ledergruppen. Man kan jo undres når han uttaler at 2004-2005 har vært de beste årene ved avdelingen, tross tilbakemeldingene fra Arbeidstilsynets undersøkelse. Denne viser blant annet at personale har en høy turnover, høyt sykefravær, mangel på dialog og medbestemmelse og ikke minst sanksjoner i forhold til det å stille seg kritisk til ledelsen. Vitner dette om total ignorering av gjeldende fakta? At ledelsen og personale som jobber i avdelingen har vidt forskjellig opplevelse av virkeligheten? Det kan her være viktig å få fram at personalgruppen er cirka ti ganger større enn ledelsesgruppen.

At personalet ønsker å være anonyme i sine uttalelser, forstår jeg veldig godt. Vi har jo et skrekkelig eksempel på hvordan personalet blir behandlet når de varsler om kritikkverdige forhold i Øyvind Hauge-saken. Det er mange som Hauge i årenes løp, som har blitt utsatt for tilsvarende. Forskjellen er bare at Hauge var den første som våget å varsle om forholdene til media. Andre har gått fra stillingene på en stillere måte. I det siste har det kommet flere fram, og som deltaker på møte med Nesvik og Ellingsen fra Stortinget, er det skremmende å høre enkeltpersoners erfaringer ved avdelingen. Det var cirka 20 av personalet til stede, men like mange kom i ettertid og sa de hadde ønsket å være med. Det er høye tall vi snakker om.

De aller fleste mennesker er lojale mot sin arbeidsplass og sine ledere. Føler man seg ivaretatt, at prosesser skjer etter gjeldende lover og regler, at lederen er åpen

for kritikk og innspill, er det vel få som vil utlevere arbeidsplassen til media på en negativ måte. Fungerer ikke disse enkle kriteriene, får man slike tilstander som nå råder ved sikkerhetsavdelingen. Jeg har selv jobbet som sykepleier ved avdelingen siden 1999, og sett mye i løpet av disse årene. Har også selv fått føle på kroppen hvordan ledelsen ved Sandvikens sykehus, ledelsen ved sikkerhetsavdelingen og informasjonsdirektøren forsøker å tåkelegge hendelser, fordi avdelingen på det tidspunktet ikke «tålte» en ny mediasak. Uttalelsene fra disse personene til media viser at det viktigste er å dekke sin egen rygg, uavhengig av gjeldende fakta i saken, og personale og skadelidende, i dette tilfellet meg, blir ikke nevnt med et ord.

Nå er det bare å vente på resultatene fra siste arbeidsmiljøundersøkelse. Temperaturmåleren lover ikke godt for avdelingen. Så får vi håpe at noen tar fatt i problemene, slik at vi kan få jobbe under forhold som gagnar pasientene. Det er tross alt på grunn av dem at avdelingen eksisterer.

Gunn Andersen, sykepleier ved avdeling for sikkerhet.

Herre over liv og død

I Sykepleien nr 3/2007 skriver Marie Aakre en vakker omtale av behov for mer regelverk for helsearbeid i livets siste fase. Hennes ord: «I gamle dager sa vi at gamle 'tok til sengen og ville ikke ha mat', i dag får de ikke lov til dette. Hvis jeg skriver naturlig død på dødsattesten får jeg den tilbake fordi det ikke står på diagnoselisten.»

Dette opprører meg som nær 80 år gammel, med metastaser, behov for skifte både ett og flere ledd, tinnitus, makula degeneratores m.m. Både jeg og min ektefelle har skrevet under 'Mitt Livs Testamente' noe jeg lærte fra min mor, og noe enhver borger i Norge burde gjøre. Men min troende mor (84) sa til meg for tjuefem år siden: «Vi må gjøre noe med den Hippokratiske ed. Moderne medisin og teknikkens fremskritt gjør at vi blir holdt i live lengre enn Skaperverket beregnet.»

Det er grunnen til at jeg anbefaler at norsk holdning og lov følger en ordning det sveitsiske parlamentet har åpnet for. Den sveitsiske organisasjon Exit har i 25 år både fulgt opp 'Mitt Livs Testamente', noe som ble akseptert som bindende for den sveitsiske

legeforeningens medlemmer i 1996. De av Exits medlemmer som ønsker slik opsjon, kan dessuten få passiv hjelp til verdig avslutning i livets sluttfase. Men pasienten, som må være klar og av to leger konstatert i terminal fase, må selv svelge pillen lagt frem på nattbordet. Etter 25 år og med rundt femti tusen medlemmer, var det i 2006 bare 150 personer som valgte slik siste hjelp, mens 107 medlemmer samme år avgikk ved en naturlig død.

Eksemplet fra Sveits gir den norske legeforening og lovgiverne en utfordring.

Christopher Borchgrevink, Bærum



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

På veggen

GLEDE OG ALVOR: Når du går trappa fra Kruseløkka sykehjem og opp til Marit Hornnes på Palliativ enhet i 2. etasje, kommer du først til kjøkkenet. Der kan det være trangt om plassen.

Der er pasienter, oftest i den siste tiden i livet sitt. Deres pårørende som forsøker å forholde seg til det som ubønnhørlig kommer. Og personalet, som bruker kjøkkenet som vaktrom, skriveplass og samtalerom. På veggen henger et relativt stort bilde som Marit Hornnes (49 år, sykepleier i et års vikariat på avdelingen) ønsker å fortelle om.

– Dette bildet utstråler noe lekent. Se – det er fart i det! Men også samhørighet. Disse jentene holder hverandre på en måte som både uttrykker lek, glede, men også noe alvorlig. De er sammen om det. Akkurat som vi er det, her på avdelingen. Vi er så avhengige av hverandre. Vi gjør hverandre dyktige. Hornnes tror ikke det hadde gått uten humor. Og lurer på hvorfor kunstneren har latt ansiktene være «tomme».

– Kunst må inneholde en «hemmelighet». Noe du ikke umiddelbart kan tolke, men som får deg til å undre. Ligger alvoret i dette bildet i at vi ikke kan se ansiktene? At, selv om man er sammen om det, så kan man av og til føle seg litt hjelpesløs og alene i denne jobben?

KUNSTNER: ANNE SOFIE KLAVESTAD

TITTEL: «SLÅ PÅ RING»

KULLTEGNING

HENGER PÅ KRUSELØKKA PALLIATIV ENHET, SARPSBORG

Er du spesielt glad i kunst på jobben din? Er det noe som gjør deg forarget? Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. barth.tholens@sykepleien.no





Foto: Erik M. Sundt

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF
E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Takt eller utakt?

NSF Skiløst
Kjennetegn på skiløst er å være i god form og ha god teknikk. Det er viktig å ha god teknikk og god form. Det er viktig å ha god teknikk og god form. Det er viktig å ha god teknikk og god form.

Studienkomiteet
Den norske skiløstforbundet (NSF) ønsker å utvide medlemsskara og gjøre skiløst til en mer attraktiv aktivitet. Dette vil gjøres ved å tilby kurs og utrustning til medlemmene.

Lønn
Medlemslønna for en fulltidstjenestemann innen helsevesen er 200 000 kroner. Det gir et gjennomsnitt på 10 000 kroner per år. Dette er en god lønn for en fulltidstjenestemann.

NSF-REVISJON:
Fram mot NSFs landsmøte i november 2007 vil Sykepleieren bli en større leverer av informasjon til medlemmene. Vi vil sette søkelys på NSF i prioriteringer, organisasjonsforhold, økonomisk og medlemservice.

Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

NSF og en ny generasjon sykepleiere er forsvunnet.

SANT? Medlemmene vil gjerne vite hva som rører seg i NSF, mener Slaatten.
Men hun er i tvil om Sykepleien fanget det opp i første artikkel i revisjonsserien.

Faksimile fra nr 3/07.

Nye krav fra en ny generasjon

Kommende og nyutdannede sykepleiere søker til Norsk Sykepleierforbund. De er fornøyd med å være «hjemme», men svært misfornøyd med «moderners» taktling av de store omstillingene i helsevesenet.

I mange land har man fått en ny generasjon sykepleiere som er svært fornøyd med å være «hjemme», men svært misfornøyd med «moderners» taktling av de store omstillingene i helsevesenet. Dette er ikke tilfeldig for Norsk Sykepleierforbund (NSF). Mange av de nye medlemmene har høyt utdanning og er svært fornøyd med å være «hjemme», men svært misfornøyd med «moderners» taktling av de store omstillingene i helsevesenet.

Organisasjon for kvinner? Den norske sykepleierforening er en kvinneforening. Og det er det som er viktig. Dette er ikke tilfeldig for Norsk Sykepleierforbund (NSF). Mange av de nye medlemmene har høyt utdanning og er svært fornøyd med å være «hjemme», men svært misfornøyd med «moderners» taktling av de store omstillingene i helsevesenet.

utfordrer og setter helsepolitisk dagsorden, og som er en tydelig samfunnsaktør med sterke og klare meninger lokalt og sentralt. Som organisasjon må vi til en hver tid kunne svare på de behov som springer ut av kollektive hensyn, samtidig som vi må tilstrebe «skreddersøm» og dekning av individuelle behov.

Det er en utfordring vi kontinuerlig arbeider med. Samtidig forventer vi at våre medlemmer tar ansvar for å holde seg informert og oppdatert. I dagens informasjonssamfunn holder det ikke å vente på at noen skal fortelle deg hva som skjer. Du må selv innhente de opplysningene du har bruk for og nytte av. På våre nettsider sykepleierforbundet.no finnes det oppdatert stoff om saker NSF jobber med, og som vi oppfordrer våre medlemmer til å oppdatere seg på.

Både jeg og andre i NSF har selv sagt et inntrykk og en oppfatning av hvor skoen trykker, hva som fungerer og hva som bør endres. Men individuell «synsing» er ikke nok. Derfor lar vi eksterne byrå jevnlig foreta representative medlemsundersøkelser. Det gir oss en nyttig pekepinn på medlemmenes holdninger og oppfatninger om ulike saker. Blant annet vet vi at selv om ni av ti medlemmer er fornøyd med informasjonen fra NSF, så kan vi bli både tydeligere og klarere.

Medlemmene er vår viktigste ressurs, og god medlemspleie må skapes og utvikles på et så solid og etterprøvbart grunnlag som overhodet mulig. Før jul engasjerte vi derfor TNS Gallup til å sette i gang en bred og omfattende kartlegging av hvilke forventninger dagens og morgendagens medlemmer har til NSF. Jeg er spent på resultatet som vil foreligge i løpet av høsten. Det vil forhåpentligvis gi oss et enda bedre og sikrere verktøy for å finne ut hvem våre medlemmer er, og hva de ønsker seg av organisasjonen i dag og i fremtiden.

Er NSF i takt med tiden? Dette var tema i forrige nummer av Sykepleien. Det er prisverdig at bladet fokuserer på medlemmenes forventninger til NSF. Hovedspørsmålet er likevel om informasjonssinnhenting og metoden som ligger til grunn for artikkelen er representativ nok til å avdekke hvem den nye generasjon sykepleiere er, og hvilke forventninger de reelt sett har. Det er jeg i tvil om.

I en medlemsmasse på over 80 000 sykepleiere, er det å svare på medlemmenes behov langt mer kompleks og sammensatt enn det som fremgår av artikkelen, rett og slett fordi medlemmenes behov for å stå tilsluttet organisasjonen varierer. Noen er fornøyd med det sikkerhetsnettet medlemskapet gir, andre ønsker seg en tøff, pågående og aktiv organisasjon som forhandler opp lønna, som

Jakten på sykepleierne i gang

Nå kan autoriserte sykepleiere bli legemiddelkonsulenter uten å ta fagdelen av det såkalte registreringskurset. Dermed slipper de et tre til fire måneders fulltidsstudium som koster ca. 38 000 kroner. Ved å anerkjenne sykepleierens legemiddelkompetanse på denne måte, viser legemiddelindustrien vilje til å kaste seg inn i kampen om sykepleierens arbeidskraft. Det bør få noen bjeller til å ringe hos arbeidsgivere i kommuner og sykehus. Hvorfor skal sykepleierne være trofaste mot virksomheter som utmerker seg med å tilby

deltidsarbeid, midlertidige ansettelser, belastende arbeidstidsordninger, lav lønn og arbeidsforhold som øker sannsynligheten for å bli oftere sykemeldt og tidligere ufør? Mange vil garantert finne det mer attraktivt å bruke utdannelsen og kunnskapen i sammenhenger der både arbeidsforhold og arbeidsbetingelser er bedre. For at pasientene i helsetjenesten skal få tilgang på den kompetansen de trenger, må arbeidsgiverne i offentlig sektor skjerpe innsatsen for å skape mer attraktive arbeidsplasser for sykepleierne!

Bente G. H. Slaatten



På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt, og les mer.

Skift/turnus i Stortinget

Mandag 5. mars møter de fire hovedorganisasjonene for arbeidstakere Stortingets arbeids- og sosialkomité.

I møtet vil arbeidstakerorganisasjonene legge fram synspunkter som begrunner hvorfor tredelt turnus og helkontinuerlige skiftordninger må likestilles. Fortsatt jobber sykepleiere i tredelt turnus omtrent to arbeidsuker mer i året enn for eksempel industriansatte i helkontinuerlige skiftordninger.

Denne forskjellen er i strid med lov om likestilling, men likevel har forskjellsbehandlingen bestått gjennom både Bondevik- og Stoltenberg-regjeringens endringer i arbeidsmiljøloven.

I Soria Moria-erklæringen lover Stoltenberg-regjeringen å likestille skift og turnus i samarbeid med partene i arbeidslivet, noe som hittil ikke har ført fram.

Arbeidsgivere tåkelegger

Bakgrunnen for møtet er utspill fra NHO, Navo og Kommunenes

Sentralforbund (KS). Arbeidsgiverne mener at sykepleiere og andre i tredelt turnus ikke har like mange arbeidstimer om natten, og derfor ikke kan likestilles.

Videre har arbeidsgiverne foretatt beregninger av kostnadene ved likestilling på et sviktende grunnlag, noe som bare er egnet til å utsette en kommende beslutning om likestilling av hensyn til frykt for en stor kostnads-side. Det er uansett uholdbart at denne kostnaden skal veltes over på den enkelte arbeidstaker som urettmessig står i for belastende arbeidstidsordninger.

Det sentrale poenget med hensyn til likestilling er hvorvidt arbeidstidsordningene kan vurderes som like belastende, noe som betyr at man skal vurdere også andre faktorer enn timeantallet.

Helsemessig belastning

Et vesentlig poeng må være å vurdere de helsemessige effektene av skift og turnusarbeid. Kort hviletid eller springskift samt ubiologiske skift (vaktbytte mot klokken) er blant faktorene som må drøftes i denne sammenhengen.

Hensikten med møtet er å gå nærmere inn på begrunnelsen for at alle arbeidstakerorganisasjonene står samlet om forslaget til lovendring som NSF opprinnelig har formulert.

Mer informasjon fra møtet blir publisert på NSF's nettsider.

Ring billig med NSF's NetCom-avtale

Norsk Sykepleierforbund har inngått avtale med NetCom. Den gir NSF-medlemmer en årlig rabatt, fordelt på månedlige fradrag på telefonregningen.

Hvis du velger å binde deg for 12 måneder, kan du i tillegg velge mellom en rabattert telefon eller kr 1 200,-/600,- i fri ringetid ved valg av Aktiv Talk/Young Talk. For deg som ønsker lav ringepris, men ikke ny telefon, er Smart Talk også et alternativ.

NetCom tilbyr Trådløs Familie, der familiemedlemmer kan ringe og sende SMS gratis til hverandre.

Det er opprettet egen NetCom nettbutikk for NSF-medlemmer. Lenke til nettbutikken finner du på NSF's nettsider: <http://www.sykepleierforbundet.no/telefon-avtale>

Der finner du gode tilbud på mobiltelefoner og mer informasjon om abonnementene.

OBS: Tilbudet fra NetCom gjelder også deg som allerede er NetCom-kunde!

Medbestemmelse i Helse Sør-Øst

De ansattes medbestemmelsesrett er nå avtalesfestet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og en rekke arbeidstakerorganisasjoner, deriblant Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Avtalen skal ivareta både departementets behov for en effektiv prosess og de ansattes behov for forutsigbarhet og trygghet. NSF representerer Unio i en departementalt nedsatt arbeidsgruppe.

Unio representert ved NSF får støtte tilsvarende 20 månedsværk for å delta i medvirkning og tilrettelegging i omstillingsprosessen.

Interimsorganisasjon

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert en interimsorganisasjon som forbereder etablering

og overgang til nytt regionalt helseforetak. Arbeidstakerorganisasjonene utpeker ansatterepresentanter i styret og varamedlemmer til det nye foretaket inntil det kan foretas valg.

Informasjon til ansatte

Ifølge avtalen har Helse- og omsorgsdepartementet et overordnet og spesielt ansvar for at det blir informert så tidlig som mulig i saker som har stor betydning.

I tillegg vil NSF legge ut informasjon på våre nettsider: www.sykepleierforbundet.no

Reagerer på rosemailing

Evalueringen av sykehusreformen viser at foretakene har store arbeidsmiljøproblemer. Jeg reagerer sterkt når helseministeren ensidig fokuserer på at effektivitet og produktivitet er bedret, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i NSF.

Tror på anonym varsling

Tre av fire sykepleiere mener anonym varsling vil føre til at avvik rapporteres oftere. – Debatten om anonym varsling av feil og andre uønskede hendelser presser seg fram, sier forbundsleder i NSF, Bente G. H. Slaatten.

– Betimelig pensjonsbrudd

Jeg håper bruddet i forhandlingene bidrar til å sikre et bærekraftig og bredt forlik om nytt pensjonssystem, sier forbundsleder Slaatten i NSF. Opptjening av pensjonspoeng under studier må bli et sentralt tema.

– Forventer mer ernæringsfokus i sykehjem

Sosial- og helsedirektoratet skal kartlegge mattilbud, kosthold og ernæring i sykehjem.

Jeg håper dette bidrar til nok bemanning med riktig kompetanse slik at pasientene får tilrettelagt mat og måltider, sier forbundslederen i NSF.

Bedre sikring av skikkethet

Det ser nå ut til at søkere til sykepleierutdanningen må levere begrenset politiattest. – Dette er et viktig skritt i riktig retning, og i tråd med innspill NSF har gitt departementet, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Krever bedre styring

Helseministerens oppdragsdokument til helseforetakene må inneholde konkrete krav og målsettinger for deltid, sykefravær og arbeidsmiljøtiltak, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten etter møte med ministeren 8. februar.

Vesnsmoen tuberkulosesanatorium ble nedlagt i 1966 etter femti års drift.

Lite samfunn i storsamfunnet

I 1900 vedtok Stortinget Lov angående særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme. Loven åpnet for at tuberkuløse kunne isoleres i sykehus og sanatorier ved tvang. Dette var et radikalt vedtak. Tidligere var det bare spedalske som kunne tvangsisoleres.

Loven førte til en storstilt bygging av sanatorier og tuberkulosehjem i offentlig regi - folkesanatoriene. Det første norske statlige sanatorium var Lyster Sanatorium i Sogn, som åpnet 1902. Sanatoriene spilte en viktig rolle i behandlingen av tuberkulose, særlig som formidlere av kunnskap om sykdommen, om smitte og om et sunnere levesett.

Men en innleggelse innebar også at man ikke lenger var herre over

eget liv. Hverdagen ble styrt av autoriteter og reglement. Sanatorielivet fulgte en streng timeplan og besto blant annet av mange timers liggekur ute på verandaer, sommer som vinter. Fra man sto opp om morgenen til man la seg om kvelden, fulgte pasientene en timetabell som kunne være inndelt i både halvtimer og kvarter. Behandlingen tok i gjennomsnitt fem til seks måneder.

Vesnsmoen sanatorium i Nordland sto ferdig i 1916. Det var bygget i samsvar med det som var ideologi og praksis i europeisk behandling av denne sykdommen i første halvdel av 1900-tallet. Anlegget var sammensatt av fløyer, der hver del har sin egen funksjon, størrelse/høyde, og sitt eget tak.



TUBERKULOSE: På slutten av 1800-tallet var tuberkulose - «den hvite pest» - den sykdommen som tok livet av flest mennesker i den vestlige verden. Vesnsmoen ble bygd i 1916 som tuberkulosesanatorium for hele Nord-Norge. Foto: Sverre A. Børretzen / Scanpix

Nærmest hovedbygningen var det en enetasjes lang sykepaviljong med pasientrom, og aller ytterst på hver ende av anlegget en lang enetasjes delvis åpen liggehall. Selv om årsaken til tuberkulose ble oppdaget av legen Robert Koch allerede i 1882, tok det mange tiår før vaksine og medisiner mot sykdommen ble tilgjengelig. Først utover på 1950- og 60-tallet kom det flere typer medisiner. Ved hjelp

av disse klarte man i hovedsak å få kontroll med sykdommen i den vestlige verden.

På verdensbasis er utfordringene fortsatt store. Hvert år dør mellom to og tre millioner mennesker av tuberkulose. Det er den enkelet-infeksjonen som tar livet av flest mennesker.

tekst Bjørn Arild Østby

Helse Sør + Helse Øst

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert interimorganisasjonen som skal forberede sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.

Fra Helse Sør RHF vil arbeidet ledes av viseadministrerende direktør **Atle Brynestad**. Han har tidligere blant annet vært konserndirektør i Norway Seafoods ASA, direktør i Helsedepartementet og administrerende direktør i Sykehuspartner. Fra 2005 har Brynestad vært viseadministrerende direktør i Helse Sør RHF. Fra Helse Øst RHF vil arbeidet ledes av viseadministrerende

direktør **Steinar Marthinsen**. Han er siviløkonom og har vært ansatt i Helse Øst RHF fra 1. april 2003. Marthinsen er styreleder for Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Asker og Bærum HF og Norsk Helsennett AS.

Akuttpsykiatripris

Under Nasjonalt Forum for Akuttpsykiatri sin nasjonale konferanse ble årets Akuttpsykiatripris tildelt psykologspesialist **Arne Repål** og psykiater **Helge Øi** ved Psykatrien i Vestfold. Prisen tildeles for fremragende klinisk arbeid og faglig lederskap i en krevende utviklings- og omstillingsprosess.

Opp av godstolen

– Å få det norske folk opp av godstolen og mer i bevegelse var en viktig målsetting for oss da vi startet kampanjen «Hvert skritt teller». Det tror jeg vi har lykkes bra med, sa generalsekretær i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke **Finn Grønseth** da han mottok Aktivitetsprisen fra helseminister Sylvia Brustad. Grønseth oppfordret samtidig arbeidsgiverorganisasjonene til å sørge for at alle ansatte får fri en time i uka til fysisk aktivitet i arbeidstiden.

– Dette handler om alt fra å oppfordre til å gå en tur i lunsjen

til å ha trimrom på jobben, mener Finn Grønseth.

– Lytt varsomt

Dag Karterud har nylig disputert for sin doktorgrad «Den etiske akten». Karterud er førstemanuensis ved Høgskolen i Oslo, avdeling sykepleie.

Karterud har undersøkt hvordan pasienter kan få god omsorg når spørsmål om liv og død trenger seg på. Spørsmål som «kommer jeg til å dø?» eller «hvorfor har sykdommen rammet meg?».

Yasminelle® – et lett valg

etinylostradiol 20 µg + drospirenon 3 mg



En p-pille man kan starte med:

God blødningskontroll og høy sikkerhet med kun 20 µg etinylostradiol^{1) 2)}

Inneholder gestagenet drospirenon³⁾ med unike egenskaper:

- god effekt på akne - antiandrogen-effekt⁴⁾
- stabil vekt - antimineralkortikoid-effekt⁵⁾


Yasminelle[®]
etinylostradiol 20 µg + drospirenon 3 mg

Referanser: 1) Cibula et al, Clin Drug Invest 2006;26(3):143-150. 2) Gruber D M et al, Treat Endocrinol 2006;5(2). 3) Yasminelle SPC.
4) Van Vloten W A et al, Cutis 2002;69:2-15. 5) Foidart J M, Eur J Contracept Rep Health Care 2000;5 (Suppl 3):25-33.

Schering Norge AS, Postboks 331, 1326 Lysaker. Tlf.: 67 59 20 00. Faks: 67 59 20 01. www.schering.no www.femalelife.no

Automatisk renhet!

Den berøringsfrie automatdispenseren er et viktig middel i kampen mot overføring av smitte. Hittil har vi solgt mer enn 50.000 automatdispensere i det norske helsevesen.

Systemet er basert på en elektronisk sensor som registrerer bevegelse og gir riktig dosering. Alt du trenger å gjøre er å sette hendene under dispenseren og riktig dose kommer ut i løpet av sekunder.

Enkelt, tidsbesparende, økonomisk og hygienisk.

Hver "Bag-in-Box" har en pose med en doseringsventil som hindrer at luft og bakterier trekkes inn og forurenser produktene.

Du får ca. 350 doseringer ut av en "Bag-in-Box".

Batteriskift er en gang i året eller intervaller a 10.000 pulseringer.

Batteritype: AA



"Bag-in-box" til automatdispenser får du i miljøvennlige 700 ml pakker som enkelt skiftes ut når du går tom.

Antibac er Norges mest brukte desinfeksjonsmiddel.

Antibac har i en årrekke vært brukt i helsevesenet for desinfeksjon av hender, overflater og utstyr. Du får både Antibac Kirurgisk og Antibac Hånddesinfesjon i "Bag-in-boks" for automatdispensere. I tillegg til Mediline såpe og krem.

Våre Antibac produkter er testet og tilfredsstillende de ulike EN kravene.

