

Normanns Sykepleierforbund

NSFs nye leder Lisbeth Normann lover at likelønn, skift/turnus-saken og retten til heltid er i boks til neste landsmøte.

Les om landsmøtet side 11-24

Vet for lite om diabetes side 36

Pasienter under trykk side 38

Fag: Sårbare søsken side 66

Samtaler ved reisens slutt side 72



36



38



72

MabThera[®] gir dine pasienter større frihet!¹

Kjære venner

Nå har jeg endelig gjort det. Besøkt Eiffeltårnet, noe som alltid har vært en stor drøm. Etter at jeg begynte med nye medisiner har ting blitt mye enklere. Nå skal jeg bare inn til behandling én til to ganger i året.

Hilsen fra Paris



MabThera[®] gir vedvarende effekt med behandlingsintervaller på 6 – 12 mnd hos pasienter med leddgikt som ikke har hatt tilstrekkelig effekt på anti-TNF¹

MABTHERA[®]
RITUXIMAB

UANSETT POST:

DU FÅR BILLIGERE BENSIN

**BARE VI FÅR
HA LOGOEN VÅR
PÅ KORTET DITT**



Som medlem i **Norsk Sykepleierforbund** får du 35 øre i rabatt pr. liter bensin og diesel (på pumpepris) og 20 % rabatt på bilvask. Kortet har ingen årsavgift.

Med Esso MasterCard kan du handle varer og tjenester og få inntil 45 dagers rentefri kreditt. Kortet kan brukes på alle MasterCard brukersteder over hele verden. Du får rabatt på drivstoff og bilvask hos Esso og du betaler ingen årsavgift! Klikk deg til dine medlemsfordeler på www.sykepleierforbundet.no og last ned søknadsskjemaet.



Vi kjenner livet på veien.

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
 Nina Hernæs (leder)
nina.hernes@sykepleien.no
 Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)
torhild.apall@sykepleien.no
 Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen
 Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
 Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@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

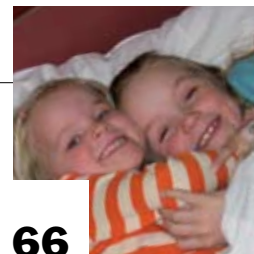
Markedssjef
 Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

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

Repro og trykk
 Stibo Graphic AS



Forsidefoto: Therese Borge



66



90

- 5 Siden sist
- 7 **Åtte raske:** Marie Aakre
- 7 Jukser seg til jobb
- 9 KLP ga etter
- 10 Aud fikk motorsag
- 11 Landsmøtet 2007:
 - Fire år for ny ledertroika
 - Her er de valgte
 - Vil styrke tillitsvalgt apparatet
 - Bunke med tips
 - Avdekker rosa tvangstrøyer
 - – Hele regjeringens kamp
 - Folk på landsmøtet
- 20 **Tett på** Lisbeth Normann
- 24 Barth Tholens om veien videre
- 26 **Tema:** Hepatitt C
 - Endelig frisk
 - Vil ikke skremme
- 34 Krever likelønn
- 36 Vet for lite om diabetes
- 38 Pasienter under trykk
- 43 Sømløse helsevesen
- 44 **Smartprisen 2007:**
 - Belte til demente
 - Skole i kjelleren
 - Putt «karen» i pose
 - Sparer ryggen med fotstøtte
 - Slangetemmeren
 - Rettelse: Undervisning til hiv-pasienter
 - Stem på din favoritt i desember!
- 50 Ensom i trinnene på klinisk stige
- 56 Feil har mange årsaker
- 65 Råd i praksisperioden
- 69 Faggruppene
- 72 **Bøker:**
 - Forfatterintervju: Stefan Einhorn
 - Anmeldelser
 - Månedens bok
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Inger Johanne Kristensen

- 79 Fagnotiser
- 80 Dagbok fra en pårørende
- 82 **Marie Aakre** om å revidere etikk
- 84 Dilemmasvar
- 86 Debatt
- 86 Riskhospitalet
- 87 EEG
- 88 **NSF:** Bente Slaatten takker for seg
- 89 NSF: Ni råd og krav til helseministeren
- 90 Før
- 90 Folk

Fag i utvikling:

- 52 Gir ny giv
- 58 Forskning i bruk
- 60 Hvordan har du det i dag?
- 66 Sårbare søsken
- 70 Verdien av veiledning

91 Sykepleien JOBB - ledige stillinger
 113 Meldinger, skoler og kurs

Kan hepatitt C

Jorun Almark er landets mest erfarne hepatitt C-sykepleier. På temaside møter du også hennes pasient «Grete», som har blitt kvitt viruset etter smertefull behandling.



Foto: Marit Fonn

26

Neste nummer: Sykepleien 18/07

Hva har skjedd med de pur unge jentene som gikk ut av Røde Kors sykepleieskole i Trondheim i 1967? Til Sykepleien forteller de hvordan deres sykepleierliv har blitt.

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



Reagerer på reklame

I Sykepleien (nr. 14/07) har vi mottatt et markedsføringstilbud om Vitamin K2. Brosjyren slår fast at dette vitaminet virker mot benskjørhet, åreforkalkninger, hjerteinfarkt og hjerneslag. Utover en vedlagt pasienthistorie foreligger det ikke referanser til dokumentasjon om de påståtte effekter.

Som sykepleiere med funksjon innenfor osteoporose har vi fulgt med i det arbeid som er gjort og gjøres omkring Vitamin K2. Det er ingen tvil om at Vitamin K har en betydning for benstoffskiftet, men så langt vi vet finnes det ingen studier som viser at tilskudd av Vitamin K vil redusere risiko for å utvikle etablert osteoporose.

Det å få markedsført sine preparater i bladet Sykepleien vil av mange bli oppfattet som et kvalitetskriterium, og at redaksjonen i bladet går god for de påstander som fremlegges i innlagte brosjyrer. Hvis Sykepleien skal bli oppfattet som et seriøst fagblad med integritet, bør man fra redaksjonens side nøye vurdere hvor langt man skal gå for å sikre seg inntekter ved å ta inn annonser for mer eller

mindre dokumenterte tilbud om helsebringende remedier.

Wenche Gaaserud, Torbjørn Olstad og Ingjerd Mestad, sykepleiere i Norsk Osteoporoseforening, og Synøve Sørli, sykepleier i Norsk Osteoporoseforenings informasjonssenter

Svar:

Sykepleien er et populært medium for annonsører. Salg av annonser bidrar til finansiering av bladet som et medlemsgode, men for mange inneholder reklame også informasjon de har nytte av, yrkesmessig eller som privatpersoner.

Selvfølgelig tar vi vårt ansvar alvorlig når vi skal vurdere om en annonse skal tas inn i bladet eller på nett. I en slik vurdering vil vi legge avgjørende vekt på om annonsen er lovlig i forhold til markedsføringsloven og legemiddelloven. Vi ønsker å unngå tilfellige skjønnsvurderinger, basert på hva vi liker eller ikke liker. Vi er et seriøst blad, med stor tillit i markedet. Er en annonse lovlig i Norge, skal den også være «lovlig» i Sykepleien.

Når det er sagt, er vi takknemlig for innspill fra lesere som mistenker annonsører for å fare med påstander som ikke er dokumentert. På bakgrunn av

slike henvendelser kan vi henvende oss til Forbrukerombudet som er den instansen som skal håndheve markedsføringsloven. Er ombudet enig i vurderingen av dette produktet, vil vi selvfølgelig være lojale mot det.

Barth Tholens, redaktør

Bli vi likt av leserne?

I oktober gjennomførte MMI Synovate en leserundersøkelse for Sykepleien. Vi ønsket å vite hvordan Sykepleien Forskning blir lest og hvordan våre lesere bruker nettstedet sykepleien.no. Resultatet var oppløftende for forskningsbilaget:

- 9 av 10 sykepleiere husker å ha mottatt bladet.
- 84 prosent har lest minst 1 av de 4 siste utgavene. Av dem er de fleste fornøyde med stoffmiksingen som den er nå.
- Bladet leses i 28 minutter i snitt. 42 prosent svarer at de leser utvalgte artikler. 8 prosent svarer at de leser det meste av stoffet.
- Majoriteten av de spurte liker presentasjonsformen, utseendet, språket og nytteverdien.

Sykepleien.no besøkes oftest på fritiden, men av og til på jobb av våre lesere. Siden oppfattes som svært troverdig (91 % enig).

Siden benyttes i høyest grad til søk etter fagartikler (76 prosent), nyhetsoppdateringer (62 prosent) og praktisk informasjon relatert til egen arbeidssituasjon (61 prosent).

Besøkstallene på sidene er foreløpig ganske lave. Bare 38 prosent av målgruppen er inne på siden månedlig til tross for at 7 av 10 medlemmer bruker internett hver dag. 73 prosent svarer at de er der av og til.

42 prosent av brukerne ønsker mer praktisk informasjon relatert til sin arbeidssituasjon på nettstedet. 32 prosent ønsker flere fagartikler, 22 prosent ønsker mer nyhetsoppdateringer.

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakat 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 Unni Hembre

– Sykepleiens redaktør tar feil. En NSF-leder må ikke være et supermenneske. Vi får heller jobbe i team.

Fra hennes presentasjon på NSFs Landsmøte



Lilly

Styrt av lyst – ikke av tid.

Med Cialis® har pasienten mulighet til å ha sex innen en halvtime – men varigheten er hele 36 timer.¹ Det betyr at paret kan ha sex om kvelden, og så om morgenen, eller neste kveld og til og med morgenen deretter – hvis de vil.

Studier viser at flere pasienter foretrekker Cialis® fremfor Viagra®; dels på grunn av den lange varigheten, og dels på grunn av ereksjonens hardhet.²

Forskriv Cialis® til din neste pasient med ereksjonsproblemer, og la paret oppleve friheten ved å kunne ha sex når de selv vil. Det gjør virkelig en forskjell.



JA - DET ER FORSKJELL!

Referanser: 1. Godkjent preparatomtale. 2. Eardly et al, Open label, multicenter, randomized crossover study to assess patient preference, efficacy and safety of sildenafil and tadalafil (Tadalafil 10 mg–20 mg vs sildenafil 25 mg, 50 mg, 100 mg, 12 weeks, n=291). BJU Int 2005; 96; (9); 1323–1332.

Se preparatomtale side 79

Vi spør Marie Aakre

Alder: 60 år

Aktuell som: Nyslått ridder 1. klasse av den kongelige norske St. Olavs Orden

Fakta: Marie Aakre er leder av etikkrådet i Norsk Sykepleierforbund. Under landsmøtets åpningsseremoni 6. november ble hun tildelt ordenen av kansellist Thomas Gram. Ordenen er en belønning for «utmerkede fortjenester av fedrelandet og menneskeheten». Ordensrådet har lagt vekt på Aakres innsats innen omsorg for kreftsyke pasienter og pårørende ved livets slutt og hennes virke som veileder og prosjektleder i etiske spørsmål.



Er det en medalje du har fått?

– Det kalles ridderkors. Veldig vakkert i hvitt og gult gull og sølv med sløyfe i rødt, hvitt og blått. Og så fikk jeg en liten nål, jeg kaller det pins.

Når skal du bruke korset?

– Det skal brukes til galla.

Er du ofte på galla?

– Særdeles sjelden. Nålen skal jeg ha på når jeg skal takke

kongen, sa kansellisten. De som får en orden blir invitert en og en sammen med pårørende. Jeg har fått telefonnummeret til kongen og skal ringe i dag.

Fortjent?

– ÅÅÅ, nå spør du om det vanskelige. Mange nok synes jeg har fortjent ordenen til at jeg har fått den. Heldigvis har jeg ikke søkt om den selv.

Litt snobbete?

– Nei – jeg forstår at et samfunn

har en ordning for å verdsette samfunnsnyttig innsats.

Utnevnelsen er et dilemma, sa du i takketalen din. Hvorfor?

– Fordi det aldri har dreid seg om solistoppgaver. Jeg har boltret meg med gode kolleger i mange roller i 30 år, særlig på kreftavdelingen på St. Olav i Trondheim. Skulle gjerne delt den med dem.

Flott fordi du er kvinne, sa du også?

– Ja, og fordi jeg er sykepleier. Sykepleie gjør en forskjell for

døende. Og kvinner har gjort en utrettelig og uegennyttig innsats for de svakeste. Jeg deler dette med alle dem.

Flere sykepleiere i samme ridderbåt?

– Har hørt muntlig om et par stykker. Tror Cathinka Guldborg (kjent diakonisse. red. anm.) har fått den. Og Halvor Fossum Lauritzen i Norges Røde Kors fikk den visst i fjor.

tekst **Marit Fonn** foto **Erik M. Sundt**

Nyhet Autorisasjon

tekst **Kari Anne Dolonen**

Jukser seg til jobb

Statens autorisasjonskontor (Safh) avslører hvert år personer som prøver å få godkjenning som helsepersonell ved å forfalske papirer.

I 2006 innvilget Safh 16 469 autorisasjoner og 2 836 lisenser. Samme år fikk 917 personer avslag om autorisasjon og 27 avslag på lisens, opplyste direktør i Safh, Per Haugum, på Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings konferanse i oktober.

Ingen statistikk

Selv om det ikke føres statistikk over hvor mange av avslagene som skyldes juks, har Haugum inntrykk av at et økende antall personer som får avslag på grunn av falske dokumenter og andre typer forsøk på juks.

Forfalsket autorisasjon

Haugum trakk frem fire eksempler på juks. Eksempel 1: Safh fikk en søknad fra en person om autorisasjon som sykepleier. Det viste seg at dette var en norsk sykepleierstudent som ikke hadde avsluttet sin egen utdanning. Vedkommende hadde imidlertid fått tak i autorisasjonsdokumentet fra en annen autorisert sykepleier. Sykepleierstudenten kopierte det, og forfalsket kopien med egne personalia. Studenten ble avslørt av arbeidsgiver og fikk sparken. Safh politianmeldte sykepleierstudenten.

Kvinnen er i Salten tingrett dømt for dokumentfalsk, og hun må utføre 60 timers samfunnsstraff.

Russiske papirer

Eksempel 2: En person søkte Safh om autorisasjon som sykepleier på bakgrunn av russiske dokumenter. Personen ble avslørt i juks fordi Safh tok kontakt med studiestedet og fant ut at personen ikke hadde tatt noen utdanning der. Resultatet ble politianmeldelse fra Safh.

Psykolog

Et tredje eksempel på juks fant Safh i en søknad fra en autorisert dansk psykolog med engelsk utdanning. Safh stusset på psykologens engelske

diplom: Master i psykologi var feilstavet (Marster). Safh tok derfor kontakt med studiestedet som bekreftet Safhs mistanke om lureri. Den engelske skolen hadde ikke utstedt diplom til dansken. Den falske psykologen ble politianmeldt.

Tannlege

I eksempel fire avslørte Safh en engelsk tannlege. Han hadde riktignok gjennomført studiet, men mistet sin autorisasjon i England. Safh fikk vite om det etter tips fra noen som kjente ham. Autorisasjonen hans ble tilbakekalt av Statens helsetilsyn.



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

Livmorhalskreftvaksinen med 4 papillomavirustyper



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

Gardasil® skal forebygge:

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

Se preparatomtale side 42

09-2007-NO-046-01

Skal forebygge mot et
bredt sykdomsbilde*
og gir **tidlige resultater****

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

**Norsk SPC



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

KLP ga etter

Husker du den pensjonerte sykepleieren Ragnhild Stock, som hadde jobbet for mye etter fylte 70 år? Etter at Sykepleien skrev om saken, har KLP ettergitt kravet på 50 000 kroner.

Kommunal landspensjonskasse (KLP) har omgjort vedtaket og trukket kravet om tilbakebetaling fra Ragnhild Stock på 50 000 kroner. Hun vil også få tilbakebetalt det av pensjonen som allerede er trukket.

KLP innrømmer mangelfull og også tidvis manglende informasjon til Stock, i et brev datert 29. oktober, elleve dager etter at saken stod på trykk i Sykepleien. – Det er helt utrolig! Jeg hadde ventet at vi kanskje kunne dele kravet mellom meg og KLP, men at de skulle ettergi hele summen var helt uventet. Jeg ble utrolig glad, sier Ragnhild Stock.

Også Norsk Sykepleierforbund (NSF) er lykkelige over at enden på visa ble såpass god. – Vi er meget fornøyde og glade over utfallet i saken og berømmer også KLP for forholdsvis rask saksbehandling og ansvarsbevissthet, sier Aud Larsen, rådgiver i NSF Finnmark.

Mye støtte

Ragnhild Stock har fått et ras med sms-meldinger og telefoner etter at hun fortalte sin KLP-skrekkehistorie til Sykepleien. Alle syntes det var hårreisende å høre hvordan KLP behandlet henne. Anne Käte Grøholt, direktør i pensjonsservice i KLP, sier de snudde i saken mot Ragnhild

Stock fordi den i likhet med alle saker som ankes har fått en ny vurdering. I saker som dette, hvor det er utbetalt for mye pensjon, vil det ofte dreie seg om hvilken informasjon KLP har gitt om sine regler og om den enkelte pensjonist har opptrådt aktsomt i henhold til disse reglene. – I dette tilfellet ser vi at informasjonen fra oss har kunnet være vanskelig å oppfatte, sier Grøholt.

Ikke presedens

Hun har tidligere uttalt at KLP kjenner til svært få saker der pensjonister jobbet for mye etter fylte 70 år. – *Har dere fremdeles ikke tall på hvor mange tilbakebetalingskrav til pensjonister over 70 år dere sender ut i året?*

– Som sagt finnes svært få lignende saker. Men det er også andre grunner til at det blir utbetalt for mye pensjon som vi krever tilbake. Det kan også være helt andre avgjørelser det ankes over. Hittil i år har vi totalt mottatt 155 anker.

– *Vil Stock-saken skape noen form for presedens for KLP fremover?*

– Nei, det tror jeg ikke. Det blir alltid vurdert konkret i hvert tilfelle om vi skal kreve tilbake for mye utbetalt pensjon.



Flere fikk krav

Ragnhild Stock har fått flere henvendelser fra pensjonister i samme situasjon. En sykepleier ringte fra Eidsvoll. Hun hadde også fått et krav på 50 000 kroner fra KLP. En annen sykepleier fra Troms ringte også og fortalte at hun nylig hadde fått et krav på 90 000.

– Hun fra Eidsvoll hadde betalt tilbake med god hjelp fra sin mann som er lege. Hun slapp med 30 000. Hun fra Troms har planer om å klage, forteller Stock. Anne Käte Grøholt i KLP bekrefter at det finnes flere saker, men understreker at de er svært få.



Rettelse om KLP i nr. 15/07

Du kan IKKE jobbe 168 timer i kvartalet ved siden av alderspensjon fra pensjonsordningen for sykepleiere i KLP uten at pensjonen blir redusert, slik noen tolker det når det står «inntil 168 timer» på KLPs nettsider. Grensen er på til og med 167 timer. Jobber du 168 timer, blir det trekk i pensjonen. Det var også feil å si at dette gjelder fra 67 år, det gjelder fra den dagen du får alderspensjon fra KLP. Hos arbeidsgivere uten offentlig tjenestepensjonsordning kan du jobbe så mye du orker ved siden av alderspensjonen uten at den reduseres.



– Pengene er viktigst

Det ble ny motorsag for 60-åringen Aud Blankholm. Dette var gaven fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), som hedret sin generalsekretær på bursdagen 1. november.

Sagen kom overraskende, men var etterlengtet, forteller Blankholm fornøyd.

Den gamle trengte å bli skiftet ut.

- Hva skal du bruke den til?
- Å skape lys, luft og utsikt på hytta.
- Som er hvor?

– Tuddal i Telemark.

Før den runde dagen hadde hun sagt klart fra at hun ikke ønsket seg gaver, men penger. Disse skal brukes til skolegang for foreldreløse barn av avdøde sykepleiere i Zambia.

Penger har hun fått; også fra NSF. Til sammen har det blitt 35 000 kroner.

– Det zambiske sykepleierforbundet skal hjelpe til med å finne barna som trenger pengene mest, sier Blankholm.



Glidelaken

STRETCH MODELLER:



NYHET!

Art.nr. 1092
Glidelaken - STRETCH 150
Glideflate B130 x L140 cm.
Passer til seng 150 x 200 cm.



NYHET!

Art.nr. 1094
Glidelaken - STRETCH 120
Glideflate B100 x L140 cm.
Passer til seng 120 x 200 cm.



Art.nr. 1090
Glidelaken - STRETCH 90
Glideflate B70 x L140 cm.
Passer til seng 80/90 x 200 cm.

Nå også Glidelaken Stretch for 1 1/2 seng og dobbeltseng!

Vi har også tradisjonelle glide-laken, samt et stort utvalg av andre forflytningshjelpemidler. Mer informasjon på www.arcus-vita.no

- Kan vaskes på 95°C
- Lagerfører alle modeller
- Leveres med norsk bruksanvisning
- Registrert hjelpemiddel

Arcus Vita as

Pb. 213, 5591 Etne • post@arcus-vita.no
Tlf. 53 75 77 50, fax 53 75 77 51

GLIDELAKEN STRETCH i flere størrelser



Fire år for ny ledertroika



TIL TJENESTE: Et godt team som utfyller hverandre, mente nominasjonskomiteen, og deres råd ble fulgt: Unni Hembre (t.v.), Lisbeth Normann og Jan-Erik Nilsen.

Lisbeth Normann på toppen. Unni Hembre som nestleder. Jan-Erik Nilsen som 2. nestleder. Dette er troikaen som skal gjøre susen for sykepleierne de neste fire årene.

Klokken 18.25 på landsmøtets tredje dag sitter Lisbeth Normann i rød jakke med armene i kors på nest bakerste benk. Det er en halv time siden 179 delegater har krysset av på lysegrå ark, som tellekorpset har samlet inn og tatt med seg til et rom utenfor salen. Ett kryss hver – enten for Normann, eller Tone Elin Mekki, eller Anne Marie Gran Bruun.

Fem benker foran, litt til høyre, sitter Mekki på Hordaland-benken. Hun har også knall rød jakke. Fire benker foran det igjen, ytterst til

venstre sammen med vestfoldingene, sitter Bruun i gult.

Ordstyreren kremter. Det blir stille.

– Og da er resultatet klart.

Det går 20 sekunder. Der kommer tellekomiteens leder Linda Lavik inn døren. Hun leverer et papir til ordstyreren. Han leser høyt; om antall stemmeberettigede, at ingen har stemt blankt, før han kommer til poenget.

– Lisbeth...

Den første som spretter opp og klemmer er Toril Teigen, nomina-



Landsmøtet

- Landsmøtet fant sted i Oslo fra 6. til 10. november.
- Cirka 350 personer deltok på møtet, 179 var delegater med stemmerett.
- Landsmøtet valgte blant annet ny forbundsledelse og vedtok nytt prinsipp- og handlingsprogram for perioden 2007-2011.
- Delegatene vedtok også nye vedtekter for organisasjonen.
- Budsjettet for landsmøtet var på over seks millioner kroner.

sjonskomiteens leder, som akkurat har fått bekreftet at rådet komiteen har gitt landsmøtet har gått inn.

På den store skjermen står det svart på hvitt: 102 stemmer til Norsk Sykepleierforbunds nye leder. Ledervalget er avgjort etter første runde.

Råder delegatene

– Jeg skal gjøre så godt jeg kan, lover den rykende ferske forbundslederen på talerstolen med blomster i hendene og tårer i øyekroken etter å ha takket for tilliten.

– Jeg føler virkelig varmen fra dere, sier hun rørt.

Deretter tar hun straks i bruk sin nye posisjon til å påvirke delegatene: Hun oppfordrer dem til fortsatt å følge nominasjonskomiteens råd.

Nesten tre timer senere blir det klart at landsmøtet har gjort som hun sa: Unni Hembre, som har vært 2. nestleder siste periode, får 108 stemmer, og rykker ett hakk opp i hierarkiet.

Fra talerstolen jubler hun mest til dem som foreslo henne som nestleder:

– Hjertelig takk, Buskerud. Dette klarte vi!

Valget av 2. nestleder er enkelt for de slitne delegatene sent denne fredagskvelden. Jan-Erik Nilsen er eneste kandidat.

Rett før midnatt og nattmat er den nye ledelsen komplett: 173 stemmer til Nilsen – og stående applaus med en ekstra dose sympati for å ha stilt opp denne gangen også, til tross for valgnerderlag på forrige landsmøte.

– Dette skal bli kjempespennende. Vi ska få det te! gliser Stavanger-mannen.

Nervepirrende

Det var i utgangspunktet fire kandidater til ledervervet og det lå an til et nervepirrende valg. Mange delegater hadde ikke bestemt seg for hvem de skulle stemme på. Allerede første dagen hadde alle kandidatene vist seg fram i innlegg på talerstolen. Aller oftest var Mekki framme i løpet av landsmøtet. Strategier ble lagt, noen av kandidatene snakket mer sammen enn andre. Man så for seg mange voteringsrunder. Noen begynte å frykte ufine aksjoner for og mot favoritter, ikke minst i sene timer utenfor møtesalen.

Men noen timer før valget, midt inni debatten om økonomisk verdsetting, gikk Unni Hembre på talerstolen og kunngjorde at hun trakk seg som kandidat til ledervervet.

Dette var et strategisk trekk. Det var allerede sannsynlig at kampen

om ledervervet ville stå mellom Normann og Mekki. Nå gjaldt det å kjempe for sitt kandidatur som nestleder.

Litt etter meddelte Nilsen at han trakk sitt kandidatur til nestledervervet. De tre samordnet seg altså i tråd med nominasjonskomiteens innstilling og utnyttet fortrinnet ved å være nominert.

– Utfyller hverandre

Før valgene hadde nominasjonskomiteens leder muntlig begrunnet innstillingen, som ble kunngjort i oktober. Hun understreket at komiteen har vært ute etter det beste teamet, med personer som kan utfylle hverandre.

– Normann har lang ledererfaring. Hun blir lyttet til og er svært resultatorientert. Hun er uredde og vil tåle å stå i front, sa Toril Teigen.

Teigen viste til Hembres erfaring som 2. nestleder og nytten av å ha den med seg i det nye teamet. Og hun trakk fram Nilsens evne til å bygge allianser nasjonalt og internasjonalt, og hans kompetanse innen psykiatri.

Landsmøtet vedtok å utvide valgperioden fra tre til fire år.

Se også portrettintervju med Lisbeth Normann på side 20.

VALGT på landsmøtet

Forbundsstyret

Forbundsleder:

Lisbeth Normann

Nestleder: Unni Hembre

2. nestleder: Jan-Erik Nilsen

Medlemmer

Rigmor Føske Johnsen

Kirsti Jacobsen (ny)

Solveig P. Kopperstad Bratseth

Marit Waag (ny)

Inger Marie Aasheim (ny)

Inger Skjæveland (ny)

1. vara:

Birgit Reisch (ny)

Øvrige varamedlemmer

til forbundsstyret:

2. Inga-Lill Rønning

3. Karen Bjøro

4. Birgitte Lenes Ekeberg

5. Sigfrid Stendahl

6. Solfrid Halsne

Rådet for sykepleieetikk

Marie Aakre (leder)

Anne Clancy

Anne Ma. Christensen Hovde

Runa Francisca Faye

Berit Daae Hustad

Aud Moe

Liv Jorun Dysthe

Elisabeth Kjølrsrud

Grethe Ørnevik

Nominasjonskomiteen

Kirsten Gujord Meese (leder)

Bente Marie Andreassen

Gitte Kloster

Irene Kronkvist

Ragnhild Brå Vardehaug

Ann Iserid Vik

Bente Irene Aaland

Kontrollutvalget

Torbjørn Avsnes (leder)

Bodil Runde

Vibeke Hegge

Johnny Ødegaard



NYTT FORBUNDSSTYRE: Fra venstre Maria Wiberg Tjønnfjord (Sentralt fagforum), Stian Skare (NSF Student), Rigmor Føske Johnsen, Inger Marie Aasheim, Marit Waag, Kirsti Jacobsen, Inger Skjæveland, Birgit Reisch (1. vara), Solveig P. Kopperstad Bratseth, Unni Hembre (1. nestleder), Lisbeth Normann (leder) og Jan Erik Nilsen (2. nestleder).

Vil styrke tillitsvalgtapparatet

Styrket tillitsvalgtapparat og bedre samhandling blant organisasjonens topptillitsvalgte. Det er virkemidlene som skal gjøre Norsk Sykepleierforbund til en mer slagkraftig organisasjon.

Ved siden av valg på ny forbundsledelse i Norsk Sykepleierforbund (NSF) var «Organisasjonsutvikling i NSF» den viktigste og mest omfavnsrike saken på landsmøtet.

Delegatene skulle svare på følgende problemstillinger:

Er NSF organisert på en slik måte at den kan møte nye utfordringer som for eksempel sykehusreformen? Hvordan bør NSF bruke sine menneskelige og økonomiske ressurser til beste for medlemmene?

Dette har også vært temaer i en intern OU-prosess som har gått over tre år, og involvert alle sentrale ledd i organisasjonen.

Det var ikke fremmet forslag om å endre dagens struktur. NSF skal fortsatt bygge på tre nivå: Arbeidsplassen, et lokalt og et sentralt nivå. Men innen hvert av disse nivåene er det behov for endringer, ifølge forslaget fra forbundsstyret.

Utvidet landsmøteperiode

– Det koster å arrangere landsmøte. En utvidelse av landsmøteperioden vil frigi økonomiske og menneskelige ressurser som organisasjonen kan bruke på andre områder, var forbundsstyrets begrunnelse for å foreslå en utvidelse av landsmøteperioden fra tre til fire år.

Et overveldende flertall blant landsmøtedelegatene var enige.

Fra ja til nei til rådmøte

Vil en utvidet landsmøteperiode redusere medlemmenes innflytelse på organisasjonens politikk? Og i tilfellet hvordan dekke dette demokratiske hullet?

Spørsmålene ble tatt opp av flere delegater.

– Det kan løses ved å etablere et helt nytt organ i organisasjonen: Rådmøte. Dette skal ha en rådgivende funksjon overfor forbundsstyret, var forslaget fra forbundsstyret. Rådsmøtet ble videre foreslått avholdt midt i landsmøteperioden.

Ja, mente et flertall av delegatene da saken var oppe til prinsipiell behandling.

Men Rådsmøtet skulle få en kort levetid. For opprettelsen av et nytt organ medfører endringer i NSF's vedtekter. Noe som igjen krever støtte fra to-tredeler av delegatene.

Det fikk ikke forslaget om å opprette et rådmøte.

Gå via tillitsvalgte

Forbundsstyret hadde fremmet forslag om å stryke punktet i NSF's vedtekter om at «medlemmenes kontakt med NSF ivaretas av tillitsvalgte». Begrunnelsen var at dette begrenser kommunikasjonen internt i organisasjonen.

Det var ikke landsmøtet enig i.

– Kontakten med medlemmene bør gå gjennom de tillitsvalgte, og ikke direkte til NSF's sentrale nivå, mente flere delegater, blant annet Anne Britt Jansen, NSF Vest-Agder.

Avtroppende nestleder Erik Bårdseng var ikke enig:

– Ønsker landsmøtet å bygge brannmur mellom enkeltmedlemmene og NSF sentralt?

– Ingen grunn til bekymring. Medlemmene gjør stort sett som de vil, beroliget Tiril Svensen, NSF Oslo. Hun synes ikke dette var godt nok argument for å stryke prinsippet om at alle saker skal gå via tillitsvalgt. ▶▶



IVRIG ROTERING: Men rådmøter blir det ikke.

Ivareta tillitsvalgte

Mange delegater gav uttrykk for skuffelse over at forbundsstyret i sitt forslag til vedtak ikke hadde fremmet konkrete forslag til hvordan organisasjonen skal ivareta og styrke tillitsvalgtapparatet.

– NSF trenger et sterkt tillitsvalgsapparat. Men da må vi være villige til å gi dem mer opplæring og bedre arbeidsforhold, mente Britt Bøen, NSF Oslo.

På vegne av NSF Oslo foreslo hun at det ble satt ned en arbeidsgruppe til å se nærmere på de tillitsvalgtes arbeidsforhold. Gruppen skal vurdere konkrete forslag til tiltak som legges fram for forbundsstyret til behandling innen utgangen av 2008.

Forslaget fikk bred støtte fra landsmøtet.

Bedre samhandling

For å styrke samhandlingen i organisasjonen trenger NSF flere arenaer hvor organisasjonens sentrale tillitsvalgte kan møtes, var en av konklusjonene som kom fram i OU-prosessen.

For å bøte på dette foreslo forbundsstyret å etablere årlig samhandlingskonferanse, hvor forbundsstyret innkaller fylkes- og faggrupeledere til felles konferanse. Videre ble det fremmet forslag om et nytt ledermøte sammensatt av fylkeslederne og leder av sentralt fagforum. Leder møtet, som arrangeres fire ganger i året, skal blant annet drøfte spørsmål knyttet til iverksetting av NSF's politikk.

Gode forslag, mente landsmøtet.

Ingen navndring

Navnet skjemmer ingen heter det. Jo, mente delegatene på NSF's landsmøte. Forbundsstyrets forslag om å døpe om dagens fylkesorganisasjon til lokalavdeling ble dårlig mottatt av landsmøte-delegatene.

– Ingen navndring, var den klare meldingen fra fylkesleder Oddgeir Lunde, NSF Sogn og Fjordane. Han målbar dette budskapet på vegne av 17 fylkesdelegasjoner.

– Fylke som benevnelse for lokale organisatoriske ledd er godt innarbeidet, og det gir en følelse av tilhørighet som er viktig for medlemmene, mente Kirsten Stensrud, NSF Aust-Agder.

Bunke med tips

Hva skal NSF jobbe med de neste fire årene? Det ble foreslått mye. Altfor mye. Det endelige vedtak ble imidlertid kort. Svært kort. Ni stikkord og en bunke med tips var det den nye ledelsen fikk.

Debatten rundt NSF's innsatsområder er en lang og krevende sekvens på hvert eneste landsmøte. Dette landsmøtet var ikke noe unntak. Men selv om delegatene var ordrike, har vedtaket aldri vært mer ordfattig.

Ble advart

– Tenk overordnet! Det var ikke få ganger delegatene fikk denne på-

minnelsen i løpet av debatten.

– Ønskeliste til jul skal vi sette opp etter landsmøtet. Nå må vi prioritere. For jo flere saker som blir vedtatt, dess mindre verdi vil de ha, advarte Arvid Langeland, NSF Hordaland. Han ba delegatene ikke skule bort denne muligheten til å påvirke hva NSF skal jobbe med kommende landsmøteperiode.

Vil gjøre alt

Delegatene fulgte ikke rådet. Antall forslag til innsatsområder økte for hvert eneste innlegg. Og da strek ble satt, lå det hele 79 forslag til innsatsområder på ordstyrerbordet. Og det var kun en time igjen før landsmøtet skulle avsluttes.

Det flere delegater hadde advart mot, hadde skjedd. Hva nå?

Dårlig jobbet

Etter et kort møte blant delegasjonslederne, gikk Einar Vik Andersen, NSF Buskerud, på talerstolen:

– Landsmøtet har ikke gjort jobben. Det må vi ta konsekvensen av.

På vegne av delegatlederne ba Vik Andersen landsmøtet nøye seg med å vedta overskriftene på forbundsstyrets forslag til innsatsområder, i tillegg til et nytt punkt om klimapolitikk.

Landsmøtet applauderte forslaget. Og de 79 forslagene til innsatsområder som var fremmet, ble oversendt den nye forbundsledelsen som underlagsdokument for kommende periode.

Innsatsområdene

NSF's innsatsområder for perioden 2007-2011 er: Medlemmer
Prioritering og finansiering av helsetjenesten
Internasjonalt arbeid
Et likestilt og inkluderende samfunn og arbeidsliv
Ledelse og organisering
Utdanning, fag, kunnskap og kompetanse
Bemanning og kvalitet
Lønns- og arbeidssosiale forhold
Klimapolitikk.

tekst Bjørn Arild Østby

Landsmøtet på nett

– les mer på sykepleien.no

Godt arbeidsmiljø – god sykepleie

Landsmøtet er svært opptatt av spørsmål knyttet til sykepleiernes arbeidsmiljø.

– Turnus er helseskadelig, gode turnusplaner er verneutstyr, mener innleder Solveig K. Bratseth.

Støtte til finske kolleger

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte gir sin støtte til finske sykepleiere organisert i Tehy i deres kamp for økt lønn. 12 800 sykepleiere har sagt opp i protest mot manglende verdsetting av sykepleierkompetansen.

Bråk for Bjarne Håkon

Arbeidsministerens forslag om å utrede skift/turnus på nytt vekker harme. NSF mener at det har vært nok med utredninger og krever nå handling. Og dersom likelønnskommisjonen ikke innfrir NSF's forventninger, kan de vente seg bråk fra sykepleierne.

Landsmøte hvert 4. år

Landsmøteperioden i NSF blir forlenget fra tre til fire år. NSF rydder opp i eget hus og vedtar en ny organisasjonsmodell.

Klar bane for de unge

Inger Marie Aasheim går rett inn i det nye forbundsstyret etter at nominasjonskomiteen innstilte henne på varaplass. Aasheim har vært studentleder og er forbundsstyrets yngste medlem.

Sømløse tjenester

NSF forventer at pasientenes behov for en koordinert og samhandlende helsetjeneste må gjenspeiles i organiseringen. En politisk uttalelse fra Landsmøtet sendes til regjeringen.

Likelønn før 2012

NSF vedtar en uttalelse der de krever likelønn før 2012. Den nye forbundslederen Lisbeth Normann vil ha likelønn bort fra agendaen på neste landsmøte.

Vil du se vedtakene fra Landsmøtet 2007?

Klikk deg inn på

www.sykepleierforbundet.no

Cervarix®

Ny vaksine gir vedvarende beskyttelse mot livmorhalskreft



Cervarix® har vist vedvarende effekt i opp til 5,5 år!

C Cervarix «GlaxoSmithKline»

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 16 L1-protein 20 µg, humant papillomavirus type 18 L1-protein 20 µg, natriumklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, AS04 adjuvans som inneholder 3-O-desacyl-4-monofosforyl lipid A (MPL) 50 µg adsorbent til aluminiumhydroksid, hydrert tilsv. 0,5 mg Al₃₊, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med humant papillomavirus av typene 16 og 18. Indikasjonen er basert på påvist effekt etter vaksinasjon av kvinner i alderen 15-25 år og påvist immunogenisitet hos unge jenter og kvinner i aldersgruppen 10-25 år. Skal brukes i overensstemmelse med offentlige anbefalinger.

Dosering: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 1 og 6. Behovet for boosterdose er ikke avklart. Det anbefales at personer som får første dose med Cervarix fullfører hele vaksinasjonsskjemaet på 3 doser med samme vaksine. Gis i.m. i deltoidregionen. Må ikke injiseres i.v. eller intradermalt. S.c. administrering er ikke undersøkt.

Jenter <10 år: Anbefales ikke da sikkerhets- og immunogenisitetsdata ikke foreligger.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon som en forkjølelse, er ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Forsiktighetsregler: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være lett tilgjengelig i tilfelle det oppstår en sjelden anafylaktisk reaksjon. Vaksinen bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser, da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Vaksinerings er ikke en erstatning for regelmessig screening-undersøkelse av livmorhalsen, eller erstatning for å ta nødvendige forholdsregler mot eksponering av HPV og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons. Det er ikke vist at vaksinen har en terapeutisk effekt og den er derfor ikke

indisert til behandling av livmorhalskreft, cervical intraepitelial neoplasia (CIN) eller andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons (HIV-infeksjon eller ved immunsuppressiv behandling) som kan ha en redusert respons på vaksinen. Varigheten av beskyttelse er ikke endelig avklart, men beskyttelse og fortsatt høye titer nivåer er vist opp til 5,5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

Interaksjoner: Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å ha noen innvirkning på effekten av vaksinen. Immunsuppressiv behandling kan føre til redusert immunrespons. Det foreligger ikke data på samtidig administrering med andre vaksiner.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen skadelige effekter, men det anbefales å utsette vaksinerings til etter endt svangerskap. *Overgang i morsmelk:* Skal bare brukes ved amming når mulige fordeler oppveier mulige risikoer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: GI-symptomer inkl. kvalme, oppkast, diaré, mavesmerter. Hud: Kløe/pruritus, utslett, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet, inkl. smerte, rødhet og hevelse, utmattelse, feber. *Mindre hyppige:* Luftveier: Øvre luftveis-infeksjoner. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet som indurasjon, lokal parestesi.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs rekombinant vaksine fremstilt av høyrensede viruslignende partikler (VLP), som består av hovedkapsidprotein L1 fra de onkogene HPV-typene 16 og 18. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan derfor ikke infisere celler, reproduseres eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* Effekten skyldes trolig hovedsakelig, utvikling av humoral immunrespons. Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert.

Det er vist 100 % effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV16/18 blant kvinner i alderen 15-25 år som i utgangspunktet var naive mot onkogene HPV-typer. Det er vist 90,4 % effekt mot CIN2+ blant kvinner naive mot HPV 16 og/eller HPV 18 etter 15 måneders oppfølgingstid (effekten er imidlertid 100 % dersom en ekskluderer lesjoner hvor HPV 16 og HPV 18 ikke er den direkte årsak). 1 måned etter 3. dose har 99,9 % av de som i utgangspunktet er seronegative,

antistofftiter mot både HPV 16 og HPV 18.

Antistoffresponsen i aldersgruppen 15-25 år holder seg på et forhøyet nivå gjennom hele oppfølgingsperioden på 64 måneder etter 1. dose, og er ved endt oppfølgingstid minst 11 ganger enn etter naturlig infeksjon. Kvinner i alderen 26-55 år oppnår titer nivåer som er lavere enn i aldersgruppen 15-25 år. Antistoffnivået holder seg imidlertid på et nivå betydelig høyere enn etter naturlig infeksjon gjennom hele oppfølgingsperioden på 18 måneder. Jenter i alderen 10-14 år oppnår titer nivåer som er minst dobbelt så høye som hos kvinner i aldersgruppen 15-25 år. På bakgrunn av disse immunogenisitetsdata kan en anta at vaksinen også har effekt i alderen 10-14 år.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i den ferdigfylte sprøyten. Før vaksinen gis, må innholdet i sprøyten undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysiske forandringer. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Skal ikke blandes med andre legemidler. Vaksinen bør ristes godt før bruk for å oppnå en homogen suspensjon. Ikke anvendt vaksine samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med kanyler: 0,5 ml kr 1259,40. 10 x 0,5 ml kr 12 285,10.

Referanse:

1. Gall SA, Teixeira J, Wheeler C et al. Substantial impact on precancerous lesions and HPV infections through 5.5 years in women vaccinated with the HPV-16/18 VLP AS04 candidate vaccine. Presented at the 2007 meeting of the American Association for Cancer Research, Los Angeles, CA, April 14-18, 2007. Abstract 4900.



GlaxoSmithKline GlaxoSmithKline AS Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo. Tlf.: 22 70 20 00. Faks: 22 70 20 05. www.gsk.no

Cervarix® 

Vaksine mot humant papillomavirus, type 16 og 18 (Rekombinant, med adjuvans, adsorbent)

Likestillingspolitisk dag: Avdekker rosa tvangstrøyer

Alle vil ha likestilling. Hvorfor har vi det ikke da? Lotta Snickare mener det skyldes ubevisste forventninger som skapes av fargen på sparkebuksene våre.

– Vi får liksom aldri av oss de rosa sparkebuksene vi hadde da vi var babyer. Alt vi gjør vurderes ut ifra den sparkebuksefargen, sa likestillingsforkjemperen Lotta Snickare til delegatene på NSF-landsmøtet. Hun tok flyturen over til nabolan-

det for å inspirere sykepleierne til å se virkeligheten som den er, ikke ut ifra forventninger vi har til de to kjønnene. De forventningene som alltid har vært der, som er så sementerte og vanlige at vi ikke ser dem.



MADELEINE Albright er den svenske forskeren og forfatteren Lotta Snickares idol.

Hun har utallige eksempler på at forskjellsbehandlingen fortsetter i barnehage, skole, arbeidsliv og pensjonisttilværelse.

Forfattersamarbeid

Snickare bor i Stockholm hvor hun forsker ved Kungliga tekniska högskolan og jobber med lederutvikling på Swedbank. Hun er også karrierecoach ved den kvinnelige nettportalen www.salongk.se hvor hun svarer på spørsmål knyttet til arbeidsliv. Men det hun kanskje er mest kjent for, er sitt samarbeid med krimforfatteren Liza Marklund. Sammen har de skrevet to bøker om likestilling. Den siste kom ut i 2005, er solgt i 100 000 eksemplarer bare i Sverige og er oversatt til fem språk. Kanskje skyldes det den fengende tittelen: «Det finnes et eget sted i helvete for kvinner som ikke hjelper hverandre», en gang ytret av USAs tidligere utenriksminister Madeleine Albright da hun var på sverigebesøk.

– Hun er mitt store idol. Jeg fascineres av henne fordi hun er en av dem som har lyktes ved hjelp av andre kvinner. Og hun fortsetter selv å dra andre kvinner opp gjennom å vise hvor viktig det er med nettverksbygging, sier Snickare.

Revolusjon

Snickare råder ikke kvinnene til å velge bort omsorgsyrket. Hun mener det trengs en revolusjon. – Ikke bare menn, også kvinner må nekte å akseptere de lave løningene, deltidsstillingene og den totale mangelen på frynsegoder i den offentlige sektoren. Men kvinnene som er like tøffe og kravstore som menn i jobbintervjuer og arbeidslivet må være forberedt på å møte motstand. Da trenger de et kvinnettverk i ryggen, sier hun.



Lottas sju sikre:

Lotta Snickare har sju gode råd til deg som vil bli likestilt på jobben:

1. Skaff deg kunnskap.

Både om den usynlige mangelen på likestilling i samfunnet og hvordan den arter seg lokalt hos deg.

2. Avslør «sannheter».

Riv hull på alle antakelser om kjønnene som ikke stemmer med virkeligheten. Les statistikk.

3. Ta plass.

Du kan ikke vente på at andre skal gi deg muligheter, du må selv våge å ta dem.

4. Snakk «mannsk».

Kvinner uttrykker seg ofte mer usikkert, stiller spørsmål og legger til en latter eller et kanskje i slutten av setningen. I stedet for å si: «Skal vi ikke prøve å gjøre det sånn?», må du si som en mann: «Jeg synes at vi gjør det sånn».

5. Hjelp hverandre.

Lag nettverk med andre kvinner. Lag pakter som de gjør i Ekspedisjon Robinson.

6. Feedback.

Mange tror at kvinner ikke tåler å få reell feedback på arbeidet de gjør, men det må du ha hvis du vil gjøre karriere.

7. Sett deg mål.

Vær tydelig for deg selv hva du vil og hvor du skal. Definer deg selv i arbeidet ditt. Sett grenser og lær deg også å si nei.

– Hele regjeringens kamp

– Likelønn er en kamp for alle statsrådene, sier barne- og likestillingsminister Manuela Ramin-Osmundsen. Hun ønsker et kultursensitivt og internasjonalt sykepleierkorps med flere menn.

Den ferske statsråden gir ikke noe forpliktende svar på hva hun vil gjøre for å sørge for likelønn til sykepleierne. I stedet viser hun til likelønnskommisjonen som skal legge fram sin innstilling i februar neste år.

– Jeg har store forventninger. Dette dreier seg mye om holdninger og å være tydelig på at lønnsforskjellene er noe vi vil rette opp, sier Manuela Ramin-Osmundsen til Sykepleien.

– *Hvor viktig er likelønns-saken?*

– Svært viktig. Den har pågått lenge, og lønnsforskjellene er dokumenterte. Men dette er ikke bare min kamp, det er hele regjeringens kamp.

– *Har du noen tips til sykepleierne om likelønn?*

– Å se helhetlig på det. Likestilling har flere perspektiver, og verden er blitt mer kompleks.

Likelønn dreier seg også om kvinner med minoritetsbakgrunn og personer med nedsatt funksjonsevne.

– *Hva er viktigst, likelønn eller flere mannlige sykepleiere?*

– Likelønn er prioritert nummer én. Hvis jeg prioriterte omvendt, ville det bety at jeg ikke anerkjenner et yrke som er kvinnedominert.

– *Hva vil du hviske likelønnskommisjonen i øret for den avslutter sitt arbeid?*

– At den må se på likelønn i forhold til minoritetskvinner. Det står ikke noe om dem i teksten om kommisjonens oppdrag i dag. Disse kvinnene er en stor gruppe i helsesektoren, minner ministeren om.

– Heltidsløft

Ramin-Osmundsen hadde første innlegg på Norsk Sykepleierforbunds likestillingspolitiske dag i forkant av landsmøtet. Hun åpnet med å ønske menn inn i arbeidet for likestilling og oppfordret til å ha flere dimensjoner for øyet når man diskuterer likelønn.

– Likelønn er en forutsetning for likestilling. Lønnsforskjellene mellom menn og kvinner skyldes i stor grad det kjønnsdelte arbeidsmarkedet. Sykepleiere lønnes vesentlig lavere enn ingeniører. Likelønn må bli en realitet, og jeg håper det skjer snart, sa hun og fikk applaus fra salen.

Hun viste til at 80 000 kvinner er i uønsket deltidsarbeid.

– Jeg ønsker et heltidsløft, sa hun, og høstet igjen applaus.

Etnisk mangfold

Flere mannlige sykepleiere og et større etnisk mangfold ville hun også ha.

– Det er 415 000 innvandrere i Norge, og mer enn halvparten av dem er fra ikke-vestlige land. Dere er i kontakt med hele befolkningen. Jeg ønsker et kultursensitivt sykepleierkorps.

Hun anmodet å utnytte kompetansen det er å ha ansatte fra hele verden.

Hun ba også NSF straks å begynne å arbeide for at også dem med nedsatt funksjonsevne skal kunne jobbe som sykepleiere. Det kommer nemlig snart en ny lov med krav om tilgjengelighet. Denne gjelder også alder.

Vold i hjemmet

En handlingsplan om vold er like om hjørnet.

– Vold i nære relasjoner er et stort problem. Særlig gjelder dette for familier med minoritetsbakgrunn, sa Osmundsen og nevnte tvangsekteskap som ett problem.

På nyåret kommer dessuten en handlingsplan mot kjønnslemlestelse.

– Undertrykkende mekanismer kan forklares, men aldri forsvareres, sa hun.

– I vårt komplekse, globaliserte samfunn er sykepleiere i skuddlinjen og treffer folk i både sårbare og gledelige situasjoner. Sammen med regjeringen kan sykepleiere bygge ned diskriminering og jobbe for et rettferdig samfunn, sa ministeren.

Sagt om likelønn:

– Allier dere med oss, ikke så mye med styresmaktene.

Unio-leder Anders Folkestad appellerer til Spekter-Haukaas og KS-Ulleren om likelønn i vårens lønnsoppgjør.

– Ja, ja, absolutt!

KS-leder Olav Ullereis svar på om sykepleierne fortjener høyere lønn.

– Det blir verre i 2007. Dere blir deprimerede.

Spekter-leder Lars Haukaas om lønnsgapet.

HUSK! – Likestillingsministeren ber sykepleierne også huske på minoritetskvinner når de snakker om likelønn.



Folk

Deltaker 101, Buskeruds kandidat Hanne Haugann Juritzen, var ikke den eneste som måtte kjempe litt for å holde konsentrasjonen oppe under avstemningene om NSF's nye innsatsområder.



UNG RØST: Inger Marie Aasheim (25) er yngste medlem i NSF's nye forbundsstyre. Den tidligere ledere av NSF Student vet hva hun skal gjøre der. – Som ung og relativt nyutdannet sykepleier, er jeg å betrakte som en «på gulvet». Det kan være en klar fordel, sier Inger Marie.



FULLE AV IDEER: Thom D. Yun'gana og Jennifer Munsaka, president og generalsekretær i det zambiske sykepleierforbundet, var invitert til landsmøtet for å lære. – Vi har fått mange ideer, sier de begeistret. Som å invitere arbeidsgivere og andre profesjoner til møtet. Å bruke tall og fakta som grunnlag for politiske resolusjoner. Og å involvere studentene. – Og så er vi imponert over hvor seriøst valgene ble tatt. Dørene ble lukket og alle var stille. Da Marie Aakre fikk St. Olavs Orden, fikk de også en ny idé. Den vil de ta med seg til de zambiske myndighetene.





Kommunetorget.no

– for planlegging og iverksetting
av rusarbeid i kommunene



ANDREW SISTERS: Tre sykepleiere fra Buskerud Sentralsykehus gjorde stor lykke på Edderkoppteateret med en helt ny versjon av «Rum and Coca Cola», omdøpt til «Rom eller korridor». NSF hadde invitert delegater og gjester til en stor fest – før alvoret begynte på SAS-hotellet i Oslo.



LANDSMØTETRIM: Det blir mye sitting når cirka 300 landsmøtedeltakere skal gjennom en lang saksliste. Da er det godt å strekke seg litt i fellesskap. Ellen Beccer Brandvold, Unni Hembre og Erik Bårdseng leder an.

– Dette har vært en lang og god prosess,
på noken sjuskete hotell.

Oddgeir Lunde fra Sogn og Fjordane beskriver OU-prosessen

RØRT OG TAKKNEMLIG:
– Du må gripe for å begripe, sa Marie Aakre etter at hun hadde fått tildelt St Olavs ordenen ved landsmøtets åpning på Edderkoppteateret. – Jeg forsto tidlig at jeg hadde en god sak. De fleste dør på sykehjem. God sykepleie ved livets slutt gjør en forskjell.



Kommunetorget.no er en ressurs for ansatte i kommunene, lokalpolitikere og andre interesserte for styrking av rusarbeidet i kommunene.

Kommunetorget.no gir innblikk i:

- kommunale plantyper generelt og rusrelaterte planer spesielt
- brukermedvirkning
- proseshjelpemidler og planverktøy
- praksiseksempler til hjelp i planarbeidet
- spørsmål og svar omkring planlegging av rusarbeid

Nær-Tryk Helse AS



Nordnorsk
Kompetansesenter—Rus
Rusklinikken UNN



Sosial- og helsedirektoratet

**Navn:** Lisbeth Marie Normann**Alder:** 47 år**Hvorfor:** Fordi hun er nyvalgt leder av Norsk Sykepleierforbund. Hun er valgt for fire år.

Normann tar saken

Hun satset på ett kort: Toppsjef eller ingenting.

Lisbeth Normann har vært forbundsleder i 16 timer. Hvordan hun har det nå?

– Veldig bra. Veldig morsomt. Så enkelt er det.

Normann leter etter solen. Den flommer inn et vindu i et stille rom på SAS-hotellet i Oslo. Et fint sted å sitte etter å ha vært innesperret med høy puls på et landsmøte i dagevis. Det er ennå noen timer igjen av møtet, og nå er det pause. Folk surrer rundt med kaffekopper og poser under øynene.

Den røde valgdagjakken fra i går er skiftet ut med et svart og mørkeblått antrekk. Joda, rødt var bevisst. Normann har nemlig fått kjeft fra venninner, mann og døtre for å bruke altfor lite farge, for da ser hun altfor bleik ut.

Hun fikler med navneskiltet som henger som et mindre pent smykke rundt halsen. Normann er glad i smykker. Særlig har hun sansen for hjerter, derfor lager hun hjerteresmykker av sølv, plexiglass eller porselen. Hun har det i genene etter farfar som var gullsmed.

Pulsen steg til topps da ordstyreren sa: «Nå er resultatet klart.» Minst 200, tippet Normann. Så ble spenningen utladet, og på vei fram til

blomster og ære dalte hjertetakten fort.

– Rart hvordan fysiologien er avstemt, sier hun avslappet med sol i ansiktet.

Det var etter jul en gang at Normann ble oppringt av fylkeslederen i Buskerud. Han lurte på om hun kunne tenke seg posisjonen som snart ville bli ledig. Selv hadde hun ikke tenkt tanken, bedyrer hun.

– Det har med modenhet å gjøre. Jeg har hatt mange morsomme jobber.

Men skulle hun virkelig få påvirke sykepleiernes framtid, var jo dette sjansen, skjønte hun. Et nestlederverv var ikke aktuelt. Her var det bare å satse.

Nå skal hun pakke ned sakene på Aker universitetssykehus der hun er helsefaglig direktør. Men først skal hun avslutte «sykepleierløftet» der, et prosjekt for bedre og mer synlige sykepleiere, hennes «baby». De tre allmøtene som gjenstår skal hun ha med seg.

Tre dager tilbake: Normann entrer talerstolen klokken 18.26 i debatten om etikk. Delegationene følger ekstra godt med. Det er første gang den nominerte lederkandida-

ten snakker til dem på landsmøtet. Hvordan oppfører hun seg, denne personen som vil bli frontfigur for 85 000 sykepleiere? Hennes argeste konkurrent, Tone Elin Mekki, var oppe rett før henne.

Normann smiler ikke, men leser rolig sitt manuskript. Sier fornuftig at «vi trenger å utfordres i praksis». Og mer følsomt at hun blir lei seg når hun ser en pasient gå i bare bleien i korridoren. For det er uverdige sykepleiere. På slutten drar hun litt til: «Få de yrkesetiske retningslinjene opp igjen på veggen!» forlanger hun. Tre minutter. Ferdig. Jo, dette gikk greit. Eller? Var hun litt nervøs? Ikke fullt så ledig som hun pleier å være?

I en pause dagen etter står Normann og kaster et rødt eple opp i luften. Hun har nettopp hatt innlegg i sak 4. Den om arbeidsmiljø. Hun har brukt mange måneder på formuleringene. Er de ikke litt lavere i dag, skuldrene? Over dem har hun et sjal, løst dandert. Rødt.

– Jeg er veldig fornøyd med innlegget, sier hun, og tar imot eplet.

– Det er viktig å myke opp grensene mellom NSFes bein. Det blir for mye tradisjonell silotenkning.

– *Opplever du at det er sterke*

meninger om deg?

– Jaaa, noe annet ville vært rart. Jeg er nok tydelig. Vi (fire kandidater, red. anm.) er jo forskjellige i framtoningen.

Selv om det kan være smart å vise seg fram, så går hun ikke på talerstolen bare for å si noe, forsikrer hun.

– *Hva synes du om de andre? Konkurrentene, altså?*

– Jeg følger jo med.

– *Irriterende hvis de har noen gode poenger?*

Øynene får et frekt glimt, og det detter ut av henne:

– Syns ikke det har vært noen kjempepoeng, for å være ærlig!

Frekkheten renner fort av henne:

– Nei, det ble kvalmt. Si heller: Jeg er ikke blitt overrasket. Men det er jo ikke lett å komme med de store overraskelsene i en debatt som dette. Jeg synes alle tre er flinke, jeg.

– *Noen som kommer bort og sier «jeg vet ikke hvem jeg skal stemme på og vil gjerne spørre deg om noe»?*

– Nei. Ingen, sier Normann og tar en bit av frukten sin.

Enebarnet Lisbeth vokste opp i et inneklemt villastrøk på Risløkka i Groruddalen i Oslo. Far var revisor





og hadde ulike lederstillinger, mor var hjemmearbeidende. Der i villaen drømte hun først om å bli ridende politi. Noe så stilig! Siden var hun lenge fast bestemt på å bli jurist. Men plutselig, siste året på videregående, ombestemte hun seg. Hvorfor vet hun ikke helt, bare at hun ville jobbe med folk. Det måtte bli sykepleien.

Karrieren i helsevesenet startet som pleiemedhjelper på Gaustad sykehus, sykehjem og Ullevål. Sykepleierutdanningen tok hun selvfølgelig på Aker; der hun har tilbrakt de aller fleste årene som sykepleier, mest som leder. Operasjonssykepleie ble det også. I fem år, fram til 2006, var hun fagsjef i NSF.

At hans kone vant, fikk Erik Normann med seg hjemme på web-tv. Ikke lenge etter kommer han med lange skritt for å gratulere henne. Erik Normann er barnelege og direktør på sykehuset Nye Ahus. At han er arbeidsgivertopp i helsevesenet samtidig som hun skal lede landets fjerde største arbeidstakerorganisasjon, synes noen er betenkelig.

– Det synes ikke jeg. Det er vi veldig åpne på, Erik og jeg. Han har tatt det opp med sitt styre og

sine tillitsvalgte. Det er mange andre slike konstallasjoner, vi er jo et lite land. Vanligvis er NSF i fredssituasjon. Men i en lønnskonflikt ville jeg jo aldri forskjellsbehandle Ahus. Dessuten er jeg ikke typen som tar sorgene på forskudd. Jeg er overbevist om at vi skal klare å løse eventuelle problemer, sier fruen.

På landsmøtet har problemstillingen ikke blitt berørt.

– Har noen spurt deg direkte?

– Nei, ingen.

– Litt rart, kanskje?

– Hadde ikke blitt overrasket om det hadde blitt trukket fram.

Erik Normann er Lisbeth Normanns viktigste rådgiver.

– Det er gjensidig. Jeg er blitt kjørt hardt, og vi har vært mye uenig. Men vi er blitt enigere om ting vi har vært helt uenige om.

– Som?

– Hvem som skal lede sykehusesene.

De har to barn hver, tre jenter og en gutt, fra 18 til 26 år. To bor fortsatt hjemme på Kjelsås i Oslo. En er sykepleier.

– Og tillitsvalgt, føyer Normann til, og snakker om berikelsen det er å ha alle barna rundt seg.

«Jeg blir lett rørt», sa Normann i valgtalen sin.

– Hvordan skal du klare å forhandle når du er så lettrørt?

– Ja! Ja, ja, sier hun kjapt.

– Det er ikke den type situasjoner som utløser det å være rørt hos meg. Det er andre ting, og det vet jeg veldig godt. Jeg kan styre det. Det er ikke sånn at det renner over. Ofte skjer det med minner, uten at jeg forventer det. Jeg tror ikke jeg får de følelsene rundt forhandlingsbordet.

Hun sa også at hvis hun bare ble valgt, skulle hun ordne opp med både likelønn, rett til hele stillinger og skift/turnus-saken.

– Innen neste landsmøte, lovet du?

– Delegationene er veldig tydelig på dette. Jeg skal gjøre alt som er mulig for å få dette i havn.

– Går du av hvis du ikke klarer det?

– Synes det høres litt defensivt ut. Vi har fire år på oss.

Normann har sittet i landsmøtesalen hele tiden og fått med seg intense sykepleiere med alle typer hjertebarn. 79 forslag til innsatsområder.

– Hva føler du når landsmøtet leses på med oppgaver?

Ikke et eneste vondt ord har hun å si om taletrengte delegater som gjerne gjentar hverandre. Nei, hun er imponert og ser engasjement.

– Vi trenger den type referat fra praksis.

– Litt i meste laget?

– Jeg tenker at det er variert. Nå må vi rydde, og plassere sakene på rette nivå.

En tidligere kollega kommer smettende og gir en klem og en pose. Normann sjekker innholdet og konstaterer at hun er glad i musserende vin.

– Jeg er glad i alt som sprudler, jeg.

Den nye forbundslederen har «tung faglig kompetanse» å by på.

– Både akademisk og praktisk. Jeg har 20 år praksis. Og så

skal jeg bruke mitt nettverk og etablere arenaer.

Hun skal sørge for at ingen våger å ta en viktig bestemmelse i helsepolitikken uten at sykepleierne er rådspurt.

– Vi skal være der beslutningene tas. Ha innflytelse i direktorat og departement. Det feltet kan jeg.

Normann har fått høre at hun er lik sin forgjenger Bente Slaatten.

– Hvorfor det, tror du?

– Vi er veldig tydelige. Det synes jeg er bra å være. Så slipper man å bruke krefter på å tolke hva folk mener. Men engasjementet, i hvert fall hos meg, kan bli oppfattet som strenghet.

Hun har hørt det før: Hun burde smile mer.

– Veldig mange her på landsmøtet har kommet og sagt det. Jeg ser det selv også og skjønner at budskapet kan bli veldig sterkt hvis jeg ser streng ut. Men jeg føler meg ikke slik.

Det med smilingen tar hun som et godt råd.

– Jeg skal øve meg.



MAKTVEKSLING: Bente Slaatten går, Lisbeth Normann kommer.



VIRKER PÅ **DET DU SER** OG IKKE SER

Enbrel i behandling av:*

Revmatoid artritt
Jvenil revmatoid artritt
Psoriasis artritt
Bekhterevs sykdom
Plakk psoriasis

I 14 år har Enbrel påvirket livskvaliteten for tusenvis av mennesker hver dag.^{1,2} Kliniske studier viser en veletablert og effektiv sikkerhetsprofil.^{1,3}

* se full indikasjonsordlyd i FK teksten

1. SPC for Enbrel
2. IMS data
3. Moreland et al, J Rheumatol 2006;33:854-61
FK-tekst se side xx 78

Wyeth

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

Barth Tholens om veien videre

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Dårlige nyheter, Haukaas

Arbeidsgiverne var gjester under NSF's landsmøte forrige uke. Mye tyder på at det snart er slutt på gjestfriheten.

Sammen med KS' Olav Ulleren var Spekters mann Lars Haukaas en selvsagt gjest på landsmøteåpningen. Selv om han er NSF's hovedmotstander i sykehussektoren har forholdet mellom de to partene bedret seg de siste årene. Ingen har fått det helt som de ville, verken når det gjelder lønn eller arbeidsmiljø. Men når begge parter har vært like misfornøyde, kan det tyde på at resultatene har vært til å leve med.

Spekter og KS vet at sykepleiere må tas på alvor hvis de skal nå sine mål. Helseministeren krever at de skal behandle flere pasienter uten at kostnadene går til himmels. Da må arbeidsgiverne ha med seg de som jobber i helsetjenestene. Men selv om arbeidsgivere og arbeidstakere øyensynlig kan ha felles mål, har de helt ulike syn på virkemidlene. Haukaas kan være like visjonær som sykepleierne når det gjelder betydningen av kvalitet i helse-

tenesten. Men hans tro på snarveier kan bare vekke oppgitt hoderisting hos de ansatte.

Spekters leder tror for eksempel at like-lønn – sykepleiernes hjertesak – oppnås best gjennom lokal lønnsdannelse. Argumentet er at det visstnok skal være lettere å åpne pengepungen lokalt enn å gi sykepleierne et nasjonalt lønnsloft som minsker gapet til mannsdominerte yrker. Arbeidsgiverne er også luttre øre når det gjelder behovet for kompetanse og faglighet. Men de vil kjøpe den høyst tiltrengte kompetansen til bunnpris. KS og Spekter vil ha arbeidskraft og dyktige hoder. Men de tilbyr et arbeidsmiljø som stadig får rødt kort i Arbeidstilsynets rapporter.

Det er styrkeforholdet mellom partene som forhandler som vil avgjøre hvilken vei det bærer hen i lønns- og tariffspørsmål. Slik sett var NSF's landsmøte særdeles dårlig nytt for

både Haukaas og Ulleren. NSF vil fortsatt være en konstruktiv medspiller i spørsmål om kvalitet og faglighet. Det er større vilje enn noensinne til å bidra med gode løsninger som kan sikre pasienter et forsvarlig tilbud. Men mitt inntrykk er at NSF har fått både større selvbevissthet og kortere lunte siden forrige landsmøte i 2004.

Noen vil kanskje tro at det lett kan bli en kakofoni av elendighetsbeskrivelser når 350 fremstående sykepleiere møtes på et hotell i Oslo for å diskutere framtiden. Men den tiden er forbi. Under Bente Slaattens tid har NSF funnet ut at veien til suksess går gjennom politisk klokskap, dokumentasjon og klokkeetro på at målet kan nås. Det bar også landsmøtet preg av. Det holder ikke lenger å mene det godt og håpe det beste. NSF skal jobbe strategisk. Her gjelder det å prioritere og blinke ut de sakene hvor det gjelder å bruke rå makt. Akkurat nå gjelder det verdsettingen av sykepleiekompetansen, retten til heltidsstillinger, likelønn og pensjon. Det vil arbeidsgiverne få merke.

Med Lisbeth Normann som ny leder vil NSF fortsette denne linjen. Normann har en høy stjerne i fagmiljøene, hos samarbeidspartnere og i politiske kretser. Hun har mindre erfaring som lønnsforhandler, men hun *kan* forhandle. Det er ingen grunn til å tvile på at hun vil være like kompromissløs som sin forgjenger når det gjelder den økonomiske verdsettingen av yrket. Slaatten lovet streik hvis likelønnskommisjonen neste år ikke klarer å hoste opp forslag som monner og/eller når sykepleiernes pensjon kommer under kryssild ved neste års tariffforhandlinger. Normann vil ikke gå for mindre. Hun har en kampklar, utålmodig organisasjon i ryggen som nå har ryddet opp i eget hus. Vi ønsker henne lykke til!

Barth Tholens



NISSE: Spekter-leder Lars Haukaas tror likelønn kan oppnås gjennom lokal lønnsdannelse. Men sykepleiere tror ikke på denne julenissen. Foto: Erik M. Sundt.



BRYT SMITTEKJEDEN

Hånddesinfeksjon for pasienter og ansatte



ER PASIENTENS HENDER RENE?

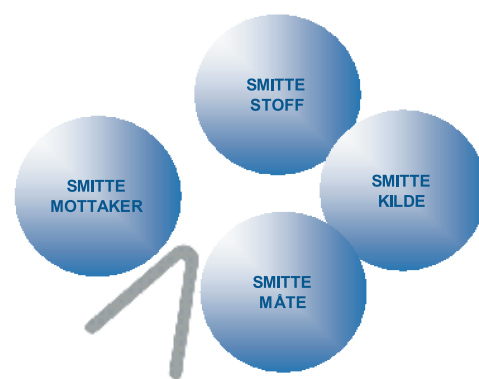
Visste du at på pasienters hender finnes ofte sykdomsfremkallende mikrober, eks. tarmbakterier. Urene hender hos pasienter utgjør en økt smitterisiko. Dette kan vi gjøre noe med! Informer dine pasienter om viktigheten av å verne seg selv mot smitte.

- Våtservietter gis til sengeliggende pasienter og korridorpasienter
- Oppegående pasienter kan bruke hånddesinfeksjonsmiddel

VÆR TRYGG PÅ AT HENDENE DINE ER RENE!

Med hånddesinfeksjonsmiddel dreper du 99% av mikroberne på hendene dine innen 15 sekunder. Med håndvask må du bruke 30 sekunder for å oppnå samme effekt, men husk at helsepersonell bruker gjennomsnittlig 5-8 sekunder på en håndvask og da er hendene fremdeles skitne. Hånddesinfeksjon gir maksimal effekt! Vær nøye med å gni inn middelet også på fingrene, i din kontakt med pasientene.

BRYT SMITTEKJEDEN



Tema: Hepatitt C

tekst og foto Marit Fonn





Hepatitt C

20-30 000 nordmenn har hepatitt C, mange uten å vite det. Hos noen utvikler det seg til cirrhose (skrumplever), som kan føre til leversvikt eller primær leverkreft (hepatocellulært carcinom).

Endelig frisk

«Grete» var 28 år da hun fikk diagnosen hepatitt C. Det tok 15 år før hun orket å gå gjennom den smertefulle behandlingen.

«Grete» har perler i ørene, svart terylenebukse og snakker pent riksmål. Ingenting avslører hennes fortid som narkoman.

Grete snakker gjerne om sine erfaringer. Men anonymt. For selv om hun nå er frisk, forbindes rusmisbruk så sterkt med diagnosen at hun ikke tar sjansen på å vise ansikt.

– Hepatitt C er nesten en like belastende diagnose som hiv, konstaterer hun.

– Reaksjonene vi møter er omtrent de samme, selv om de ikke er like sterke.

Nyoppdaget virus

Grete er en av pasientene til Jorun Almark. Hun er landets mest erfarne hepatitt C-sykepleier. Arbeidsstedet er infeksjonsmedisinsk poliklinikk på Ullevål universitetssykehus.

– Mye ukunnskap, sier hun om helsepersonells forhold til dette

ganske nyoppdagede viruset.

Hepatitt C ble først kjent i 1989, det vil si senere enn hiv-viruset. Tidligere ble sykdommen kalt hepatitt non A - non B. Antakelig kom viruset til Norge på 1970-tallet.

I årenes løp har Almark flere ganger registrert at helsearbeidere benekter at man kan bli frisk av denne alvorlige leversykdommen. Hun har også hørt at pasienter i lang tid har gått med forhøyet

ALAT og ASAT, som er tegn på leversykdom, uten at legen har utredet dette grundig.

– Det er også altfor lite kunnskap om selve behandlingen – som kan gi tøffe bivirkninger, poengterer hun.

Behandlingen, som består av én injeksjon i uken og tablett morgen og kveld, krever motiverte pasienter - og oppfølging underveis. Pasientene må være stabile, ikke nødvendigvis rusfrie.



– Du setter ikke folk med 40 i feber i et hus utpå landet.

Jorun Almark, hepatitt C-sykepleier (bildet)



Grete er sjeleglad for at hun aldri mer må fortelle noen om viruset. For nå slipper hun skammen som fulgte med.

Hun tenker for eksempel på den gangen hun ble akutt innlagt på sykehus på grunn av noe helt annet. Hun opplyste at hun hadde hepatitt C. Da var det i gang. Slik det alltid var: Først spurte de hvordan hun hadde fått det. Og så var det akkurat som helsepersonellet tok på seg et par briller – og et ekstra par latekshansker.

– Når de får vite at du er eks-narkoman, gjelder ikke det du sier like mye lenger. Du er ikke like kompetent som andre. Med mindre du jobber i rusomsorgen, da. Det gjør ikke Grete. Men hun jobber i helsebyråkratiet og møter derfor stadig problemstillinger om rusmisbruk og infeksjoner. Hun kaller innsikten sin for den hemmelige kompetansen. Hun må passe på så kollegene ikke begynner å lure på hvorfor hun kan så mye om dette.

Fortiden kommer tilbake

Almark tror ikke helsepersonells holdninger er bedre enn andres. De fleste av pasientene hennes har vært sprøytenarkomane. Men flere av dem lever vanlige familieliv – og får plutselig fortiden i fleisen.

– Noen flørtet med stoff og sprøyter en kort periode på 1970-tallet. Kanskje bare en gang. Kanskje hadde de en kjæreste som var narkoman, og ble smittet seksuelt, forteller hun.

Diagnosen kommer helt overraskende på dem.

– Det er urettferdig at disse pasientene er så stigmatisert.

I Oslo er rundt 5 000 smittet. Antallet nysmittede er stabilt.

Grete vokste opp i Oslo. Som tre-åring fikk hun en kronisk sykdom. Hun var jevnlig innlagt på sykehus til hun fikk barn og har truffet mange leger og sykepleiere.

Foreldrene var verbale og kreative, men klarte ikke å gi datteren nok omsorg. Faren drakk. Mor var psykisk syk, men søkte aldri hjelp. Det måtte Grete lide under. Foreldrene røykte hasj og levde i sin egen verden. Grete begynte å røyke da hun var 13 og debuterte tidlig med sex. Det var greit, mente foreldrene, bare hun ikke drakk. Moren sendte gjerne datteren til byen for å kjøpe hasj. Slik ble hun «hjulpøt» inn i rusmiljøet.

– Jeg har alltid følt meg annerledes. Jeg følte at ingen var glad i meg og greide ikke søke meg inn i sunne miljøer.

15 år gammel tok hun syre

Hepatitt C er nesten en like belastende diagnose som hiv.

Grete, pasient



(LSD) for første gang. Da hun var 16, kom hun over speed (amfetamin).

– For første gang følte jeg meg både glad og rolig. Jeg visste at jeg skulle ha mer.

Hun vanket etter hvert i de tyngste miljøene. Hun synes likevel hun hadde flaks. Fordi det i hovedsak ble speed og ikke heroin. Amfetamin sliter ikke like mye på kroppen.

– Speed kan gjøre deg psykotisk, men ikke kynisk. For heroinister dreier livet seg om å skaffe ny dose for enhver pris. De siste årene som narkoman gikk jeg over til heroin og merket forandringen på personligheten min. Jeg begynte å bli likegyldig.

Fryktede bivirkninger

Hvor stor sjansen er for å bli frisk av behandling, avhenger av genotypen. Genotype 1 og 4 gir 50 prosent sjanse. Mens med genotype 2 og 3 er sjansen 80 prosent.

Også alderen påvirker prognosen for å bli frisk. Jo yngre, desto bedre. For hvert år som går blir sjansen redusert med 1 prosent. Og hvis pasientene klarer seg med bare 14 ukers behandlingstid, slipper de mye av bivirkningene.

Almark ramser opp de fryktede reaksjonene: Høy feber, hodepine,

kvalme, munntørrehet, depresjon, søvnforstyrrelser, håravfall. Ti prosent får problemer med stoffskiftet.

– Det er mye mer. Alle får bivirkninger, men ingen får alle. De sykeste får de verste bivirkningene. Disse krever tett oppfølging. Får de det, greier de bedre å gjenomføre.

Almark advarer mot å starte behandling og så overlate pasienten til seg selv.

– En som hadde opplevd dette fortalte sin historie på en konferanse. Hun hadde gått bananas og kastet glass rundt seg. Ingen hadde forberedt henne på bivirkningene. Hadde hun hatt noen å snakke med, ville nok reaksjonene blitt dempet.

– Du setter ikke folk med 40 i feber i et hus utpå landet. Du sender dem ikke av gårde med en haug med sprøyter og sier «kom tilbake om fire uker».

Et halvt år etter at behandlingen er avsluttet, må pasienten ta ny HCV- og PCR-test for å få avgjort om sykdommen er helbredet. De som ikke blir friske, vurderes fortløpende.

– Noen går på lav dose medisin i flere år. Slik holdes betennelsesaktiviteten nede og cellene blir ikke ødelagt.

Det var først da Grete ble gravid

hun skjønte at hun var narkoman. Hun prøvde å slutte, men klarte ikke. På den tiden gikk det i cocktails – en blanding av amfetamin og heroin. Det gjorde henne våken og rolig på samme tid. Hun glemmer aldri hvor behagelig det var. Etter ti år med amfetamin var nervene konstant på høykant. Hun fikk plass på akutten, blant de verste misbrukerne.

– Jeg hadde flaks. Med evnen til å se ordentlig ut.

Hun spiste sunt, så streit ut, snakket den rette sosiolen. Men at hun var narkoman, kunne hun ikke lenger fortrenge. Siden hun var gravid, ble hun prioritert og fikk plass på Veksthuset. Der klarte hun å slutte å ruse seg.

Det var her hun ble testet for hepatitt C. Hun tok ikke diagnosen så tungt, det var jo som en dråpe i havet av problemer. Dessuten hadde hun jo vært så sløv med sprøyten. Hun hadde hørt skrekkehistorier om interferonbehandling, og i sin labile tilstand orket hun ikke tanken på det. Hun hadde nok med å være mor, gjøre seg ferdig med videregående og komme seg inn på en høyskole.

Gruer seg

– Har pasienten både hiv og hepatitt C, skynder vi oss å be-

handle hepatitten først hvis det er mulig, forteller Almark.

20 prosent av dem med hepatitt C, blir frisk spontant. Dette skjer i så fall i løpet av de første månedene. Av dem med kronisk virus, har de fleste liten progresjon i sykdommen. Bare rundt 20 prosent vil utvikle skrumplever.

Mange pasienter gruer seg til behandlingen og har mange spørsmål: «Tror du jeg blir bra? Orker jeg dette?»

Klinikken får drøyt 50 nye pasienter i året. Nesten hver dag kommer minst en pasient innom. De vil prate om bivirkninger og planlegge behandlingen.

– Ikke start behandling like før en helg. Utsett behandlingen hvis pasienten skal på teater, i bryllup, på ferie eller andre hendelser. Jeg får ofte bekreftet hvor viktig oppfølgingen er: «Hadde det ikke vært for deg, hadde jeg ikke orket», sier de.

De fleste av Almarks pasienter er fra 30 til 50 år. Noen få er i tjuårene.

Å holde seg rusfri gikk fint. Grete hadde jo følt seg på feil hylle i rusmiljøet. Hun hadde alltid gått med perlene sine, og foretrukket rutete foldeskjørt framfor brune cordfløyelbukser. Døpsuget tolket hun som utslag av nerver.

På grunn av fordommene orker ikke pasientene å være ærlige om hvilke diagnoser de har.

Grete, pasient

Hepatitten tenkte hun ikke så mye på. Men hun testet sønnen sin. Og ble kjempelettet da svaret var negativt.

Etter hvert ble hun lei av å fortelle om hepatitt-viruset. Det hemmet henne også i forhold til menn.

– Det er ikke kult ha en seksuelt overførbart sykdom. Det hindret meg i å «date» i mange år.

Da en legevaktlege kom på hjemmebesøk, sa hun ikke noe. Han ga henne intravenøs behandling. Etterpå ble hun oppringt av legen og utskjelt fordi hun ikke hadde sagt noe. Etter det fortalte hun det alltid når helsepersonell skulle ha kontakt med blodet hennes.

Tannlegen sa hun måtte komme på slutten av dagen. «For jeg må vel desinfisere hele kontoret.» Da hun skulle ha en operasjon, sa en nedlatende kirurg at først måtte de tømme hele operasjonsalen. Grete følte seg skitten.

En dag fortalte fastlegen om en annen hepatitt-pasient som var blitt kurert.

«Du kan også bli kvitt denne sykdommen som er en alvorlig trussel for helsen din. Prøv!» sa han.

I oktober 2005 testet hun først genotypene. Kjempeflaks! 80 prosent sjanse for å bli kurert. Hun

hadde vært rusfri i over 14 år, hadde jobb og startet behandlingen med godt mot. Tre måneder, så å si uten bivirkninger.

Men hun trengte en runde til. Tre nye måneder med behandling. Det var da bivirkningene kom.

Grete var deprimert og kraftløs og ville helst bare sitte i sofaen med teppe. Hun følte seg tynnhudet, mistet hår og sov dårlig. Forventningene var ikke høye. Grete visste at hun ikke hadde noen garanti for å bli frisk. Men behandlingen er uansett en gave til leveren din, hadde Jorun sagt.

– Jeg hadde egentlig ikke mot til å forestille meg et liv uten viruset. Men da jeg fikk negativt prøvesvar, kjente jeg gleden bølge.

Gradvis har selvtilliten økt.

– Nå føler jeg meg på nivå med andre og bærer ikke lenger på denne vonde hemmeligheten om å være smittsom. Skamfølelsen er verre å bære enn vissheten om at du kan dø tidligere av sykdommen.

Samfunnsøkonomisk

Almark ønsker seg en egen hepatittpoliklinikk med bedre plass og flere folk. Det blir for urolig i dagens lokaler.

– Å satse på disse pasientene er lønnsomt for samfunnet. I tillegg til at viruset gjør folk dårlige,

fører det til kostbar behandling.

Prisen på hele behandlingen er 100-200 000 kroner. Virusprøvene koster mellom 500 og 1 500 kroner.

Hun slår også et slag for sprøytebusser. Der er det mye å hente på å forebygge, ved at færre deler sprøyte.

Grete synes sykepleierne er preget av uvitenhet og fordommer om hepatitt, hiv og rusmisbruk.

– De diskriminerer uten at de er klar over det. På grunn av fordommene orker ikke pasientene å være ærlige om hvilke diagnoser de har.

Hun forstår ikke helsepersonells behov for å vite hvordan hun var blitt smittet.

– Det er jo via sex eller sprøyter, det.

Hun har opplevd at sensitiv informasjon er blitt utlevert uten relevans til den aktuelle saken. Hun tror det har med holdninger til rusmisbrukere å gjøre.

– Det er et underdogproblem. Og det fører til dårlig behandling. Flere år etter at jeg var rehabilitert var det hepatitten og oppholdet på Veksthuset som ble omtalt i epikrisen. Ikke sykdommen jeg var innlagt for, som overhodet ikke hadde sammenheng med hepatitt C.



– Det fins regler som skal sikre likebehandling og rettssikkerhet, men disse blir ikke overholdt når det er snakk om ressursvake pasienter.

Selv om hun er frisk, vil hun alltid ha antistoffene i seg. Derfor har hun bedt om en skriftlig bekreftelse på at hun er kvitt viruset.

Grete mener at jo høyere opp i hierarkiet, desto mindre er tilliten til deg som eks-narkoman. Særlig er hun kritisk til legene. Hun synes de er arrogante, uten empati og at de beskytter seg og sine.

Kanskje vil hun etter hvert vise ansikt. Men ikke ennå.

– Jeg skulle ønske at arbeidsgiver ville stole på meg. Men jeg er kjempeskeptisk.

Kan hende undervurderer jeg dem. Men det tør jeg ikke ta sjansen på.



TØFT: Med injeksjoner (pegylert interferon) og tabletter (ribavarin) skal viruset fordrives. Bivirkningene kan bli tøffe.

Mer om hepatitt C

Hepatitt C smitter via blodet.

Tall for Norge:

- 85 prosent er blitt smittet via sprøyter
- Knappt 5 prosent via transfusjoner
- Hos 10-15 prosent er smitteveien ukjent. Det kan være via tatovering, piercing, seksuell smitte, ulike sykehusprosedyrer.

Hepatitt C testes via antistoff:

Er testen positiv, har man vært i kontakt med viruset, men ikke nødvendigvis utviklet kronisk

infeksjon. For å stadfeste om man fortsatt har viruset, må man ta en PCR-test.

Hepatitt C behandles med pegylert interferon (subkutan injeksjon en gang per uke) og ribavarin (tablett morgen og kveld). Genotypen bestemmer lengden på behandlingen: Type 2 og 3 blir behandlet i 14 til 24 uker. Type 1 og 4 blir behandlet i 24 til 48 uker.

(Kilder: Jorunn Almark og Olav Dalgard)

C MabThera Roche
Antineoplastisk middel.
ATC-nr.: L01X C02

KONSENTRAT TIL INFUSJONS/ESKE 10 mg/ml: 1 ml inneholder: Rituximab 10 mg, natriumsitrat 7,35 mg, polysorbat 80 0,7 mg, natriumklorid 9 mg, natriumhydroksid/saltsyre til pH 6,5, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml.

Indikasjoner: Non-Hodgkins lymfom hos pasienter med stadium III-IV CD20 positivt follikkelsentercellymfom eller stadium II-IV CD20 positivt follikkelsentercellymfom som er kjemoresistent eller pasienter som er i andre eller senere tilbakefall etter kjemoterapi. Behandling av tidligere ubehandlede pasienter med stadium III-IV follikkelsentercellymfom i kombinasjon med CVP kjemoterapi. Vedlikeholdsbehandling hos pasienter med residivert/refraktært follikkelsentercellymfom som har respondert på kjemoterapi indusjonsbehandling med eller uten tillegg av MabThera.

Behandling av pasienter med CD20-positive, diffuse, store B-celle non-Hodgkins lymfom i kombinasjon med CHOP kjemoterapi. Reumatoid artritt: Behandling i kombinasjon med metotreksat hos voksne pasienter med alvorlig, aktiv reumatoid artritt som ikke har respondert tilfredsstillende, eller som har vist intoleranse, overfor andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. ett eller flere legemidler som hammer tumornekrosefaktor (TNF).

Dosering: Pasientene bør følges nøye mht. «cytokine release syndrome». Dersom pasienten utvikler symptomer på alvorlige reaksjoner, spesielt alvorlig dyspné, bronkospasme og hypoksi, skal infusjonen avbrytes umiddelbart. Infusjonen skal ikke settes i gang igjen før alle symptomer er borte og resultatene av laboratorietester og røntgen er normalisert. Infusjonen kan da gjenopptas med en hastighet som er redusert til halvparten av den siste administrerte infusjonen. Hvis de samme alvorlige bivirkningene opptrer på nytt, må det vurderes nøye om behandlingen skal avbrytes. Dersom det utvikles milde eller moderate infusjonsrelaterte bivirkninger, vil disse vanligvis reduseres ved at infusjonshastigheten nedsettes temporært. Ved bedring av pasientens symptomer, kan infusjonshastigheten økes igjen. Voksne: Non-Hodgkins lymfom: Anbefalt dosering ved monoterapi er 375 mg/m² kroppsoverflate som i.v. infusjon i 1 gang pr. uke i 4 uker. Anbefalt dosering i kombinasjon med CVP er 375 mg/m² kroppsoverflate, i 8 sykluser (21 dager/syklus) gitt på 1. dag av hver kjemoterapisyklus etter i.v. injeksjon av kortikosteroidkomponenten i CVP. Ved residiv kan ny indusjonsbehandling gis. Pasienter som har respondert på indusjonsbehandling kan få vedlikeholdsbehandling med 375 mg/m² kroppsoverflate hver 3. måned til sykdomsprogressjon eller i en periode på maks. 2 år. Ved diffuse, store B-celle non-Hodgkins lymfomer skal preparatet brukes i kombinasjon med CHOP kjemoterapi. Anbefalt dose er 375 mg/m² kroppsoverflate, i 8 sykluser, gitt på 1. dag av hver kjemoterapisyklus etter i.v. injeksjon av kortikosteroidkomponenten i CHOP. Bør administreres på sykehusavdeling med fullt resuscitasjonsutstyr tilgjengelig og under nøye overoppsyn av erfaren onkolog/kjemoterapeut. Premedisinering med analgetikum og antihistamin (f.eks. paracetamol og difenhydramin) bør skje før hver infusjon. Premedisinering med kortikosteroider bør også vurderes. I infusjon: Anbefalt initial infusjonshastighet er 50 mg/time, deretter kan infusjonshastigheten økes med 50 mg/time hver 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Etterfølgende infusjoner: Gjentatte doser kan gis med en innledende infusjonshastighet på 100 mg/time og økes med 100 mg/time hvert 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Reumatoid artritt: En innledende infusjonshastighet på 100 mg/time og økes med 100 mg/time hvert 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Kontraindikasjoner: Non-Hodgkins lymfom: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Reumatoid artritt: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Aktiv, alvorlig infeksjon. Alvorlig hertesvikt (NYHA klasse IV) eller alvorlig, ukontrollert hertesvikt.

Forsiktighetsregler: Generelle forsiktighetsregler: Infusjonsreaksjoner relatert til frigivelse av cytokiner og/eller andre kjemiske mediatører kan forekomme. Premedisinering med i.v. glukokortikoid reduserer signifikant insidens og alvorlighetsgrad av disse hendelsene. Reaksjonene er vanligvis reversible ved reduksjon av infusjonshastigheten eller avbrytelse av rituximabinfusjonen, og administrering av antipyretikum, et antihistamin og tilførsel av til og med oksygen, i.v. saltvann eller bronkodilaterende midler og glukokortikoider ved behov. Når symptomene er gått fullstendig tilbake, kan infusjonen i de fleste tilfeller gjenopptas med en 50% redusert infusjonshastighet (f.eks. fra 100 mg/time til 50 mg/time). Analytiske eller andre overfølsomhetsreaksjoner kan forekomme hos pasienter med i.v. administrering av murine proteiner. Legemidler til behandling av overfølsomhetsreaksjoner, som f.eks. adrenalin, antihistaminer og kortikosteroider, skal finnes tilgjengelig for umiddelbar bruk i tilfelle en allergisk reaksjon inntreffer under administrering av rituximab. Ettersom hypotensjon kan forekomme under infusjon av rituximab, bør det overveies å avbryte behandlingen med antihypertensive legemidler 12 timer før infusjonen. Angina pectoris eller hjertangina (som atrieflutter- eller flimmer), hertesvikt eller hjerteinfarkt, har forekommet hos pasienter med tidligere hertesvikt/anamnesis. Disse pasientene bør overvåkes nøye. Ved samtidig bruk av cytotoxiske kjemoterapi bør pasienter med hepatitt B i anamnesen følges nøye med hensyn på hepatitt B-symptomer, da svært sjeldne tilfeller av hepatitt B reaktivering, inkl. fulminant hepatitt, kan forekomme.

Tilberedt infusjonsoppløsning må ikke administreres som hurtig i.v. injeksjon eller som bolusinfusjon. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Ved non-Hodgkins lymfom: Pasienter med et høyt antall (>25 000/mm³) sirkulerende maligne celler, som kan ha høyere risiko for å utvikle særlig alvorlig «cytokine release syndrome», bør behandles med meget stor forsiktighet og kun når andre terapeutiske alternativer er utsluttet. Disse pasientene må følges meget nøye under hele 1. infusjon. Redusert infusjonshastighet bør vurderes for 1. infusjon hos disse pasientene. Akutt respirasjonssvikt kan være kombinert med fynn av lungeinfiltrasjon eller lungeødem, synlig på et røntgenbilde av lungene. Pasienter med redusert lungekapasitet eller med lunorinfiltrasjon i lungene bør behandles med forsiktighet. Infusjonen må stoppes umiddelbart hos pasienter som utvikler alvorlig «cytokine release syndrome», og innledende symptomatisk behandling må igangsettes. Da innledende bedring i kliniske symptomer kan følges av ny forverring av tilstanden, bør disse pasientene monitoreres nøye inntil tumorlysesyndrom og infiltrasjon av lungene er avdekket eller utelukket. Videre rituximab-behandling etter fullstendig resitasjon før de blir gitt ytterligere sykluser med rituximab. Legger bør gjennomgå vaksinasjonsstatus for pasienter som vurderes for de blir gitt ytterligere sykluser med rituximab. Legger bør gjennomgå vaksinasjonsstatus av voksne mot smittsomme sykdommer. Vaksinasjon bør være fullført minst 4 uker før første infusjon av rituximab. Levende vaksiner er ikke anbefalt hos pasienter mens de er depriver for B-celler. Samtidig bruk av rituximab og antitumoriske legemidler andre enn de som er spesifisert under reumatoid artritt indikations- og doseringsavsnittene er ikke anbefalt.

Pasienter bør observeres nøye for tegn på infeksjon dersom biologiske legemidler og/eller DMARDs blir brukt etter rituximabbehandling. Immunmodulerende legemidler kan øke risikoen for malignitet. Basert på begrenset erfaring med rituximab hos pasienter med reumatoid artritt, kan på nåværende tidspunkt en mulig risiko for utvikling av solide tumorer ikke utelukkes.

Interaksjoner: Pasienter med flere fra humant antimus antistoff eller humant antikimærisk antistoff (HAM/AHACA) kan få allergiske eller overfølsomhetsreaksjoner ved behandling med andre diagnostiske eller terapeutiske monoklonale antistoffer.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Da IgG passerer placentabarrieren hos menneske, kan rituximab tenkes å forårsake tap av B-celler hos fosteret. Preparatet kan bare brukes under graviditet dersom fordelene for mor og barn oppveier risikoen for barnet. Pga. den lange retensjonstiden for rituximab hos pasienter med lavt antall B-celler, skal føttene kvinner bruke et effektivt antikonseptivt uterforbeholdning og oppfølging 12 måneder etter avsluttet behandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes. Preparatet skal derfor ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Pasienter med høy tumorbelastning, definert som enkle lesjoner med diameter >10 cm, har økt forekomst av alvorlige (gr. 3-4) bivirkninger. Infusjonsrelaterte bivirkninger som inkl. «cytokine release syndrome» opptrådte hos mer enn 50% av pasientene og ble hovedsakelig sett under 1. infusjon med rituximab, vanligvis i løpet av de første 2 timene. Disse bivirkningene omfatter primært feber og frysninger/stivhet. Andre symptomer er «flushing», angioødem, kvalme, urticaria/utslett, tretthet, hodepine, halsirritasjon, rhinitt, oppkast og tinnus/ørte. I ca. 10% av tilfellene opptrådte disse symptomene sammen med hypotensjon og hjertesvikt. Mindre vanlige bivirkninger var forverring av eksisterende hjertelidelser som angina pectoris og hertesvikt. Frekvensen av infusjonsrelaterte bivirkninger reduseres vesentlig ved gjentatte infusjoner. Fatale utfall er rapportert for pasienter som utviklet alvorlig cytokine release syndrom, av og til assosiert med tegn og symptomer på tumorlysesyndrom som førte til multorgansvikt. Hematologiske abnormiteter forekommer hos en liten del av pasientene og er oftest milde og forbigående. Sjeldne tilfeller av pancytopeni. Et enkelttilfelle av forbigående aplastisk anemi og sjeldne tilfeller av hemolytisk anemi er rapportert. Analytisk er rapportert. Under behandling og i inntil 1 år etter behandling av non-Hodgkins lymfom, utviklet henholdsvis ca. 17% og 16% av pasientene infeksjoner som vanligvis var ordinære, ikke-oppportunistiske og milde. Hos pasienter med reumatoid artritt som fikk behandling med rituximab var akutte infusjonsrelaterte bivirkninger de hyppigste. Infusjonsreaksjoner foretok hos 15% av pasientene ved første infusjon, 13% ved andre infusjon. Hyppige (>1/100): Blod: Leukopeni, alvorlig trombocytopeni, alvorlig nøytropeni, febril nøytropeni, hematokritsist, aplastisk anemi og alvorlig anemi. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, anoreksi, kvalme, oppkast, dyslagi, stomatitt, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Alopeci, hudsykdom, pruritus, rødhet, urticaria, økt svetteutendelse (spesielt om natten), herpes simplex, herpes zoster. Luftveier: Bronkospasme, rhinitt, økt hoste, dyspné, respiratorisk sykdom, sinusitt, bronkitt, øvre luftveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon. Metabolske: Angioødem, hyperglykemi, perifer ødem, økt LDH, hypokalsemi, vektapp, hyperglykemi, hyperkolesterolemie. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgia, smerte, hypertoni, muskelspasme, osteoartritt. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, angst, paresesier, hypostasi, agitasjon, søvnløshet, sensorisk forstyrrelse, nervøsitet, forvirring. Sirkulatoriske: Hypertensjon, takykardi, arytmi, pøstural hypotensjon, hertesvikt, venetrombose, hertesvikt, atrieflimmer, lungeødem. Syn: Forstyrrelser i tåreutskillelsen, konjunktivitt. Øvrige: Asteni, mave-, ryg- og brystmerter, utilpasshet, frysninger, hevelse i buken, smerte på infusjonsstedet, utilstrekkelig kontroll av diabetes mellitus, ørsmerte, tinnus, migrène, urinveisinfeksjon. Mindre hyppige: Blod: Koguljonsforstyrrelser, lymfadenopati. Hud: Sjeldne tilfeller av alvorlige bulløse hudreaksjoner, inkl. toksisk epidermal nekrolyse med dødelig utgang, angioneurotisk ødem, generalisert pruritus. Luftveier: Astma, lungeforstyrrelser, bronkiolitt med obliterasjon, bronkospasme, gispning, laryngødem. Nervesystemet: Neuropati, depresjon. Sirkulatoriske: Hjerteinfarkt, bradykardi, vaskulitt. Øvrige: Smakforstyrrelser, hørsløshet, alvorlig svimmelhet, økt blodtrykk, hetteglassreaksjoner og rekruttering er rapportert. Sjeldne (<1/1000): Forbigående økning i serum IgM-nivåer ved Waldenstrøms makroglobulinemi, hepatitt B reaktivering. Egenskaper: Klassifisering: Genetisk fremstilt kimærisk mose/humant monoklonalt antistoff, som består av et glykosylert immunoglobulin med human IgG1 konstant region og murine variable regioner. Virkningsmekanisme: Bindes spesifikt til det transmembranet antigenet, CD20, et IgG-glykoprotein, lokalisert på pre-B- og modne B-lymfocytter. Rituximabs Fab-domene bindes til CD20-antigenet på B-lymfocytter og rekrutterer derved immune effektorceller til å mediere B-celle lysesing. Mulige celle-lyseringsmekanismer inkluderer komplementavhengig cellytelse av cytotoxicitet (CDC) og antistoffavhengig cellulær cytotoxicitet (ADCC). Absorpsjon: Antistoffkonsentrasjonen i serum øker med økende dose. Gjennomsnittlig C_{max} 239-481 µg/ml etter 4. infusjon. Serumkonsentrasjonen er nesten ubetydelig med tumorbyrde. Etter reumatoid artritt-behandling med 2 i.v. infusjoner på 1000 mg med 2 ukers mellomrom var gjennomsnittlig C_{max} 370 µg/ml (intervall 212 til 637 µg/ml). Halveringstid: 68 og 190 timer etter hhv. 1. og 4. infusjon. Plasma clearance 45,9 ml/time etter 1. infusjon og 14,5 ml/time etter 4. infusjon. Rituximab er som regel detekterbart i 3-6 måneder. Etter reumatoid artritt-behandling med 2 i.v. infusjoner på 1000 mg med 2 ukers mellomrom er halveringstiden 20,8 dager, og gjennomsnittlig systemisk clearance 230 ml/dag. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Ufortynnet konsentrat beskyttes mot direkte sollys. Ferdig tilberedt infusjonsoppløsning bør brukes umiddelbart. Ferdig oppløsning er stabil i 12 timer ved værelsesstemperatur og 24 timer i kjøleskap (2-8°C). Andre oppløsningsmidler: Hetteglasset er sterilt og inneholder ingen stabilisatorer. Infusjonskonsentrat fortynnes til en beregnet konsentrasjon på 1-4 mg/ml rituximab i natriumklorid 9 mg/ml eller glukose 50 mg/ml. Bland oppløsningen ved sakte å vende posen for å unngå skumdannelse. Aseptisk tilberedelsesteknikk benyttes. Pakninger og priser: Hettegl.: 2 x 10 ml kr 5567,70, 50 ml kr 13967,60.

Sist endret: 01.09.2006



FLEST: De fleste hepatitt C-pasientene kommer til behandling på poliklinikken på Ullevål universitetssykehus. – Kvinner er lettest å behandle, sier lege Olav Dalgard, som jobbet der før.

Vil ikke skremme

– Bare et mindretall blir alvorlig syk av hepatitt C. Og viruset er lite smittomt, beroliger lege Olav Dalgard.

Hyppig sprøytedeling må som regel til for å overføre viruset, poengterer Dalgard, tidligere kollega av Almark på infeksjons-poliklinikken. Nå arbeider han med levertransplantasjoner på medisinsk avdeling ved Rikshospitalet.

Det er aller lettest med damer: – Kvinner har et mildere forløp av sykdommen og responderer lettere på behandlingen. Og kvinnelige stoffmisbrukere klarer i større grad å holde seg rusfri enn mannlige.

Ikke som hiv

Selv om Dalgard er opptatt av ikke å skremme, understreker han at det er viktig å komme seg til spesialist.

– Der vil mange bli beroliget. Hepatitt C er ikke som hiv, der

alle vil utvikle alvorlig sykdom.

Også stoffmisbrukere må til spesialist. Om de ikke er klare for behandling ennå, trenger de informasjon om sykdommen. De som går på metadon og Subutex kan behandles.

Dalgard anslår at halvparten av stoffmisbrukerne har kronisk hepatitt C, mens ni av ti har antistoffer. Blant landets 40-åringene generelt har sannsynligvis 2 prosent antistoffer av hepatitt C i seg.

Transplantasjoner

– Vi vet ikke hvor stor andel som vil nå endestadiet av sykdommen, og hvordan det vil gå hvis pasienten har viruset lenge nok. Det er fare for at av pasienter som blir smittet som unge voksne, vil 10-20 prosent

komme til å dø av sykdommen eller bli levertransplantert. I USA og mesteparten av Europa er hepatitt C viktigste årsak til levertransplantasjon. Slik er det ikke i Norge i dag, men andelen er økende.

Helsepersonell har ofte en overdreven redsel for hvor smittomt viruset er.

– Pasienter risikerer at personellet tar på seg hansker, og å måtte føde omgitt av folk i gule frakker, beklager han.

Risikoen for å bli smittet seksuelt er nesten lik null. I en italiensk undersøkelse ble par der den ene parten hadde hepatitt C fulgt i ti år. Ingen ble smittet.

– Derfor er jeg freidig nok til å si at du ikke trenger bruke kondom om du har hepatitt C.

Viktige sykepleiere

Dalgard påpeker at feltet er avhengig av at sykepleierne tar ansvar. På en hepatitt-klinikk er sykepleierne ofte til stede daglig, i motsetning til legene.

Dalgard opplyser at pakistane er overrepresentert blant hepatitt C-pasientene.

– Vi tror det er fordi de er blitt behandlet med urene sprøyter på legekontorer og under vaksiner i Pakistan. De er ofte smittet tidlig i livet, og de blir derfor alvorlig syke i yngre alder enn norske pasienter.

"...jeg tar det neste gang!"

Ref.nr.: 0711- 2006

Når menn kommer til legen sin med vannlatingsbesvær, tenker man ofte prostata.

Nå viser studier at rundt halvparten av alle menn med blæreutløpsobstruksjon har overaktiv blære og at opp til 33% av mennene med blæreutløpsobstruksjon fortsatt har plager med overaktiv blære etter kirurgiske inngrep mot obstruksjon.

Det er derfor viktig at man tenker på flere årsaker enn prostata når man ønsker effektiv behandling av vannlatingsproblematikk hos menn.¹



Enkel dosering
- 4 mg x 1.

 **Detrusitol[®] SR**
tolterodine tartrate

1. Omarbeidet etter Chapple, Roehrborn, European Urology 49, 2006; 651-659
Se preparatomtale side 80

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 vegetabilisk
- 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, hveteikim og jernrik gjærekstrakt med høy opptagelighet.

Floradix Formula finnes i 10 størrelser og tablettform. Du får den i dagligvareforretningene, apotek og i helsekostforretninger.

NYHET!
Forbedret innhold



**FLORADIX®
FORMULA**
JERNEKSTRAKT
VITAMIN- OG
MINERALTILSKUDD
med jern,
B- og C-vitaminer

Floradix® Formula er et vitaminrikt og mineralrikt kosttillskudd som gir godt for allmennheten.

Norges
mest solgte
jerntilskudd!



Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
epost: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Krever likelønn innen 2012

NSF landsmøte skjerper tonen i likelønnsdebatten. I en politisk uttalelse krever NSF's landsmøte likelønn innen 2012.

«Norsk Sykepleierforbunds landsmøte har betydelige forventninger til Likelønnskommisjonens arbeid! Med de erkjente lønnsforskjeller vi har mellom kvinner og menn i Norge, må kommisjonen vise mot og erkjenne at en utjevning av lønnsforskjellene innenfor en rimelig fremtid kun kan oppnås med offensive tiltak hvor de kvinnedominerte yrkene gis større lønnstillegg enn menn.

Økonomisk selvstendighet er en forutsetning for at kvinners valgmuligheter både i arbeidsliv og familiesituasjonen blir reelle. Økonomisk selvstendighet er grunnlaget for det enkelte individs levekår og selvfølelse. Økonomisk selvstendighet i de årene man er yrkesaktiv bidrar til tilsvarende uavhengighet ved oppnådd pensjonsalder.

Verdsettingsdiskrimineringen, der kvinner tjener mindre enn menn med tilsvarende utdanning, kompetanse og ansvar, er en av de største likestillingsutfordringene i arbeidslivet.

Vårt kjønnssegregerte arbeidsmarked fungerer i praksis slik at det finnes to nokså atskilte arbeidsmarkeder. I det ene som er preget av hele stillinger og best lønnsbetingelser, arbeider menn. I det andre hvor det er utstrakt bruk av deltidsstillinger og midlertidige tilsetninger, og arbeidet er lavere lønnet, arbeider kvinner. Verdsettingsdiskriminering

gen bidrar til å opprettholde en kjønnsstradisjonell arbeidsdeling både hjemme og i arbeidslivet.

Tiltak som rett til hel stilling uten økt helgebelastning, jevnere fordeling av omsorgsoppgaver/ permisjonsrettigheter og tilrettelegging for karriereutvikling er viktige satsningsområder fordi de bidrar til å gi kvinner utvidede muligheter til yrkesdelaktelse og derved gir enkeltindividet mulighet til å få en høyere lønn. Men de er verken alene eller samlet tilstrekkelige til å utjevne lønnsforskjellene mellom kvinnedominerte og mannsdominerte yrker. Det må derfor gjøres mer! For at individets valg i det moderne samfunnet skal bli reell, MÅ lønnsforskjellene utjevnes.

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte forventer at Like-lønnskommisjonen i tråd med sitt mandat legger frem offensive tiltak for å utjevne lønnsforskjellene mellom kvinner og menn; herunder tiltak som kan styrke tariffoppgjørene som arena for slik utjevning.»

Grethe, 78 år. Tørr hud og pensjonert laborant.



NYHET

**EXTRA
HUDCREME**

Uden parfume
Utan parfym

Dokumentert
MILD
Tukstoft Medis



Natusan
INSTITUTION

Johnson-Johnson

**Er du i ferd med å gå ut
av ditt gode skinn?**

Fordi huden føles tørr, den klør,
den prikker, den strammer

Vet for lite om diabetes

For liten kompetanse om diabetes fikk Helse Nord til å spytte i potten og opprette gratis videreutdanning.

I høst startet andre kull med 60 studenter. De kommer fra hele Nord-Norge, 30 fra sykehusene og 27 fra kommunehelsetjenesten. Tre kommer fra Sør-Norge, én så langveisfra som Son i Akershus. De studerer ved hjelp av samlinger og internett.

Mer kunnskap!

– Diabetes berører alle grupper i samfunnet og alle helseprofesjoner, påpeker Nora Frydendal Hoem.

Hun er sykepleier og rådgiver i Seksjon for kunnskapsbygging ved Nordlandssykehuset i Bodø. Beryll Kristensen fra Helse Nord og Per-Arne Imøy fra Høgskolen i Bodø forteller om et fruktbart samarbeid mellom sykehus, regionalt helseforetak og høgskole. Og mellom praksis og teori.

– I 2005 meldte karkirurgisk og medisinsk avdeling behov for kunnskap, opplyser Nora Frydendal Hoem.

Samtidig viste en kartlegging at mer diabeteskunnskap var påkrevd i hele landsdelen, og diabetes ble prioritert område i kronikersatsningen til Helse Nord.

Fordoblet i 2025

Ifølge tall fra Norges Diabetesforbund har 250 000 nordmenn diabetes. 225 000 av dem har diabetes type 2, halvparten av dem uten å vite om det. På verdensbasis kan så mange som 246 millioner mennesker ha diabetes, og prognoser anslår at antallet vil være fordoblet i 2025.

Derfor trenger helsepersonell i alle deler av helsetjenesten mer kompetanse. Spørsmålet var hvor kompetansen skulle hentes. Fra før fantes en videreutdanning i diabetessykepleie i Bergen, men

den kostet penger og reiseveien var lang. Derfor gav Nordlandssykehuset og Helse Nord klarsignal til å lage et eget utdanningsprogram.

Det er Beryll Kristensen, regional diabetessykepleier og prosjektleder for diabetes, fornøyd med.

– Gull verdt, mener hun.

– Vi kunne jo reist rundt og holdt kurs og foredrag, men det er ikke nok. En utdanning bygger virkelig kompetanse.

Med eksamen

Utdanningen skal være praksisnær, og henter forelesere som er kapasiteter på sine felt, uansett hvor de kommer fra. Spesialist i indremedisin og prosjektdirektør i Sosial- og helsedirektoratet Tor Claudi, som driver legepraksis i Bodø, er fagansvarlig.

Fordi alle typer helsepersonell møter problemstillinger knyttet til diabetes, enten i form av behandling eller forebygging, er utdanningen tverrfaglig. I første kull var det både leger, ernæringsfysiologer og jordmødre, foruten fagfolk fra apotek og psykiatri. De fleste var sykepleiere.

Nora Frydendal Hoem forteller at erfaringen var så god at Nordlandssykehuset og Helse Nord ville gjenta suksessen. For at økt kompetanse også skulle gi uttelling i studiepoeng, ble det inngått samarbeid med Høgskolen i Bodø. Resultatet ble et deltidsstudium på

60 studiepoeng over fire semestre, som kan inngå i en mastergrad. Høgskolen kvalitetssikret utdanningen og tilpasset den gjeldende retningslinjer, slik at de som allerede var i gang fikk mulighet til å avlegge eksamen.

30 + 15 + 15

Hoveddelen gir 30 studiepoeng i diabetesbehandling og -omsorg. I tillegg gir nettbasert helsepedagogikk 15 studiepoeng og forskningsmetode og vitenskapsteori ytterligere 15. Alt er normert til deltid og alle studiepoengene er gratis. Studentene betaler kun semesteravgift på rundt 600 kroner.

Ifølge etter- og videreutdanningskoordinatør Per-Arne Imøy kan studiet være gratis så lenge rekrutteringen er god.

– Vi valgte å ha dette studiet som en del av vårt studietilbud, og dermed finansierer vi det over eget budsjett, sier han.

Så langt har høgskolen måttet operere med ventelister. Imøy forteller om et interessant samarbeid mellom høgskole, sykehus og regionalt helseforetak.

– Vi har vært tre fagmiljøer på hvert vårt nes, som nå er samlet.

Ikke praksis

For å sikre at det studentene lærer er matnyttig, er praksisfelt og fagmiljø spurt om hvor det skorter på kunnskap. Brukerne selv er både trukket inn som rådgivere



Videreutdanning i diabetesbehandling og -omsorg

- Et samarbeid mellom Helse Nord, Nordlandssykehuset og Høgskolen i Bodø.
- Deltidsstudium over fire semestre.
- Er bygget opp av tre moduler, og organisert som samlinger og nettstudier. De tre modulene gir til sammen 60 studiepoeng.
- Det er mulig å ta en, to eller alle tre moduler.
- Ingen kursavgift, men semesteravgift på rundt 600 kroner i semesteret.

Les mer: www.hibo.no

og forelesere. Studentene jobber mye med kasustikker, men de har ikke praksis.

– *Er ikke det problematisk?*

– Nei, mener Nora Fryndal Hoem.

– Dette er et deltidsstudium og studentene er i jobb. Der kan studentene bruke det de lærer.

– Men vi har praktiske øvelser, som for eksempel injeksjonsteknikk

og blodsuktermåling. Studentene må delta på seks samlinger, hvor de ikke kan ha mer enn ti prosent fravær.

De vurderes ut fra et egenprodusert undervisningsopplegg og individuell hjemmeeksamen.

– Vi får veldig gode tilbakemeldinger, opplyser Nora Fryndal Hoem.

Og regner med at neste kull vil starte opp høsten 2008.



Også i Bergen

Høgskolen i Bergen tilbyr også videreutdanning i diabetessykepleie på deltid. Den gir 60 studiepoeng og koster 12 000 i semesteret pluss semesteravgift. Les mer: www.hib.no



3 X DIABETES: Beryll Kristensen (t.v.), regional diabetessykepleier og prosjektleder for diabetes i Helse Nord, Nora Fryndal Hoem, Seksjon for kunnskapsbygging i Nordlandssykehuset og Per-Arne Imøy, koordinator for etter- og videreutdanning ved Høgskolen i Bodø.

Pasienter under

BERGEN: Hver dag blir 16 pasienter behandlet i små trykk-tanker på Haukeland sykehus. Neste år blir det plass til enda flere pasienter – i et stort nytt trykkammer.

Når Sykepleien er på besøk i oktober, er det nye trykkammeret fortsatt innpakket i plast og står midt på en byggeplass. Ombygging må til for å få plass til kammeret, som kan romme tolv sittende pasienter. 6. desember skal kammeret åpnes offisielt.

Men i noen rom bortenfor er trykkammerbehandlingen i full sving. Siden 2003 har seksjon for hyperbarmedisin drevet med oksygenbehandling i fire enmanns-kamre. Haukeland universitetssykehus har landsfunksjon for elektiv behandling.

Behandler sår

Det er ikke bare uheldige dykkere som trenger behandling under trykk. Flertallet av pasientene har sårskader etter strålebehandling, særlig i kjeven, men også i tarm og blære. Ventelistene er lange. Oversykepleier på yrkesmedisinsk avdeling Martha Forland kan bekrefte at det nye kammeret er etterlengtet. Og at dette aller mest er seksjonsoverlege Leif Aanderud sin «baby».

I et grønt, slitt bygg som snart skal rives har yrkesmedisinsk avdeling sine kontorer. På Aanderuds kontor får vi se bilder av interiøret i den nye trykktanken. De viser at pasientene enten kan sitte eller ligge. Der skal de oppholde seg uten pleiepersonell.

Til akutt pasienter bruker sykehuset i dag et stort trykkammer som tilhører Forsvaret på Haakonvern. Der har både Forland og andre sykepleiere sittet ved pasienters side under behandlingen.

– En av sykepleierne fikk trykkfalls-syke etter å ha sittet i trykktanken sammen med en pasient. Hun er nå uføretrygdet, forteller hun.

Nå slipper altså sykepleierne den risikoen.

– Det blir bare peanuts i forhold til før. Fra å ha det tungvint og risikabelt, blir alt mye enklere, sier Forland.

Dustin Hoffman

Før 2003, mens sykehuset ventet på enmanns-kamrene, ble utenlandsmilliarden brukt for pasienter med behov for trykkbehandling.

– Vi dro med dem til Karolinska i Stockholm og Rikshospitalet i København.

Der hospiterte også sykepleierne i 14 dager hver.

– Så da vi fikk trykk-tankene i mars 2003, var vi klare til å bruke dem, forteller Forland.

Nå holder hun styr på 14 anestesisykepleiere i deltidstillinger. De fleste jobber ellers på kirurgisk serviceklinik.

Forland ser på klokken og finner ut



trykk



TWIN PEAKS: I timene under trykk har Inger Leilulfsrud kost seg med en gammel tv-serie. Sykepleier Ragnhild F. Mellingen bistår med videoen.

at det er best å ta turen bort til de fire trykkamrene nå, for skiftet av pasienter skal snart skje. Med flagrende frakk viser hun vei, runder et par hjørner, hilser på noen pasienter, og der, litt bortgjemt, er inngangen til trykkamrene.

Innenfor står de fire kamrene på rekke og rad. For å få det til å gå opp, jobber sykepleierne ni timers dag. Da klarer de å behandle 16 pasienter hver dag i fire økter på to timer. To sykepleiere overvåker to kamre hver. I tillegg er det en ansvarlig sykepleier på vakt.

Dustin Hoffman får tiden til å gå for en av pasientene i dag. Over hvert kammer henger det en tv-skjerm. Et skap er fullt av videofilmer som pasienten kan velge i. De kan også høre på lydbøker eller cd-er.

14 meters dyp

Sykepleier Liv J. Midthun sitter og følger med på en skjerm. Nå reiser hun seg, tar en mikrofon og ser på pasienten gjennom glassveggen:

– Nå tar jeg deg opp, sier hun.

Pasienten har nemlig hatt trykk tilsvarende 14 meters dyp. Det tar rundt fem minutter å komme til «overflaten».

De fleste pasientene, som kommer fra hele landet, må vente i seks måneder for å få plass her. Noen er prioriterte og har rett på behandling innen tre måneder.

– Vi prøver å holde garantien, sier Forland.

De fleste er stråleskadde etter

kreft. Akuttpasienter, for eksempel kullosforgiftede, drar i dag til Haakonsvern. Dette kan være pasienter som har satt seg i garasjen med bilmotoren på. Eller de kan ha blitt forgiftet etter ulykker med sveising, brann eller på store båter.

Sykepleierne står på en beredskapsliste for akutte tilfeller. Rundt 50 sportsdykkere i året blir behandlet. Førstegangsbehandlingen skjer på Haakonsvern.

Sårpasienter, særlig stråleskadde, er likevel den største gruppen som kommer hit. Noen har leggsår som ikke vil gro. Eller kronisk osteomyelitt. Noen får behandling før og etter en plastisk operasjon.

Pasientene er lettkledde. Det blir varmt der inne bak glasset. Trykket i mellomøret må de utligne. Ellers kjenner de aller fleste ikke noe. Men gjennomsnittlig én pasient i året får oksygenkramper. Dette må sykepleierne passe på, og pasientene får fem minutter med vanlig luft hver halve time.

De må drikke vann, bruke maske og slappe av med underholdning.

Klaustrofobi

En etter en kommer pasientene «opp». I en fei blir kammerdørene åpnet og pasientene trillet ut. Nye kommer tuslende på bare føtter i blå plasttrekk og er klare. De legger seg på sengen, og vips, inn i kammeret. Igjen med døren.

Klokke, sminke og røykesaker er forbudt. Plaster blir også plukket av.



BYGGEPLASS: Vidunderet er på plass, men omgivelsene må fikses. Martha Forland har ennå ikke sett inni det nye kammeret – bare på bilder.

Briller er ok.

Der kommer Inger Leiulfsrud fra Trømsø. Joda, hun er blitt nøye sjekket, bekrefter hun; ingen bh, ikke deodorant, ikke noe krem, ingenting i håret.

Hun hadde åtte ukers behandling for stråleskade i kjeven i fjor. Nå har hun hatt fire nye uker. Dette er nest siste dagen hennes.

– Første gangen var helt forferdelig. Jeg fikk klaustrofobi.

Men det gikk fort over.

– Flotte jenter her! skryter hun før hun forsvinner inn i tanken.

Sykepleier i Ragnhild F. Mellingen hjelper henne med å rigge til videoen. Leiulfsrud har i disse ukene kost seg med gjensynet av Twin Peaks.

Pasienter som lider av klaustro-

fobi får stesolid som de administrerer selv. Det pleier å ordne seg. Forland husker med glede en mannlig pasient med sterk flyskrekk. Han hadde aldri fløyet og knapt vært hjemmefra. Bergensoppholdet ble en stor suksess, behandlingen gikk som en drøm og mannen dro hjem med videoopptak fra Ulriksbanen, hyggelige erfaringer og økt selvtillit.

– Jeg blir glad inni meg når pasientene takler det slik, sier oversykepleieren.

Den yngste pasienten, et hjertebarn, var ni år.

– De som nyter det mest, er damer. De benytter anledningen til å kose seg med ferie på hotellet, sier Forland og skryter av «fantastiske leger».



Foto: Colourbox

Ikke hengepupper av amming

Kvinner som har ammet har ikke verre hengepupper enn andre kvinner, viser en studie fra University of Kentucky. Utallige ganger hørte plastisk kirurg Brian Rinker pasienter si at de ville rette opp skadene ammingen hadde påført dem, og bestemte seg for å gå årsaksforklaringen nærmere etter i sømmene. 132 kvinner som

ønsket puppekirurgi ble intervjuet, 93 hadde vært gjennom minst ett svangerskap, 58 hadde ammet. Rinker og hans kolleger fant at damene som hadde ammet ikke hadde mer hengepupper enn de andre damene. Derimot påvirket røyking og selve svangerskapet puppenes knefall for tyngdekraften. Rinkers moral er: Har man først fått barn, er det bare å amme, for puppeskaden er allerede skjedd. forskning.no

Blank under plasten

Mens pasientene er på vei «ned», er det endelig tid for å ta det tyske stor-kammeret i øyesyn. Bare rundt noen flere hjørner nå. Og der står den i ensom majestet i et dunkelt, støvete hjørne mens polske byggingarbeiderne bygger nye vegger rundt den. Litt unnselig, men blank og hvit under plasten, og med fine knapper i et panel ved døren. Å få den på plass har krevd avsperrede veier og fikse heisekraner. 10 millioner kroner går med, inkludert ombygging.

Behandlingen i de fire små kamrene skal fortsette som før, og det nye kammeret skal hovedsakelig brukes til øyeblikkelig hjelp, intensivpasienter, avlastning og forskning.

– Det fine er at vi kan kjøre sengen rett inn i kammeret uten å flytte på pasienten, sier Forland.

Retten før Sykepleien går i trykken forteller hun at tyske eksperter er på plass for å finjustere teknikken.

På åpningsdagen kommer besøk både fra Karolinska og Riget, forteller Forland. Men hun er realistisk. Det blir neppe pasientbehandling før nyttår.

Og når behandlingen med ny-kammeret er vel i gang, skal hun gå av med pensjon. Like etterpå blir hun fulgt av seksjonsoverlegen. Da må nye «koster» overta.



Trykkbehandling

Ved hyperbar oksygenbehandling økes trykket rundt hele kroppen, mens man puster rent oksygen. Dermed tas store mengder oksygen opp i blodbanen og transporteres til hele kroppen. Behandlingseffekten kommer altså fra kroppens indre gjennom blodet. Den økte oksygenmengden i kroppens vev stimulerer til dannelse av nye blodkar i oksygenfattig vev, og hjelper de hvite blodlegemene med å drepe bakterier.

Dette er nyttig ved:

- Stråleskader i bein, tarm og blære.
- Knokkelinfeksjoner.
- Noen typer sår.



TO HVER: Sykepleier Liv J. Midthun overvåker to pasienter. Snart skal de «opp».



Det kan lønne seg...

Ny samarbeidsavtale gir deg gunstige betingelser og egen nettfilial.

Se etter DnB NOR-logoen på www.sykepleierforbundet.no og klikk på den.

Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.

DnB NOR


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

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, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (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. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn: Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

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

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterede 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 geometrisk middelverdi var lavere når vaksinerne 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. Muskelskjelettsystemet: 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 høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere 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(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i 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. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

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

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

Sist endret: 23.11.2006

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


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

En sømløs helsetjeneste

Utgangspunktet for omorganiseringer av helsetjenester må være kvalitetsforbedring og ikke nedskjæring, heter det i en politisk uttalelse fra NSF's landsmøte.

«NSF mener at pasientenes behov må være utgangspunkt for all behandling, sykepleie og rehabilitering. Helsetjenesten må organiseres og finansieres med utgangspunkt i pasientenes behov for helsehjelp og prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Pasienter og pårørende må kunne forvente en sammenhengende og helhetlig tjeneste uavhengig av grenser mellom forvaltningsnivå, fag, geografi og egne evne til å slåss for sine rettigheter.

NSF ser med bekymring at vår helsetjeneste i for liten grad dekker befolkningens behov for helsetjenester på en hensiktsmessig og forsvarlig måte. Befolkningen møter ofte en helsetjeneste som er fragmentert og med åpenbar svikt i koordineringen av tjenester. Samhandling og kommunikasjon mellom sykehus og kommunehelsetjeneste og internt i tjenestene preges for ofte av ansvarsfraskrivning og mangelfull informasjonsutveksling. Det medfører redusert pasientsikkerhet, dårlig ressursutnyttelse og unødige påkjenninger for pasienter og pårørende. Vår erfaring er at pasientene som har størst behov for godt koordinerte helsetjenester rammes hardest. I tillegg er ulike finansieringssystemer i kommuner og sykehus en bremsekloss i forhold til å sikre pasientene gode pasientforløp.

Utgangspunktet for omorganiseringer av helsetjenester må være kvalitetsforbedring og ikke nedskjæring. Manglende samsvar mellom behov, forventninger og ressurser, kan både skyldes mangel på tilførte ressurser og være en konsekvens av man-

glende samhandling mellom forvaltningsnivåene. Ensidig fokus på et budsjett i balanse tar fokus vekk fra langtidspanlegging og virker demotiverende for ansatte.

NSF forventer at:

- pasientenes behov for en koordinert og samhandlende helsetjeneste må gjenspeiles i organiseringen.
- ressursene i det samlede helsetilbudet er tilstrekkelige og fordelt slik at alle har den samme mulighet til å motta helsetjenester av god kvalitet uavhengig av kjønn, bosted og sosial status.
- det settes særlig fokus på kapasitet og dimensjonering på områder med store samhandlingsproblemer.
- styrings- og beslutningsprosesser reflekterer at det er pasientens behov som er styrende for dimensjonering og utforming av helsetjenester, utdanningskapasitet og rekruttering av helsepersonell.
- verktøy til samhandling mellom nivåene, der viktig og nødvendig informasjon er lett tilgjengelig til rett tid, må videreutvikles og finansieres i hele helsetjenesten.
- verktøyene må kunne kommunisere med hverandre. Det må stilles krav til at løsningene tas i bruk og pasientenes krav om integritet og personvern må ivaretas.
- finansieringsordningene utvikles slik at de understøtter god pasientbehandling og god bruk av de samlede ressursene på tvers av forvaltningsnivåene.»



Legg Julebordet til sjøs!

Om bord er kjøkkenet i full gang med forberedelsene for å kunne gi deg en matopplevelse av de sjeldne! Julebordet vil bugne av tradisjonsrike og nye spennende retter. Inviter med dine venner eller kolleger på et stemningsfullt JulebordsCruise med Prinsesse Ragnhild mellom Bergen/Stavanger - Hirtshals.

2 døgns JulebordsCruise midtuke fra Bergen fra kr

880,- Fredag fra kr 1 180,-

1 døgns JulebordsCruise midtuke fra Stavanger fra kr

580,- Fredag fra kr 880,-

Prisen er pr. person og inkl. båtreise t/r i innvendig 3-stjerners dobbeltlugar. Julebord på ut- eller returreise. Aldersgrense 23 år. Gyldig frem til 23.12.07. Turkode 1013.

Booking: 810 00 811, www.colorline.no eller nærmeste reisebyrå



Opplev sjøen,
glem alt annet





Belte til demente



SMARTE SAMMEN: Sykepleier Irene Sandven og Hazel Evensen, som utdanner seg til helsefagarbeider, har jobbet sammen på Bergen Røde Kors sykehjem i cirka tre år.

Enkle ting som beltebruk kan bli vanskelig for pasienter med langt fremskreden demens. Før løste man dette med bukseseler, men seler er på vei ut og noe dagens eldre ikke er vant til.

På Bergen Røde kors sykehjem la Irene Sandven og Hazel Evensen hodene i bløt. En mannlig pasient hadde trøbbel med buksene. I tillegg mister demens-pasienter ofte vekt, og hva gjør man da med klærne? Kjøper nye?

Sandven og Evensen fant på en annen løsning, så enkel og smart at den kanskje fortjener en pris?

– Dette er helt nytt, så vi har ikke dratt så mange erfaringer ennå, forteller Sandven, som er assisterende avdelingssykepleier.

Men hun har vært i kontakt

med andre som mener de kan ha nytte av beltet hun og helsefagarbeider Evensen har tatt i bruk. For eksempel psykisk utviklingshemmede eller rullestolbrukere.

Usynlig hjelp

Beltet består av en bred strikk påsydd borrelås. Det er et slags halv-belte som festes i beltehempe bak på buksen. Pasienten selv ser det ikke og trenger dermed ikke å forholde seg til det. Beltet strammes og festes med borrelåsen slik at buksen sitter på plass, passe stramt.

Evensen har sydd mange belter i forskjellige lengder. De fleste hvite, men i det siste har hun avansert med å sy en sort utgave til bruk på sorte bukser.

Et strikk-belte som holder buksene på plass kan gjøre susen for demente som synes vanlige belter har blitt for vanskelig.



UTE AV SYNE... ute av sinn. Den demente opplever at buksene plutselig er lettere å ha med å gjøre.

– Og det er jo mange muligheter for å variere med farger og mønster, ler Sandven.

Bedre liv

– Fordelene er mange. Beltene er billige, enkle å lage og enkle å bruke. Og de kan vaskes, og byttes fra bukse til bukse, argumenterer Sandven.

På post 6 demensavdeling på Bergen Røde Kors brukes beltet foreløpig bare av den ene pasienten. En slektning til en annen ansatt, som bor på et annet sykehjem, bruker det også. Oppfinnelsen kan fort spre seg.

– Pasienten som har vært vår «prøvekanin» fikk langt bedre livskvalitet, mener Sandven.

Buksene hadde blitt for vide i

livet. Det gamle, vanlige beltet hadde ført til irritasjon og frustrasjon og mannen opplevde mestringsstap. Med det nye beltet slapp han å forholde seg til belte, buksene passet og mestringsnivået ved for eksempel toalettbesøk ble betydelig bedre.

Kandidat 9:

Belte til demente

Forslagsstiller:

Irene Sandven og Hazel Evensen ved Bergen Røde Kors sykehjem, post 6 demensavdeling.



Skole i kjelleren

Ved Åndalsnes sykehjem har sykepleiere tatt ansvaret for kompetanseheving og nyrekruttering i egne hender. De har innredet rom i kjelleren til formålet. Dette er deres bidrag til Smartprisen.



LÆRING I FRED: Her kan ansatte få ny kunnskap og samtidig øve praktisk. Siv-Merete N. Vold og Hilde Kjersem kom på ideen.

– I den senere tid har det vært mye snakk om kompetanseløft, rekruttering av helsepersonell og kvalitetssikring av våre tjenester. Så etter å ha diskutert ulike tiltak i sykepleiergruppen, kom vi frem til ideen om å etablere et rom hvor vi kunne drive praktisk og teoretisk øvelse sammen, forteller sykepleier Siv-Merete N. Vold ved Åndalsnes sykehjem.

Dermed ble et stort ubrukt rom i sykehjemmets kjeller klargjort for undervisning i januar. Rommet er delt i to soner; en for teori og en for praktisk øvelse.

Godt alternativ

– Det er veldig praktisk å ha et kombinert rom hvor vi kan ha tilgang til både internett, tv og powerpoint i den teoretiske delen, samtidig som vi kan lære hvordan ting utføres i praksis. Dette er med på å kvalitetssikre tjenestene våre til pasientene, forklarer Vold, og legger til:

– Mange ønsker faglig påfyll, men tiden strekker ikke til for å ta videreutdanning. Da er dette

et godt alternativ for å holde seg oppdatert og lære mer på ulike områder. Her kan vi ta små bolker med undervisning som kan gjøres i arbeidstiden. Vi får også inn forelesere med spesialkompetanse, som for eksempel hørselssentralen, bedriftshelsetjenesten og kunnskapsrike medarbeidere. Gjennom Akribe prosedyreprogram kan vi se videosnutter av prosedyrer, som igjen er med på å kvalitetssikre vårt arbeid.

Setter seg i pasientens sted

For å gjøre de praktiske øvelsene så autentiske som mulig, er den ene delen av rommet utstyrt som et pasientrom. Så mye som to sykesenger med alle funksjoner, nattbord, løfteheis, kommode, lenestol, skittentøyskurv og høyskap med utstyr til stell av pasienten har fått sin plass.

– Vikarene som jobber hos oss får god teoretisk gjennomgang før de går i gang med praktiske oppgaver. Vi tror det gir et innblikk i hva det vil si å jobbe med pasienter når de får teste

ulike prosedyrer på hverandre, som for eksempel bruk av heis og hjelp med bekken i seng. Gjennom disse øvelsene kan de kjenne på følelsen av hva det vil si å få den hjelpen, noe som er viktig for å kunne forstå en del av det å være hjelpetrengende.

Gjennom undervisningsopplegget gis helsepersonellet anledning til å ta opp ulike problemstillinger.

– Vi opplever at det bidrar til et tryggere miljø for oss som helsearbeidere, og den økte tryggheten kommer pasientene til gode.

Vil videreutvikle

Bruken av undervisningsrommet har til nå vært mer eller mindre tilfeldig, så et mål for 2008 er å jobbe inn undervisningsrutiner med minst én fast økt i måneden. Hjelpepleierlinjen ved Rauma videregående skole benytter også rommet, så et bookingsystem er laget for å holde orden på tidspunktene.

– For fremtiden har vi ambisjoner om nettbaserte kurs i samarbeid med studiesenteret.

Samtidig vil vi fortsette internundervisningen. Det koster mindre å holde dette under eget tak, og det gjør det enklere for flere å delta. Vi håper å kunne bli flinkere til å dele taus kunnskap, og stimulere til at den enkelte eier sin kunnskap og erfaring slik at de kan stå for at de virkelig kan faget sitt.

Vold mener at tilbakemeldinger fra elever og helsearbeidere vitner om at tiltaket er med på å kvalitetssikre jobben de utfører.

– Vi har også fått positive tilbakemeldinger fra pårørende, som synes dette er et bra tilbud.

Kandidat 10:

Rom for praktisk og teoretisk øvelse

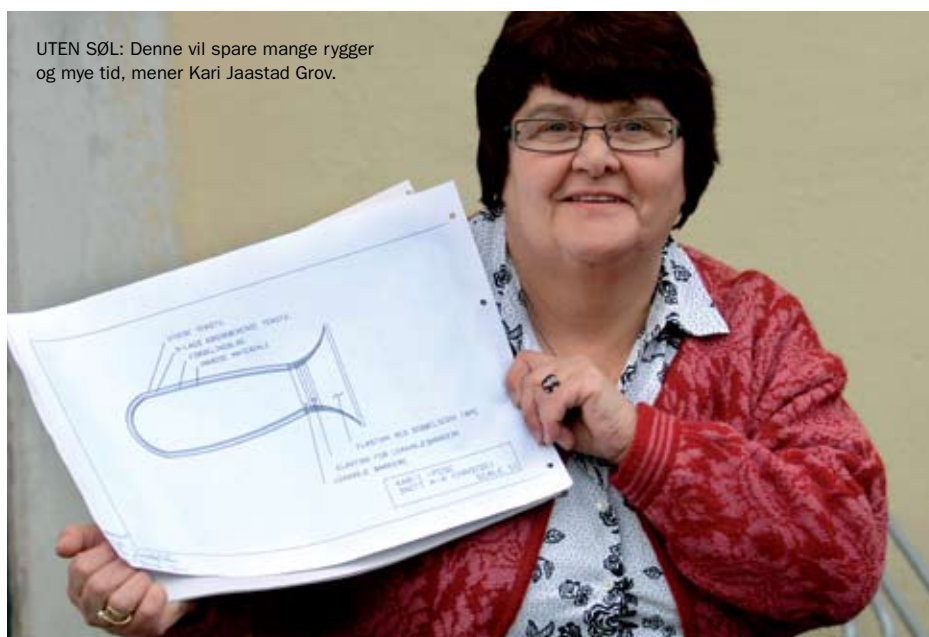
Forslagsstiller:

Siv-Merete N. Vold og Hilde Kjersem ved Åndalsnes sykehjem/hjemmetjeneste



Putt «karen» i pose

– Dette er et produkt jeg har savnet, sier Kari Jaastad Grov, som har funnet opp «Kar-i-posen».



Kari Jaastad Grov er bosatt på Stord. Hun ble ferdig utdannet sykepleier i 1968. Ideen om en «skreddersydd» urinpose for menn er en gammel tanke hos sykepleieren.

– Som yrkesaktiv gjennom mange år har jeg ennå ikke sett noe lignende, sier hun.

Søl

– Da jeg jobbet nattevakt og måtte snu slagpasienter som ikke kunne kontrollere urinavgang, ble det mye søl, forteller Jaastad Grov.

Når det ble urinsøl i sengen, måtte sengetøy skiftes. Det ble tunge løft, og ofte måtte det to pleiere til.

– I en hektisk hverdag kunne det bety at pasienten ofte måtte ligge en halv times tid før det ble skiftet på sengen. Det er ikke bra, sier hun.

Slik oppsto tanken om en oppsamlingspose for urin hos menn.

Lukket system

Jaastad Grov har laget flere skisser til et lukket posesystem som vil fri både brukere og pleiere for ubehag. Hun har gitt systemet

det passende navnet: «Kar-i-posen».

Posen skal lages av materialer som ligner på dem man bruker i en bleie.

– Det er tre lag med absorberende materiale med et fordelingsoverlag slik at væsken ikke klumper seg. Innsiden av posen må ha et behagelig materiale som forhindrer at penis blir sår. Øverst lages en barriere slik at urinen stoppes nedi posen og ikke kan renne ut. Helt øverst lages en løsning med dobbeltsidig teip som kan festes på hud eller annet materiale. Tapen skal også brukes til å lukke posen når den skal kastes. Hele «kar-i-posen» systemet skal være en 100 prosent tett løsning, forteller hun.

Fordeler

Fordelene ved å få utviklet et slikt produkt er ifølge Jaastad Grov:

- Den er lett å montere og demontere på pasientene
- Den har et lukket system som gjør at urinen ikke lekker ut av posen
- Den er hudvennlig og tar liten plass

- Den er hygienisk for bruker og medhjelper
- Sparer mye muskelkraft.
 - En annen ting er at pasientene slipper å søle både seg og sengen til. Det igjen reduserer faren for liggesår og infeksjoner.
- «Kar-i-posen» er enklere for pleierne å benytte og mer verdig for pasientene, sier hun.

Kan skifte selv

Jaastad Grov mener at «Kar-i-posen» vil være tidsbesparende for pleiere og dermed økonomisk gunstig.

– En stor og tung slagrammet mann som er sengeliggende trenger ofte hjelp av to personer for å bli stelt og få tømt blæren. Ett stell kan fort ta 20- 30 minutter. Med «Kar-i-posen» er toalettstell over på et par minutter. I mange tilfeller kan pasientene selv klare å skifte pose, sier hun.

Ikke bare pasienter

Bruksområde for Jaastad Grovs «Kar-i-posen» begrenser seg ikke til slagpasienter.

– Rullestolbrukere kan i mange tilfeller klare seg selv med en slik ordning. Det vil bli lettere for

ektefeller å ordne slikt stell av mannen sin hjemme. Andre som kan ha nytte av posen er idrettsutøvere, for eksempel sykkelister. Med «kar-i-posen» slipper de å stoppe for å tisse, sier hun.

For hjemmesykepleiere bør det også være et positivt tilskudd ettersom de ofte jobber alene og ikke kan løfte all verden.

Størrelser

Jaastad Grov skulle gjerne sett at posene ble produsert i minst tre størrelser: 200 millimeter, 400 milliliter og 600 milliliter.

– Om natten ville man da kanskje klare seg med ett skift. Det vil spare pleiepersonalet for både tid og ressurser, mener hun.

Kandidat 11:

Urinpose for menn, «Kar-i-posen»

Forslagsstiller:

Sykepleier Kari Jaastad Grov, Stord



Sparer ryggen med fotstøtte

En forlenget fotstøtte kan lette arbeidet når operasjonssykepleiere forbereder til en hofteproteseoperasjon.

Operasjonssykepleierne Jorun Lagerstrøm og Monica Døssland Epland står bak Smartprisforslaget. De er kolleger på Stord sykehus.

– Fotstøtten som nå er forlenget til en benholder er ideell å bruke under denne type operasjoner. Den er svært fleksibel og enkel å tilpasse, med vinklingsmuligheter på tre steder, sier de.

Da de skulle lage benholderen tok de utgangspunkt i en eksisterende fotstøtte, og fikk den forlenget med 40 centimeter. Med de ekstra centimeterne kan pasientens ben heves naturlig, uavhengig av benlengden. Ideen vokste frem etter flere års erfaring med å operere hofteproteser i sideleie.

Tungt statisk arbeid

– Når pasienten skal klargjøres for operasjon står en eller to sykepleiere og holder foten opp mens den vaskes med desinfiserende væske. Den som holder foten utfører et tungt statisk arbeid i en radikal feilstilling, og vi er flere som har fått vondt rygg og strekksmerter etter denne prosessen. Siden vi utfører nokså mange hofteoperasjoner i løpet av et år, tenkte vi at det må finnes en måte å gjøre dette lettere. Og slik begynte ideen om en forlenget fotstøtte med vinklingsmuligheter å ta form, forklarer Epland.

Benholderen plasseres fortrinnsvis på ryggsiden av pasien-

ten, men kan også plasseres på motsatt side dersom de anatomiske forholdene tilsier at den kan ligge der. De gode vinklingsmulighetene gjør det lettere å tilpasse benholderen etter benets varierende fysikk.

Internundervisning

– Foten må løftes ut av benholderen når den skal pakkes inn i sterilt dekkestoff. Bøylene fjernes deretter ved å svinge den godt ut fra operasjonsbordet. Under vask og dekking ligger pasientens fot stødig og godt i benholderen sammen med en liten gelepute. Denne hindrer trykk, samtidig som den hindrer foten i å gli. Foten er samtidig festet til benholderen med to borrelåser som er med på å forhindre at den flytter seg, sier Epland.

Det er gitt internundervisning ved avdelingen, med demonstrasjoner av hvordan støtten virker.

– Det er viktig for at brukerne skal få se hvor det er best å plassere holderfestet langs med operasjonsbordet. I tillegg er det viktig å vise høyden, slik at man blir oppmerksom på vinklingsmulighetene. Det er jo ofte slik at en må erfare seg frem til den beste plasseringen, da det er store individuelle forskjeller på pasientene i forhold til bevegelse og stivhet i leddet.

Kandidat 12:

Fotstøtte til forberedelse av hofteproteseoperasjon

Forslagsstillere:

Jorun Lagerstrøm og Monica Døssland Epland, Stord sykehus.

God effekt med enkle grep

Så langt har benholderen vært benyttet seks ganger, og pleierne som har testet den har høstet positive erfaringer.

– For operasjonssykepleierne fungerer benholderen som et helse-, miljø- og sikkerhetstiltak, da den reduserer faren for ryggskader som følge av feilstil-

lingsarbeid ved forberedelse av operasjonspasienter til hofteprotese, sier Epland og legger til:

– Vi har klart å utnytte gammelt utstyr på en ny måte, og håper det kan være med å inspirere andre sykehus til å løse problemene med dårlig arbeidsstilling med enkle midler.



HØYT: Jorun Lagerstrøm og Monica Døssland Epland demonstrerer hvordan fotstøtten fungerer.



Slangetemmeren

På intensivavdelingen er det ikke uvanlig at pasienter er koblet til 10-15 infusjonsslanger. Problemet er å holde orden i slangekaoset.

Kirsten de Zoete Jacobsen er sykepleier og jobber ved en intensivavdeling på Lovisenberg sykehus i Oslo. «Hvordan klarer dere å holde styr på alle slangene?» er et spørsmål hun har fått utallige ganger fra pårørende.

– Pasientene selv er ofte for syke til å følge med, men de pårørende er bekymret for alle ledninger og apparatur som

omgir deres nærmeste. Vi svarer selvfølgelig at det går greit for oss å holde styr på dem, men det ser unektelig ofte «rotete» ut rundt en intensivpasient, sier Jacobsen.

I dag er det vanlig å bruke tape og kluter for å feste slangene.

Biler og data

Ideen om å «temme» slangene rundt intensivpasienten ved å bruke en designet skinne har derfor modnet over tid.

– Når jeg skulle skifte olje på bilen og kikket under panseret, så jeg at alle ledningene lå i system. Det samme gjelder teknisk utstyr man har hjemme. Går du ned i kjelleren på sykehuset her og kikker opp i taket, vil du se et vel av ledninger, men de er lagt i system, forteller Jacobsen.

Kan henge fritt

Hun ser for seg at skinnen som skal holde styr på ledningene er tolv centimeter lang og seks centimeter bred og har seks «slangespor».

– Årsaken til at jeg ikke tror det er bra å ha den mindre, er at den da fort kan kveile seg. Skinnen må ha litt flate med ru underside slik at den ligger stødig i pasientens seng. Infusjonsslangerne er ømfintlige for trykk, så skinnen må ikke forårsake klem eller kveil, da blir sykepleierne bare irritert og utstyret legges i skapet, tror Jacobsen.

Hun ser også for seg at skinnen kan henge ved siden av sengen.

– Det er viktig at den da henger



KAOTISK: Mer orden rundt pasienten skaper også større trygghet, mener Kirsten de Zoete Jacobsen.

fritt ned i flukt med infusjonsslangerne, forklarer hun.

Plast

Materiale Jacobsen ser for seg brukt til å lage «slangetemmeren» er hard gjennomsiktig plast med ru underside eller «stickersflate». Skinnene er til engangsbruk og bør skiftes hver tredje dag.

Fordeler

Ifølge Jacobsen er det mange fordeler ved å bruke en slik skinne:

- Sykepleieren får bedre oversikt over infusjonene som pågår.
- Det blir lettere å se hvilken infusjon som går hvor.
- Man vil unngå drag inn til Cvk (centralt venekateter).

- Det blir et mer hygienisk miljø, fordi det blir lettere å holde slangene borte fra gulvet.
- Det gir et bedre visuelt inntrykk for pasient og pårørende. Det ser ryddig og mer oversiktlig ut. Med god orden virker omgivelsene tryggere.

Kandidat 13:

Skinner til intravenøsslanger

Forslagsstiller:

Kirsten de Zoete Jacobsen, intensivavdeling på Lovisenberg sykehus i Oslo.





Undervisning til hiv-pasienter

Hiv-pasienter ved seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin på Rikshospitalet blir tilbudt undervisning for å sikre riktig medisiner. Dette bidraget til Smartprisen 2007 ble presentert i Sykepleien nr 15/07. Ved en feil hadde vi skrevet at forslagsstillerne holdt til på Radiumhospitalet. Det var også en feil i billedteksten (se tekst til bildet).

Kandidat 7:

Opplæringsprogram om medisiner for hiv-pasienter.

Forslagsstiller:

Avdeling for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin på Rikshospitalet.

Sykepleier Ingrid Jahren Scudder og fagutviklingssykepleier Line Melbye har utarbeidet det evidensbaserte undervisningsprogrammet for hiv-positive pasienter, med bistand fra Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning.

– Hensikten med å tilby pasienter som lever med hiv denne undervisningen, er å imøtekomme deres kunnskapsbehov, og å øke sannsynligheten for at de som skal starte med legemidler mot hiv følger foreskrevet behandling, sier Melbye.

Undervisningsprogrammet er også en ressursbank for sykepleierne og legene ved seksjonen.

Programmet har vært i bruk siden begynnelsen av 2005.

Brukervennlig

Undervisningsprogrammet har en logisk og pedagogisk oppbygging, og innledes av en forberedelsesfase som skal kartlegge pasientens motivasjon før oppstart.

I undervisningen benyttes en A4-perm med laminerte sider, som er bygget opp i tre moduler. Den

første modulen gir grunnleggende kunnskap om sykdomsbildet, mens den andre bygger på forståelse og kunnskap om hvordan hiv svekker immunforsvaret, og gir en gjennomgang av pasientens legemidler. Den tredje og siste modulen omhandler ferdighetstrening, og avslutningsvis finnes det en sjekkliste for å sikre at viktige temaer er diskutert.

En A5-perm med antiretrovirale legemidler i plastlommer inngår også som en del av programmet. Pasientene får utskrift av materialet i undervisningspermen som er ønskelig i en egen mappe, og hva som er ønskelig varierer i stor grad. Pasienter som skal starte med legemidler mot hiv får også tilbud om en dosett. Denne har en spesiell design, og stor plass til legemidler. Undervisningen foregår mellom sykepleieren og den enkelte pasient.

– Behov for oppfølging

– Det er dokumentert at enkelte pasienter som administrerer legemidler selv ofte tar mindre enn halvparten av anbefalte doser. Praksis og forskning viser at det er nødvendig med tiltak for å assistere pasientene i oppfølging av legemiddelordinasjoner. På bakgrunn av det så vi behovet for å kvalitetssikre den faglige standarden som opplæringen baseres på, forklarer Melbye, som håper at Verdens aidsdag den 1. desember kan være med på å kaste lys over denne problematikken.



HIV-INFO: Fagutviklingssykepleier Line Melbye (til høyre) har vært med på å utvikle programmet som avdelingen bruker. Til venstre Kristin Joan Skaarud, som også er fagutviklingssykepleier og ikke pasient, som vi feilaktig skrev i billedteksten da bidraget ble presentert i Sykepleien nr 15/07.

Stem i hele desember!

Fra 1. desember kan du stemme på den ideen du liker best. Det er 13 kandidater til årets Smartpris. Alle er presentert i Sykepleien, og vil ligge på vår nettside www.sykepleien.no i desember. Her vil du også kunne stemme.

Tre priser blir delt ut:

- 100 000 kr går til lesernes favoritt
- 50 000 kr deles ut av en fagjury
- 50 000 kr deles ut til en ikke-realisert idé

Avstemningen foregår fra 1. til 31. desember. Støtt din favoritt på www.sykepleien.no



Tidligere kandidater:

- 1: Samtalegrupper for skilsmissebarn** (nr 5/2007)
Hilde Egge og Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon i Bærum.
- 2: Rydder tid til dokumentasjon** (nr 7/2007)
Signy Wikne ved Haukeland universitetssykehus.
- 3: Marevandosering via intranett** (nr 9/2007)
Intensivsykepleier Stine Lund, Sykehuset Østfolds avdeling i Askim.
- 4: Toalettpose til urinprøve** (nr 11/2007)
Pensjonist og tidligere avdelingssykepleier Aud Kjøller, Ulefoss i Telemark.
- 5: Støttepute mot trykksår** (nr 13/2007).
Mari Anne Kornberg Simensen. Stavanger universitetssykehus.
- 6: Pressbelte for koloskopiundersøkelser** (nr 13/2007).
Bjørge Hessvik, Akershus universitetssykehus.
- 7: Medisinsk opplæring av hiv-pasienter** (nr 15/2007).
Avdeling for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin, Rikshospitalet.
- 8: Flipoverperm med informasjon om hjertesykdom** (nr 15/2007).
Tone Guttormsen og Monica Singstad Johansen, St. Olavs Hospital.

Ensom i trinnene på klinisk stige

Kliniske spesialister i sykepleie og spesialsykepleie savner engasjerte ledere. De synes ikke at lederne samarbeider nok med dem om fordypningsemnet i klinisk stige.

541 sykepleiere har talt. Alle deltok eller hadde deltatt i klinisk stige, og uttalte seg i en spørreskjemaunder søkelse om sine erfaringer. Ida Torunn Bjørk ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo er hovedforfatter bak undersøkelsen som publiseres i dette nummeret av Sykepleien (side 52).

Et av funnene er at sykepleierne vurderer samarbeidet med leder om fordypning som lavt. Tidligere er det vist at avdelingsledere synes klinisk stige tilfører kvalitet til avdelingen, men mange synes det er vanskelig å vite hvordan de skal benytte sykepleiernes kompetanse i avdelingen.

– Samtidig rapporterer sykepleierne at det de minst bruker sin nye kompetanse til, er å være ressurser for lederne, sier Ida Torunn Bjørk.

Mangler strategi

Hun mener en av grunnene til dette er at det ikke tenkes nok strategisk rundt kompetanseutvikling på avdelingene. Lederne ser det ikke som et viktig arbeidsområde.

– *Hvordan kan det endres?*

– Man må få en tidligere bevisstgjøring på kompetanseutviklingsstrategi. Lederne må bli mer aktive i forhold til det. Dessuten er det viktig å synliggjøre kompetansesatsning i budsjettene, sier Bjørk.

I dag er det ikke noe krav fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) om at fordypningsemnet i den kliniske stigen må diskuteres med avdelingsleder for at de skal behandle søknader om godkjenning til klinisk spesialist.

– *Kan det være grunnen til at lederne stiller opp i mindre grad - at fordypningsemnet ikke tilpasses behovet på avdelingen?*

– Nepp. De fleste diskuterer likevel dette med lederen sin før de går inn i arbeidet med fordypningsemnet. På Rikshospitalet er det også et krav nedfelt i kontrakten som sykepleier og avdelingssykepleier undertegner. Jeg vet ikke hvordan det er ved andre sykehus eller institusjoner.

Godt samarbeid i Stavanger

Kirsten Harstad er leder i landsgruppen for sykepleierledere i NSF. Hun kjenner seg ikke igjen i funnet fra Bjørks undersøkelse.

– Min erfaring fra Stavanger kommune er at det er et godt samarbeid mellom ledere og sykepleiere om kompetanseheving.

Harstad mener sykepleiere som øker sin kompetanse gjennom klinisk stige eller annen etter/videreutdanning tilfører avdelingene mye.

– De blir mer målrettet og opptatt av fag og kvalitet. De

oppmuntrer også sine kollegaer til å øke sin kompetanse.

– *Hvordan sikre at den nye kunnskapen kommer til nytte?*

– Gjennom «evidence based nursing». Kunnskapen må dokumenteres i det daglige arbeidet og en må være tydelig.

Harstad er ikke enig med Bjørk i at det er for lite strategisk tenkning rundt kunnskapsutvikling på ledernivå.

– Strategien må være målrettet i forhold til avdelingens behov. I Stavanger kommune har vi helt klare kriterier for å legge til rette for kunnskapsløft som kommer avdelingen og sykepleieren til gode.

– *Bør NSF kreve at det faglige fordypningstemaet i en klinisk stige diskuteres med avdelingsleder før man søker?*

– Absolutt. Da vil begge parter ha nytte av klinisk stige.

Harstads erfaring med kliniske stiger er for øvrig at det bør være en person som har et overordnet ansvar, i alle fall i større kommuner og sykehus.

– Da kan både ledere og sykepleiere rådføre seg med noen i prosessen.

Variabel lønnsøkning

Undersøkelsen til Bjørk viser at mulighet for økt lønn er den tredje viktigste motivasjonsfaktoren for

å begynne i klinisk stige. Men å få tittelen klinisk spesialist er ikke noen garanti for å få høyere lønn. Det praktiseres ulikt med hensyn til lønnsøkning, både i helseforetakene og kommunene.

– Vi kjenner til kliniske spesialister både ved sykehus og i kommuner som ikke har fått høyere lønn, sier Lise Færevaa, rådgiver i NSF.

I sommer skrev Oslo kommune under en avtale der kliniske spesialister skal opp to lønnstrinn. Også enkelte helseforetak har underskrevet en slik avtale.

– Mange sykehus gir uttellingen i forbindelse med lokale forhandlinger, sier Bjørk.

Hun forteller at noen får lønn etter hvert som de beveger seg i programmet, for eksempel etter et, tre og fem år. Slik er det blant annet i Stavanger. Andre gir først lønnsopprykk når de har søkt om godkjenning som klinisk spesialist etter gjennomføring av hele programmet. Slik gjør for eksempel Rikshospitalet det.

– *Ville det ikke vært lettere å få automatisk høyere lønn dersom man hadde ett opplegg gjennom NSF i stedet for flere lokalt tilpassede løp?*

– Fordi klinisk spesialist ikke er en formell utdanning i regi av høyskole eller universitet, er det heller ikke mulig å få til sentrale



SPESIALIST: Mange avdelingsledere synes det er vanskelig å vite hvordan de skal benytte sykepleierens økte kompetanse i avdelingen (Illustrasjonsbilde).

lønnskrav. Det er ikke bedre med et «likt opplegg» fordi det er nettopp lokale behov, vel å merke innenfor NSF's overordnede kriterier, som bør kunne telle når institusjonene bekoster og driver kompetanseprogram, sier Bjørk.

Lise Færevaaag synes lokale tilpasninger er kjempeflott og mener at NSF's godkjenningssordning som klinisk spesialist er så solid at den kan legges til grunn for lønnsøkning både lokalt og sentralt.

Se også fagartikkel på side 52.

Klinisk spesialist:

En sykepleier med spisskompetanse mot et begrenset fagområde. Dette er en uformell utdanning. Tittelen må søkes godkjent av NSF etter følgende kriterier:

- Fem års sammenhengende klinisk praksis på samme arbeidssted.
- Veiledningstimer hvor 50 prosent er klinisk veiledning og 50 prosent gruppeveiledning med fortrinnsvis NSF-godkjent veileder.
- Kurstimer.
- Lest 4000 sider litteratur.
- Gjennomført et faglig prosjekt i form av skriftlig oppgave, publisert artikkel, prosjekt eller lignende.

Det finnes tre ulike løp som tilpasses den enkelte sykepleier, avhengig av om vedkommende kun har grunnutdanning, eller har tatt videreutdanning i tillegg.

Sykepleieren definerer selv et fordypningsområde. De fleste gjør dette i samråd med ledelsen ved avdelingen, men det er ikke et krav fra NSF. NSF krever dog at søknaden skal inneholde en anbefaling fra veileder eller nærmeste leder. De siste årene har antallet godkjente kliniske spesialister hos NSF ligget på rundt 140. I år blir det knapt 100.

Mer informasjon:
www.sykepleierforbundet.no/godkjenningssordninger.

Kliniske stiger:

De ulike sykehus og kommuner kan ha sine egne løp de kaller kliniske stiger. Disse bygger på NSF's regler for klinisk spesialist, men for å få tittelen «klinisk spesialist», må det søkes godkjenning hos NSF etter endt løp. Det er åpnet for at godkjenningsarbeidet kan gjøres lokalt, men da må hele planen for klinisk stige være godkjent av NSF først.

Ida Torunn Bjørk, Førsteamanuensis,
Institutt for sykepleievitenskap og
helsefag, Universitetet i Oslo,

Britt Sætre Hansen, Dr.grads kandidat,
Akutt klinikken, Stavanger Universitets-
sykehus,

Gro Beate Samdal, Rådgiver,
Forsknings og utviklingsavdelingen,
Helse Bergen,

Solveig Tørstad, Seksjonsleder,
Kompetanseseksjonen, Sykehuset
Asker og Bærum HF

I denne studien erfarte sykepleiere at lederne manglet engasjement i stigen og dens deltager.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
kliniske stiger
evaluering
kompetanseutvikling
rekruttering

Gir ny giv

Personlige motivasjonsfaktorer er hovedgrunnen til at sykepleiere velger å delta i kliniske stiger.

Det hevdes at deltagelse i kliniske stiger fremmer profesjonell utvikling, styrker samarbeid mellom kollegaer, gir uttelling for kompetanse og øker sykepleieres motivasjon i det kliniske arbeidet (1). Selv om slike individuelle resultater av deltagelse i kliniske stiger er viktige, er behovet for å rekruttere og beholde sykepleiere i et presset arbeidsmarked en vesentlig begrunnelse for innføring av kliniske stiger (2-4). Det utvikles stadig klinisk stige program i Norge selv om rekrutteringen til sykehus er bedret de senere år. Dette kan skyldes at slike program også tilrettelegger for den kompetanseutvikling som politiske føringer og lovendringer krever av både helseinstitusjoner og den enkelte sykepleier (5-7).

Det var Norsk Sykepleierforbund (NSF) som i 1987 startet med å utvikle kriterier for kliniske stiger i Norge. Dia-konhjemmet prøvde ut kliniske stiger fra 1992 (8) og etter hvert har mange sykehus utviklet sine egne program basert på NSF's kriterier. På tross av utbredthet og lang historikk, særlig i USA,

er det svært få studier som har evaluert utbytte av og erfaringer med kliniske stiger.

Motivasjon

Det finnes forskning som stadfester at sykepleiere generelt sett styres av personlige motivasjonsfaktorer når de velger å utvikle sin kompetanse. De ønsker å lære mer og opplever personlig tilfredsstillelse (9,10). Det finnes imidlertid ikke studier som i særdeleshet undersøker sykepleieres motivasjon og begrunnelser for å delta i kliniske stiger. Noen få studier av sykepleieres erfaring med å delta i kliniske stiger, viser en opplevelse av manglende engasjement fra egne ledere og kritikk av vurderingsprosessen mellom nivåene i stigen, men også en generelt økende tilfredshet med kliniske stiger over tid (8, 11, 12, 13, 14). Utbytte av å delta i kliniske stiger har for det meste blitt målt i forhold til jobbtildfredshet og intensjon om å slutte eller forbli på sykehuset. Deltagere i de høyeste nivåene av kliniske stiger hadde høyere jobbtildfredshet enn sykepleiere i de lavere nivåene (13, 15). Turnover og

intensjon om å slutte ved sykehuset var lavere hos deltagende enn ikke-deltagende sykepleiere (13,16,17). Bare Samdal (18) fokuserte på effekt av deltagelse i form av bedring i pasientomsorgen. I en kvalitativ studie hevdet både sykepleiere og ledere at det skjedde forbedringer i tilbudet til pasientene og at det ble gjennomført flere kvalitets-sikringsprosjekter som en konsekvens av at ansatte i avdelingene deltok i kliniske stiger.

Evaluering

På bakgrunn av at kliniske stiger i Norge hadde vært et tilbud over flere år og at det ikke var gjennomført systematiske evalueringsstudier av programmene, ble det gjennomført en større studie i 2004-2005, med økonomisk støtte fra Sosial- og helsedirektoratet. En forskergruppe ble satt sammen på bakgrunn av medlemmenes erfaringer med kliniske stiger og forskerkompetanse. Hensikten var å undersøke sykepleierens begrunnelser for, erfaringer med og utbytte av å delta i kliniske stiger samt å se nærmere på avdelingenes erfaringer med denne formen for



FAGUTTELLING: Sykepleiere rapporterte økt tilfredshet jo høyere de var i stigen. Foto: Lars-Erik Vollebæk.

kompetanseutvikling. I denne artikkelen er det sykepleiernes evaluering av egen deltagelse i kliniske stiger som er i fokus.

Sykepleiere i minst 50 prosent stilling ved fire større sykehus ble invitert til å delta i en spørreskjema studie. Sykehusene ble valgt fordi de hadde mange års erfaring med gjennomføring av kliniske stiger. På bakgrunn av sykehusenes personell lister ble det sendt ut 4650 skjema og av disse ble 45,5 prosent besvart (N=2095). Tilbakesending av skjema ble vurdert som informert samtykke til å delta. Av de besvarte skjema kom 541 fra sykepleiere som deltok eller hadde deltatt i kliniske stiger. Disse 541 sykepleierne utgjør utvalget i denne studien. Gjennomsnittsalder i utvalget var 36,2 år, 7,6 prosent var menn, gjennomsnittlig arbeidserfaring ved sykehuset var 7,6 år og i daværende avdeling 5,3 år. Nesten 40 prosent av utvalget hadde videre- eller etterutdanning i sykepleie.

Variabler

Spørreskjemaet omfattet fem områder: demografiske va-

riabler, evalueringsspørsmål til deltagere i kliniske stiger, spørsmål om begrunnelser for ikke å delta i kliniske stiger, en jobbtildfredshetsskala og en skala for vurdering av klinisk beslutningstaking i sykepleie. Funn fra de tre siste områdene rapporteres i andre artikler (19, 20). Forskergruppen utviklet en liste med evalueringsspørsmål med utgangspunkt i en tidligere kvalitativ studie om deltagelse i kliniske stiger (18). Spørsmålene hadde enten flere mulige svaralternativ eller Likert-skalaer med fem svaralternativ som rangerte fra sterkt enig til sterkt uenig, svært ofte til svært sjelden eller svært mye til svært lite. For å lette fremstilling av funnene i figur 2 ble svaralternativene på Likert-skalaen slått sammen til to kategorier: 1) de to positive svaralternativene og 2) ingen oppfatning og de negative svaralternativene. I tabellen er svaralternativene i kategori 1 presentert slik de fordeler seg mellom deltagere på tre nivåer i klinisk stige. Nivå 1 omfatter deltagere i første år av stigen, nivå 2 omfatter deltagere i de to neste årene og nivå 3 omfatter

deltagere i de to siste år og de som har gjennomført hele stigen. Spørreskjemaene ble optisk skannet og data lagt inn i SPSS versjon 12. Data ble analysert med beskrivende statistikk og ANOVA, som ble brukt for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom sykepleierne på de tre nivåene i klinisk stige. Signifikante forskjeller mellom gruppene er markert i tabellene med asterisk.

Funn

Begrunnelser for å delta i kliniske stiger

Sykepleiere valgte fra en liste på 12 grunner til å begynne i klinisk stige og ble bedt om å inkludere så mange alternativ de selv fant relevante for sin egen beslutning. Viktigheten av hvert alternativ er rangert i figur 1 (N=541) (Figur 1).

Det var tydelig at noen begrunnelser var viktigere enn andre, markert med en stiplede linje i figuren. Indre motivasjonsfaktorer dominerte blant de viktigste begrunnelsene, mens ytre motivasjonsfaktorer dominerte blant begrunnelser med minst betydning.

Forhold i organisasjonen som bidrar til en positiv læringsprosess i stigen

Generelt sett var det en tydelig økning i sykepleiernes verdsettning av ulike forhold etter som de beveget seg oppover i stigen. God organisering av deltagelse på avdelingsnivå, hjelp fra biblioteket og tilgang til PC var viktig for alle. Sykepleiere på alle nivåer vurderte lederens samarbeid om fordypningsarbeid som lav (Figur 2).

Utbytte av å delta i klinisk stige

Sykepleierne hadde høye skårer på svaralternativer som tilsvarte deres viktigste, hovedsakelig internt motiverte, begrunnelser for å begynne i stigen, for eksempel personlig og faglig utbytte og bruk av kompetanse.

Bruk av tilegnet kompetanse i avdelingen

Sykepleierne brukte sin kompetanse generelt sett mer etter hvert som de beveget seg oppover i stigen. Uavhengig av nivå i stigen var klinisk arbeid med pasientene og veiledning av kollegaer det de mest brukte sin kompetanse til. En felles oppfat-

ning blant alle var at lederne ikke benyttet dem i særlig grad som ressurspersoner i avdelingen. Sykepleiere i nivå 3 brukte sin kompetanse i kvalitetssikringsarbeide mer enn de andre.

Sykepleiernes intensjon om å forbli i sykehuset i forhold til nivå i klinisk stige

Sykepleierne ble bedt om å angi sine intensjoner om å forbli i sykehuset med å velge mellom alternativene neste år, mer enn ett år og vet ikke. Intensjon om å forbli i sykehuset økte etter hvert som sykepleierne beveget seg oppover i stigen.

Diskusjon

Sykepleiernes hovedbegrunnelser for å delta i kliniske stiger var knyttet til et ønske om personlig utvikling og til muligheten av å skaffe seg ferdigheter og kunnskaper som gjorde dem i stand til å gi bedre sykepleie til sine pasienter og generelt øke kvaliteten i omsorgen. Dette er typiske indre motivasjonsfaktorer som er viktig i utdanning av voksne og i et livslangt læringsperspektiv (10,21). Selv om ønske om høyere lønn ble rangert som tredje viktigste begrunnelse ble andre ytre motivasjonsfaktorer ganske lavt rangert. Høye skårer på ønske om å bedre sykepleiekvaliteten og å utvikle sykepleien til egen pasientgruppe viser at enkeltsykepleiere og helseinstitusjoner enten har sammenfallende interesser eller behov for læring på arbeidsplassen (3,4,22).

Lederens viktige rolle som støttespiller og tilrettelegger for kompetanseutvikling har gjentatte ganger blitt understreket i litteraturen (23-25). I denne studien erfarte sykepleiere at lederne manglet engasjement i stigen og dens deltagere. Manglende samarbeid og bruk av deltageres kompetanse fører til at ledere mister mulighetene til å ta tak i udekkede kliniske behov eller neglisjerte områder av praksis i avdelingen. Ifølge

Jordan m.fl. (26) vil kompetanseutvikling få størst betydning hvis lederne aktivt styrer den mot å «tette igjen hull i sykepleieomsorgen». Lederens manglende engasjement kan også skyldes manglende kompetanse i forvaltning av personalets kvalifikasjoner (25).

Selv uten lederens fulle støtte og engasjement rapporterte sykepleierne stor grad av personlig og faglig utbytte av sin deltagelse i kliniske stiger. I tråd med andre studier mente de at deltagelse i stigen hadde gjort dem mer aktive, initiativrike og engasjerte i faglig utvikling (8,18,27).

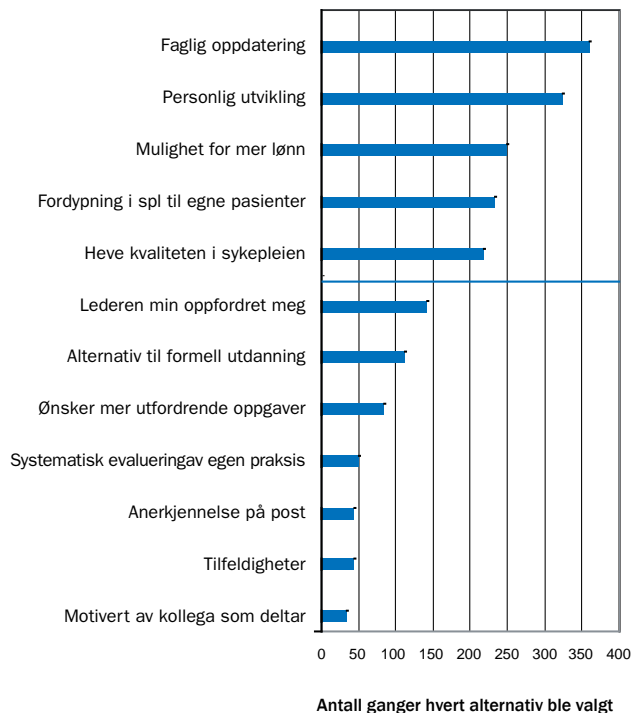
Konklusjon

I denne studien har økende tid som deltager i klinisk stige sammenheng både med høyere intensjon om å forbli i sykehuset og økt bruk av tilegnet kompetanse. Begge resultater er i tråd med sykehusenes fokus på å beholde kvalifisert personale og å utvikle kvaliteten av pasientomsorgen (3,4). Svært positive resultater av å ha et langsiktig perspektiv på profesjonell utvikling har allerede blitt demonstrert ved de såkalte Magnet hospitals i USA (28). Det er behov for sykepleieledere som kan argumenter for økonomiske og kvalitative fordeler av et langsiktig perspektiv på kompetanseutvikling i helseinstitusjoner som i økende grad bruker økonomiske metoder og effektivitets strategier fra næringslivet i sin policy.

Funnene i denne studien støtter tidligere funn om at deltagelse i kliniske stiger øker sykepleieres motivasjon i arbeidet (1). Fra tidligere studier vet vi også at intensjon om å forbli er direkte relatert til redusert turnover. Resultatene i denne studien støtter dermed påstandene om betydningen av kompetanseutvikling for å beholde kvalifisert personale (2,14,17).

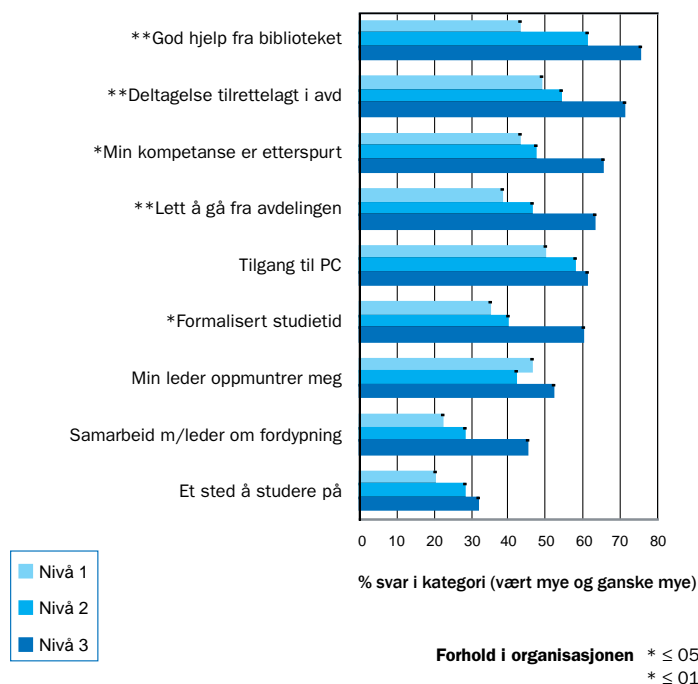
Figur 1

Rangert betydning av begrunnelser for å begynne i en klinisk stige



Figur 2

Forhold i organisasjonen som fremmet læring etter nivå i stigen.



Litteratur

1. Buchan J. Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: an international review. *International Journal of Nursing Studies* 1999; 36: 137-144.
2. Aiken LH, Mullinix CF. The nurse shortage: myth or reality? *New England Journal of Medicine* 1987; 317: 641-646.
3. Kliniske stiger ved Haukeland sykehus. Haukeland sykehus, 1998.
4. Klinikerveien ved Rikshospitalet. Rikshospitalet, 1999.
5. Helsepersonell loven (2001).
6. NOU No. 25 (1997). Ny kompetanse
7. St.meld.nr 42 (1998). Kompetanse-reformen.
8. Andersen H. Klinisk stige. Et program for kompetanseheving og anerkjennelse av sykepleiere i klinisk praksis. Oslo: Diatekst, 1997.
9. Dealy MF, Bass M. Professional development. Factors that motivate staff. *Nursing Management* 1995; 26(8): 32F-32I.
10. Ryan J. Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today* 2003; 23: 498-508.
11. Goodloe LR, Sampson RC, Munjas B, Whitworth TR, Lantz CD, Tangle E, Miller W. Clinical ladder to professional advancement program. An evolutionary process. *Journal of Nursing Administration* 1996; 26: 58-64.
12. Goodrich CA, Ward CW. Evaluation and revision of a clinical advancement program. *MEDSURG Nursing* 2004; 13: 391-398.
13. Schultz AW. Evaluation of a clinical advancement system. *Journal of Nursing Administration* 1993; 23: 13-19.
14. Krugman M, Smith K, Goode CJ. A clinical advancement program: evaluating 10 years of progressive change. *Journal of Nursing Administration* 2000; 30: 215-225.
15. Roedel RR, Nystrom PC. Clinical ladders and job enrichment. *Hospital Topics* 1987; 65: 22-24.
16. Corley MC, Farley B, Geddes N, Goodloe L, Green P. The clinical ladder. Impact on nurse satisfaction and turnover. *Journal of Nursing Administration* 1994; 24: 42-48.
17. Drenkard K, Swartwout E. Effectiveness of a clinical ladder program. *Journal of Nursing Administration* 2005; 35: 502-506.
18. Samdal GB. Kompetanseprogrammet klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling. Masteroppgave. Universitetet i Bergen, 2004.
19. Bjørk IT, Samdal GB, Hansen B, Tørstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 747-757.
20. Tørstad S, Bjørk IT. Nursing leaders' views and strategies in the professional development of nursing. *Journal of Nursing Management*. Akseptert (publiseres november 2007).
21. Knowles MS. *The adult learner: a neglected species*. (4th ed.) Houston: Gulf, 1990.
22. Hicks C, Hennessy D. An alternative technique for evaluating the effectiveness of continuing professional development courses for health care professionals: a pilot study with practice nurses. *Journal of Nursing Management* 2001; 9: 39-49.
23. Caine C, Kenrick M. The role of clinical directorate managers in facilitating evidence-based practice: a report of an exploratory study. *Journal of Nursing Management* 1997; 5: 157-165.
24. Nolan M, Owens RG, Nolan J. Continuing professional education: identifying the characteristics of an effective system. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 551-560.
25. Reay T, Golden-Biddle K, Germann K. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 396-403.
26. Jordan S, Coleman M, Hardy B, Hughes D. Assessing educational effectiveness: the impact of a specialist course on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30: 796-807.
27. Nolan M, Owen R, Curran M, Venables A. Reconceptualising the outcomes of Continuing Professional Development. *International Journal of Nursing Studies* 2000; 37: 457-467.
28. Kramer M, Schmalenberg C. Essentials of a magnetic work environment. *Part 1. Nursing* 2004; 34(6): 50-54.

Health+Workers
www.Health-Workers.com

Nye modeller og farger

Vi feirer vår nye katalog med mange nye modeller og farger. Se internett på www.Health-Workers.com.

Tunika fra
kr 299,-

Bukse fra
kr 299,-



JULETILBUD alle søsterur -20%

Vi gjør det enkelt for deg! Kjøp den lille julegaven til din arbeidskollega hos oss i dag. Fine gaver som gleder! **Tilbudet gjelder kun bestilling på internett** til og med julaften, eller så langt lageret rekker.



Groove arbeidssko

En herlig sko å gå i. Bløt og god...hele dagen! Groove er laget av ekstra mykt skinn. De ventilerende detaljene sørger for at svette og lukt fordufter. Groove er skli-sikker og setter ikke merker i gulvet. Innleggssålen er uttagbar og sørger for ekstra god støtte i helparti.

Bestill på www.Health-Workers.com
Ordretelefon 33 48 60 50

TILSYNSKRITIKK:
Sykepleien nr. 13/07
undersøkte hvordan jord-
mødrene opplevde å bli
kritisert av Helsetilsynet.



Feil har mange årsaker

Når det svikter på fødeavdelinger er årsaken gjerne sammensatt og skyldes sjelden enkelt-personer alene.

En analyse av 47 tilsynssaker om uheldige hendelser på fødeavdelinger viser at årsaken som regel ligger utenfor den enkelte helsearbeiders kontroll. Det er budskapet i en artikkel fra Tidsskrift for Den Norske Lægeforening.

Flere årsaker

Tilsyn og klagesaker har avdekket tilfeller av uklare retningslinjer, kommunikasjonssvikt og uavklarte ansvarsforhold i fødselsomsorgen. Artikkelforfatterne ville undersøke om det gikk an å avdekke hva som karakteriserte helsehjelpen forut for uheldige hendelser og om det gikk an å kategorisere årsaksforholdene i ulike kategorier. De analyserte 47 tilsynssaker, og grupperte årsakene i fire hovedkategorier: Svikt i kommunikasjon og samarbeid, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt og svikt i organisering av virksomheten. I de

fleste av sakene skyldtes hendelsene flere årsaker.

Sårbart

I en kommentar til undersøkelsen trekker Eva Sommerseth, leder av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund, frem bemanning som nøkkelfaktor.

– Ved mange fødeavdelingene må jordmødre mot sin vilje forlate kvinner i fødsel for å se til andre fødende. I den situasjonen kan det skje feil, påpeker hun.

– Alle kan gjøre feil, men i fødselsomsorgen er det ekstra utfordrende fordi feil kan få så katastrofale konsekvenser.

Jordmorforbundet får stadig tilbakemeldinger om at presset på jordmødre øker.

– Dette kommer i tillegg til at jordmødre i utgangspunktet har en belastende arbeidssituasjon, med helkontinuerlige springskift over mange år.

Mer utdanning

Sommerseth viser også til at jordmødre ikke har noen form for systematisert etterutdanning, slik legene har. Mens legene har mulighet til å opparbeide seg rett

til studiepermisjon, må jordmødre bruke fritiden.

– Et høyt faglig nivå er helt nødvendig i dagens fødselsomsorg, sier hun.

– Også arbeidsgiverne er for lite systematiske i opplæringen av jordmødre.

Hun har også en liten betenking i forhold til organisering.

– Når jordmødre trenger legeassistanse, har de behov for den som er mest kompetent. Men de får bare tilkalle forvakt. Forvakten må så vurdere om det er behov også for bakvakt. Da går tiden. Spørsmålet er om ikke dette er et svakt punkt.

Til å lære av

I analysen var svikt i organisering av virksomheten og uklare ansvarsforhold årsaker i to av tre tilsynssaker. Bare tolv av de 47 tilsynssakene hadde én hovedårsak. Forfatterne skriver at inndeling i kategorier kan diskuteres, men hensikten er at å gjøre det lettere å drive forbedringsarbeid i praksis.

Fire årsaker til uheldige hendelser

47 tilsynssaker ble gjennomgått og gruppert i fire kategorier. Sakene ble vurdert med henblikk på bakgrunn, saksforhold, vurderingstema, utfall og konklusjoner.

Kommunikasjons- og samarbeidssvikt

Eksempel: Lege gir ikke klar beskjed om hva som skal være videre oppfølging ved risikofødsel.

Uklare ansvarsforhold

Eksempel: Samtidighetskonflikt. Hadde jordmor eller «koordinerende jordmor» ansvar for oppfølging av risikofødsel?

Kompetansesvikt

Eksempel: Jordmor lyttet ikke på fosterlyd ved blodig vannavgang.

Svikt i organisering av virksomheten

Mangelfull og tveetydig instruks for ansvarsområdet til jordmor med «ansvarsvakt/koordineringsvakt».

Artikkelen «Uheldige hendelser på fødeavdelinger»

finnes på www.tidsskriftet.no

Egenpleie som hjelper!



Varmebalsam

Massering med varmbalsam slapper av muskulaturen og gir en bedre bevegelighet. Med naturlige og rene plante-ekstrakter.



Ben- og venebalsam

Inneholder:
Hestekastanje til pleie av åreknuter.
Aloe Vera som gir fuktighet
Mint som kjøler og forfrisker.



Sport-Gel

Velegnet ved muskel- og seneplager. Virker kjølede og lindrende.



VEGARD BRUUN WYLLER

Det friske og Det syke mennesket 1-6

CELLEBIOLOGI, ANATOMI, FYSIOLOGI, MIKROBIOLOGI, PATOFYSIOLOGI, FARMAKOLOGI, KLINISK MEDISIN

«Med sin vekt på integrasjon og forståelse vil dette verket egne seg godt for medisinstudenter som ønsker å skaffe seg oversikt over store fagområder – både som en første innføring og til repetisjon.» Professor dr.med. Per Brodal, studiedekan ved Det medisinske fakultet, UiO.

- **Det friske mennesket** tar for seg normale forhold, med hovedvekt på bygning (anatom), funksjon (fysiologi) og regulering av funksjonen for å opprettholde indre likevekt.
- **Det syke mennesket** omhandler sykdommer i de ulike organene og gjennomgår underliggende årsaksmekanismer (patofysiologi, mikrobiologi), undersøkelser og behandling, inkludert farmakologi.
- For å sikre en korrekt og oppdatert framstilling innenfor alle fagfelt har forfatteren samarbeidet nært med spesialister. • Rikelig illustrert • Innbundet med stålspiraler og stive permer.

• Forfatter og cand.med. Vegard Bruun Wyller er under spesialisering i pediatri og arbeider med en doktorgrad ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

- Bind 1: Grunnleggende biologi og medisin
- Bind 2: Sirkulasjons- og respirasjonsorganene
- Bind 3: Fordøyelses- og utskillelsesorganene
- Bind 4: Hormon- og nervesystemet, bevegelsesapparatet
- Bind 5: Overflateorganet, infeksjonsforsvaret, forplantningsorganene
- Bind 6: Barn og gamle, biologi og medisin i et helhetsspektiv.



Asmund Lindal Form & Foto AS

NYHET!
Kjøp verket komplett –
spar kr 609,-
Avbetaling uten pristillegg.
Portofritt tilsendt!

Akribe



• Bestill portofritt med kupongen – eller på haugenbok.no • ISBN 8279500952

SOM KUNDE HOS HAUGEN BOK HAR DU MANGE FORDELER:

- Avbetaling uten pristillegg • Uforpliktende gjennomsyn i 15 dager • Studentkonto: Spesialtilbud til studenter – se vår nettside!
- Kataloger med spesialtilbud gratis tilsendt.

TRYGT OG GODT KJØP HOS NORGES RASKESTE NETTBOKHANDEL!



haugenbok.no

• Tlf 70 07 45 00 • Faks 70 07 45 50
• epost@haugenbok.no

JA! Jeg bestiller til uforpliktende gjennomsyn i 15 dager:

- Det friske og Det syke mennesket 1-6*
pris kr 2.985,- portofritt tilsendt. ISBN 8279500952

Beholder jeg verket, ønsker jeg å betale slik:

- Avbetaling uten pristillegg: 15 mnd á kr 199,-
(i alt kr 2.985,-) Faktura følger verket.
 Kontant kr 2.985,- Faktura følger verket.

Jeg bestiller følgende enkeltbind á kr 599,-:

- Bd. 1 Bd. 2 Bd. 3 Bd. 4 Bd. 5 Bd. 6

NAVN: _____

ADR.: _____

POSTNR./STED: _____

Sykepleien 17/2007

Adressaten betaler for sending i Norden



Distribueres av Posten Norge

Haugen Bok

VOLDA

Svarsending 8585

0097 OSLO



Ragnhild Helgesen,
Undervisningssykepleier ved
Kompetansesenter i lindrende
behandling, Helseregion Vest

Forskning i bruk

Ved å delta i kliniske fagringer får sykepleiere i praksis arbeide kunnskapsbasert med fagutvikling

Sykepleiere og sykepleiestudenter har prøvd ut en modell for fagutvikling hvor de har tatt i bruk tilgjengelig kunnskap fra forskning sammen med erfaringsbasert kunnskap og kunnskap om den enkelte pasientgruppen. Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Nevrokinikken og Kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssjukehus, sykepleierutdanningen, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Prosjektet har gått over et år og er nå inne i en evalueringsfase. Det er allerede klart at både Kreftavdelingen og Nevrokinikken ønsker å videreføre kliniske fagringer i samarbeid med Høgskolen i Bergen.

Hva er kunnskapsbasert praksis?

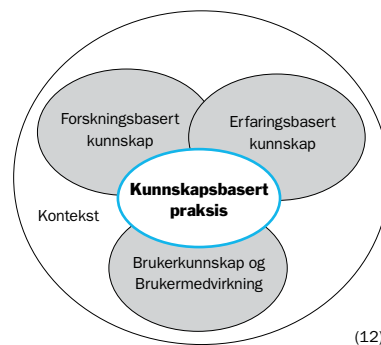
Et mål med kunnskapsbasert praksis er å støtte fagpersoner i å ta beslutninger, slik at de kan utvikle praksis og unngå uhensiktsmessig, kostbar og potensielt skadelig praksis (1,2). På denne måten vil ikke sykepleierens handlinger i praksis være vilkårlige eller bygge på gamle rutiner, men være et resultat av bevisste valg.

Begrepet kunnskapsbasert praksis er den norske oversettelsen av evidence based practice (EBP) og de to skal brukes synonymt (3).

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (NAKS) har stått sentralt i oversettelsen av begrepet.

I NAKS's modell plasseres kunnskapsbasert praksis i skjæringspunktene mellom forsknings-

basert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning. (4).



(12)

Bakgrunn og hensikt

Lov om helsepersonell forplikter alle helsearbeidere til forsvarlig yrkesutøvelse og kontinuerlig oppdatering (5). Overordnet strategiplan for Helse Vest og forsknings- og utviklingsstrategi for sykepleiertjenesten i Helse Bergen 2006–2008 vektlegger kunnskapsbasert praksis og fokuserer på samarbeid med universitet og høyskoler om et systematisk forsknings- og utviklingsarbeid (6,7).

Det er ofte begrensede muligheter for faglig fordypning i en travel klinisk hverdag og mange kilder dokumenterer at de fleste praktiserende sykepleiere ikke leser forskning (8). De avdelingene som deltok i dette prosjektet la til rette for at sykepleierne skulle få arbeide kunnskapsbasert med fagutviklingsoppgaver. Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen har som en av sine intensjoner å være brobygger mellom høyskole og praksisfelt ved å bygge opp kompetanse, undervise og veilede (1).

Kunnskap alene ikke nok

Forskning gjort på undervisning i kunnskapsbasert praksis til medisinerstudenter viser at tradisjonelle

forelesninger øker kunnskapsnivået, men at det ikke påvirker ferdigheter, holdninger og atferd. Derimot viser det seg at undervisning i kunnskapsbasert praksis i klinikken gir en mer helhetlig kompetanse, noe som gjør at det anbefales at undervisningen flyttes fra klasserom til klinisk praksis (9). Fagringene har jobbet med relevante og praksisnære problemstillinger, men systematisk etter kunnskapsbaserte prinsipper. Meningen har vært å gi sykepleierne et verktøy for å søke etter forskningsbasert kunnskap og kritisk vurdere denne opp mot egen erfaring, samtidig som de har arbeidet med fagutvikling på egen arbeidsplass.

Praktisk gjennomføring

Det ble i alt opprettet sju fagringer – tre ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, tre ved Nevrokinikken og en fagring med deltakere fra begge avdelingene (10). I to av fagringene har også studenter fra tredje året ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen deltatt.

Alle deltakerne i fagringene har fått avsatt tid i arbeidsplanen, seks timer en gang i måneden. En av deltakerne i hver fagring har hatt lederansvar i ringen. Denne ringlederen har hatt et koordineringsansvar for at det praktiske ved fagringmøtene har fungert, som å sette av rom og gi beskjed om hvor og når møtet skal være. De har også hatt ansvar for å dokumentere det arbeidet som er gjort. Videre har ringlederen hatt et rapporteringsansvar inn mot prosjektet og har samarbeidet med ledelsen i egen avdeling om det faglige innholdet i fagringarbeidet. Studentene som deltok ble rekruttert på bakgrunn av at de tidligere hadde hatt praksis på de to avdelingene.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

kunnskapsbasert praksis
fagutvikling
evidence based practice

Opplæring og veiledning

Til sammen har det vært avholdt fem undervisningsdager i prosjektperioden. Tidlig i prosjektet holdt Senter for kunnskapsbasert praksis et todagers seminar. Tema første dag var; Hva er kunnskapsbasert praksis? Her fikk deltakerne en innføring i hva kunnskapsbasert praksis er og hvilken trinnvis prosess som ligger til grunn for denne arbeidsmåten. Den andre dagen ble det avholdt et søkeverksted med bibliotekar. Med utgangspunkt i Helsebiblioteket og kjernes spørsmål, ble deltakerne guidet rundt i aktuelle databaser på leting etter relevant litteratur.

Ytterligere tre undervisningsdager ble arrangert. Tema disse dagene ble valgt ut ifra behov i fagringene. Alle kursdagene er godkjent av Norsk Sykepleierforbund og teller som en del av kompetansen man må ha for å bli klinisk spesialist. Ringlederne har i tillegg møttes månedlig for veiledning fra Senter for kunnskapsbasert praksis. Et stykke ut i prosjektperioden ble det avdekket et behov for veiledning i den enkelte fagring også, noe som ble etterkommet.

Arbeidet i fagringene

Modellen for kunnskapsbasert praksis har vært sentral og førende for arbeidet i fagringene. Denne modellen er bygget opp trinnvis, hvor en suksessivt arbeider seg gjennom trinnene med den kliniske problemstillingen (11).



1. Reflektere over egen praksis – erkjenne informasjonsbehov

Ved oppstart av fagringene fikk de enkelte gruppene tildelt aktuelle tema fra sin avdeling. Kreftavdelingen valgte tema knyttet til ernæring, stell av stråleskadet hud og mottak av pasient. På Nevroklinikken var problemstillingene knyttet til observasjoner ved subarachnoidalblødning, preoperative forberedelser og smerte. Fagringen med deltakere fra alle avdelingene så på rutiner ved administrering av et medikament som brukes i alle avdelingene.

2. Formulere et presist spørsmål

Det var opp til fagringen å presisere problemstillingen innen de rammene som var gitt av temaet. På dette trinnet i prosessen står PICO-modellen og kjernes spørsmål sentralt. PICO representerer et rammeverk for å rydde opp i spørsmålsstillingen, og identifisere viktige elementer for å presisere spørsmålet (12).

PICO

- Population (pasient/problem)
- Intervention (tiltak)
- Comparison (sammenlikning/kontrollgruppe)
- Outcome (utfall)

3. Finne forskningsbasert kunnskap

Fagringene arbeidet mye med å søke i aktuelle helsefaglige databaser etter relevant forskningslitteratur. En del av dette arbeidet ble gjort sammen med bibliotekar. Artikler ble fordelt i fagringen til gjennomlesing.

4. Kritisk vurdere kunnskapen

Forskningslitteraturen ble vurdert ut fra sjekkister utarbeidet av NAKS. Relevant og aktuell litteratur ble diskutert i fagringene i lys av egen erfaring og den konteksten man arbeider under.

5, 6. Integrere gyldig og anvendbar kunnskap med erfaring og bruke-rens preferanser og overføre dette til praksis. Evaluere egen praksis

Ved prosjektslutt har hver fagring levert en skriftlig rapport som beskriver problemstillingen de har arbeidet med, hvilke spørsmål de har stilt, hvilken litteratur de har funnet og deres vurdering av denne. Underveis har de enkelte fagringene undervist om sine temaer på egen avdeling. I høst har fagringdeltakerne fått tilbud om å delta på skrivekurs på Senter for kunnskapsbasert praksis. Formålet med kurset er å skrive for å publisere.

Erfaringer fra fagringene

En formell evaluering av prosjektet pågår. Det har likevel kommet tilbakemeldinger i form av rapporter inn til prosjektleder. Disse viser blant annet at deltakerne i fagringene har fått erfaring i å søke etter og vurdere fagartikler. De har drøftet litteraturen opp mot egen erfaring og praksis i avdelingen. Som det står i en av rapportene: «vi har lært viktigheten av å stille spørsmål ved måten ting gjøres på.»

Å sette av tid på turnus sammen med veiledning fra Senter for kunnskapsbasert praksis, har vært avgjørende for gjennomføringen av prosjektet.

Det kommer også fram at det har vært en tidkrevende prosess. Flere av deltakerne hadde liten erfaring i å lese engelske fagartikler. Et frustrasjonsmoment har vært at lesingen av fagartikler ofte har generert flere spørsmål etter hvert som man har gjort seg kjent med emnet, og at det ikke alltid er et helt klart svar å finne.

Konklusjon

Et av målene for dette prosjektet har vært at sykepleiere i klinisk praksis skulle få arbeide kunnskapsbasert med fagutvikling. Gjennom prosjektet har deltakerne fått prøve ut en modell hvor de har jobbet med å stille gode spørsmål. De har aktivt måttet finne relevant forskning og vurdert denne kritisk i forhold til egen erfaring og praksis. Så langt tyder det på at sykepleierne i fagringene har opplevd prosjektperioden som krevende,

men lærerik og nyttig. Avdelingene har også funnet denne modellen for fagutvikling hensiktsmessig og ønsker å fortsette med kliniske fagring.

Evalueringsrapporten som er ventet ferdigstilt i høst, vil avdekke flere forhold omkring erfaringene med prosjektet og om «kliniske fagring for kunnskapsbasert praksis» er en anvendbar modell for å drive fagutvikling i praksis.

Litteratur

- Nortvedt M. Kunnskapsbasert brobygging. Tidsskr Sykepl 2007;1: 33.
- Nortvedt M, Hanssen TA, Lygren H, Wahl A. Metodisk mangfold. Kritikken mot evidensbasert sykepleie - debatt eller akademisk øvelse. Tidsskr Sykepl 2004; 15: 62-63.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helseetjenesten. Hva er kunnskapsbasert praksis? http://www.kunnskapssenteret.no/filer/399,2_Vi_bruker_begrepet
- Nasjonalt kunnskapssenter for helseetjenesten. Hva er kunnskapsbasert praksis? <http://www.kunnskapssenteret.no/filer/376,5Lysbilde5>
- Lov 1999-07-02 nr.64: lov om helsepersonell
- Strategiplan for Helse Bergen 2004 - 2008 <http://innsiden.helse-bergen.no/Dokumenter/>
- Forsknings- og utviklingsstrategi for sykepleietjenesten i Helse- Bergen 2006 - 2008
- Reinar L. Det starter med et spørsmål. Sykepleien Forskning 2006;1(1):62-4.
- Comarasamay A. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review BMJ 2004; 329:1017.
- Isaksen AS. Prosjektplan: «Kliniske fagring for kunnskapsbasert praksis» http://www.helse-bergen.no/avd/nevro/kliniske_fagring/modell/
- Nasjonalt kunnskapssenter for helseetjenesten. Hva er kunnskapsbasert praksis? <http://www.kunnskapssenteret.no/filer/389,7Lysbilde7>
- Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi, Metoder og arbeidsmåter. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.



Elisabeth Strand,
spesialergoterapeut,



Elin Ellingsen,
sykepleier begge
jobber ved Hospice
Lovisenberg dagpost.

Hvordan har du det i dag?

Eget kartleggingsverktøy for symptomlindring gir pasientene ved Hospice Lovisenberg muligheten til selv å komme til orde.

Både pasienter og personalet har rapportert ESAS som nyttig utgangspunkt for samtale.

Hospice Lovisenberg er en avdeling under Lovisenberg Sykehus som gir omsorg, pleie og lindrende behandling til kronisk syke kreftpasienter, pasienter med annen alvorlig kronisk lidelse og døende pasienter. Hospice har en dag- og en døgnpost. I denne artikkelen ønsker vi å formidle erfaringer med bruk av et eget kartleggingsverktøy for symptomlindring, «ESAS», på dagposten.

Dagposten på Hospice er en spesialavdeling for hjemmeboende pasienter med framskredde sykdom og kort forventet levetid. Vi yter helhetlig omsorg i et tverrfaglig miljø der målet er å gi optimal symptomlindring, symptomforebygging, støtte, hjelp og veiledning til pasienter og pårørende. Vi går ut fra den enkelte pasients behov og forsøker å gjøre livet så rikt og meningsfullt som mulig til tross for alvorlig sykdom. Dagposten skal med grunnlag i Hospicefilosofien arbeide for å utvikle kunnskap og erfaringer om behandling, pleie og omsorg. Hospice skal være et ressursenter for helsepersonell. Pasientene

som er innskrevet på dagposten kommer en til to ganger per uke og kjernetiden er fem timer. Personalet består av ulike faggrupper: Sykepleiere, fysioterapeuter, musikkterapeut, leger/psykiater, ernæringsfysiolog, sosionom, ergoterapeut, kokk og prest.

Hva er «ESAS»?

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et skjema der pasienten graderer sin opplevelse av at symptom på en skala fra null til ti. Systemet er utarbeidet av professor Eduardo Bruera da han var tilknyttet kreftsenteret i Edmonton, Canada. Det er et internasjonalt anerkjent verktøy for systematisk symptomregistrering for pasienter i lindrende behandling. Skjemaet er tenkt som en oversikt over pasientens hovedproblemer og er et utgangspunkt for kommunikasjon med pasienten og kartlegging av symptomer som eventuelt krever nærmere utredning. ESAS brukes videre til å evaluere igangsatte tiltak. Et overordnet mål er at man legger vekt på livskvalitet og pasientens ønsker. Den norske versjonen har

fokus på åtte symptomer i tillegg til det generelle spørsmålet «alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag»? I Norge kalles skjemaet, «hvordan har du det i dag». Den norske versjonen skiller seg fra den opprinnelige ved at man har tatt inn skille mellom smerter i ro og smerter ved bevegelse. Scorene fra det utfylte skjema blir daglig overført til en grafisk fremstilling som gjør det mulig å se endringer, eventuelt resultat av tiltak og så videre. De viktigste fordelene ved kartleggingsverktøyet er at man raskt får tilgang til pasientens egne opplevelser av sine plager, det gir mulighet for en felles referanseramme i arbeidet med alvorlig syke, og det gir også mulighet for kvalitets sikring av tjenesten ved å dokumentere plager og å vise effekt av tiltak. Smertekartet gir mulighet til å beskrive smertens karakter og lokalisasjon. Vi benytter også smertedagbok slik at pasienten selv kan dokumentere og følge med i egen smertebehandling.

Oppstart av ESAS på dagposten

I mars 2004 ble det bestemt at vi skulle begynne med ESAS-registre-

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Lindrende behandling
Hospice
ESAS
Kartleggingsverktøy



FRIVILLIG ENSOMHET: Det er ikke alle som ønsker å dele sine innerste tanker med andre. Illustrasjonsfoto: Coulorbox

ring på dagposten. I standard for palliasjon foreslås det ESAS som kvalitetsindikatorer som kan være med på å sikre kvaliteten i palliativ behandling. (Standard for palliasjon, NFPM 2004). Det ble fra starten av jobbet systematisk for å få til en god kommunikasjon og veiledning. Til dette fikk vi hjelp av Kompetansesenteret for lindrende behandling, på Ullevål universitets sykehus. De var nokså nyoppstartet, men bidro med undervisning. Dagposten har et ønske om å være et fristed for alvorlig syke mennesker. Med vårt helhetlige perspektiv

var det nødvendig med diskusjon i personalet for å motivere til å ta redskapet i bruk. Noen ansatte opplevde en slik registrering som medikaliserende. Flere hadde vansker med å se nytteverdien.

Behov for struktur

Personalet informerte alle pasienter om hensikten med ESAS før vi startet opp. I starten manglet vi rutiner og struktur. Vi tenkte det var viktig å la det være en «myk» start der dette skulle være uformelt og minst mulig «utriveilig». Vi møtte utsagn som: «Må

vi fylle ut skjema nå igjen?» «I dag også?» «Jeg har egentlig ingen plager.» Dette førte til at vi hadde behov for mye informasjon og bearbeiding også i personalgruppen. Flere hadde sympati med pasientene og lot de derfor slippe å fylle ut. Også i standard for palliasjon nevnes det at skjemaet kan oppleves belastende for alvorlig syke å skulle fylle ut. Det var opp til den enkelte hvor man satte seg ned for å fylle ut skjema. Dette medførte at vi ikke hadde oversikt over om pasienten hadde fylt ut skjema, hvor skjema befant seg

og eventuelt om pasienten hadde oppfattet skjemaet korrekt eller hadde spørsmål. Situasjonen ble etter hvert for «tilfeldig». Noen besvarte ESAS, andre ikke. Dette gjorde det også vanskelig med tanke på å ivareta taushetsplikten. Hvem som helst kunne lese andres opplysninger. Resultatet ble en del frustrasjon både hos pasienter og personalet og behovet for ytterligere struktur meldte seg.

I dag sitter pasientene ved et definert sted og fyller ut skjema. Personalet er tilgjengelig for å svare på spørsmål og kan eventuelt

Skal alle fylle ut skjema uavhengig av dagsform?

være med som assistent i utfylling av spørsmålene. Personalet tar inn skjema og leser igjennom. Dette gjøres mens pasientene er til stede slik at man raskt kan handle der det er påkrevet. Hvert team er ansvarlig for å føre skjema over til grafisk oversikt (samleskjema) og sammenligne med tidligere score hos den enkelte pasient. Vi bruker opplysningene til å iverksette tiltak og evaluere. Når skjemaet med sammenfatningene er fullt, legges dette i journalen.

Erfaringer

Skjemaet kan gi et raskt og verdifullt bilde av pasientens symptomer. Symptomene som er valgt ut på ESAS oppleves av personale som sentrale. Spørsmålene hjelper oss til å avgrense omfanget ved det å tilby lindring. Både pasienter og personalet har rapportert ESAS som nyttig utgangspunkt for samtale. Spørsmålene favner både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider. Slik kan skjemaet gjøre det naturlig å komme inn på viktige

sider ved det å ha en uhelbredelig sykdom med kort forventet levetid. Ved å fange opp det pasienten uttrykker eller forsøker å gi uttrykk for, blir det mulig å henvise videre. Noen uttrykker tilfredshet ved at det åpnes for mulighet til å få si noe om hvordan de har det. Vi har fått tilbakemelding om at det oppleves godt for pasienten å bli tatt på alvor. Skjemaet brukes som utgangspunkt på ukentlige tverrfaglige møter og kan virke bevisstgjørende på oss som helsepersonell. I praksis henvender vi oss mye til hverandre, arbeider på tvers av faggrupper og henviser til særfgelig intervensjon der det er behov. Vi arbeider på denne måten tverrfaglig med felles overordnet mål samtidig som den enkelte faggruppe tilfører teamet sitt fagspesifikke perspektiv.

Pasientens synsvinkel

Når pasienten scorer høyt på smerter, samtaler vi med pasienten og henviser videre til lege eller andre i teamet. Dersom det er behov for økning av smertestillende medikamenter kan vi

eksempelvis ta i bruk smertedagbok som et hjelpemiddel. Pasienten fører da skjematisk bruk av smertestillende gjennom hele døgnet og på bakgrunn av dette kan det gjøres endringer i medikamentbruken. Pasienten er aktiv med i beslutningsprosessen og blir sett på som en aktør og samarbeidspartner mer enn et passivt objekt. Perspektivet er snudd fra «eksperten» til pasientens synsvinkel.

ESAS gjør det mulig å få frem behov for undervisning innen ulike områder. Dersom flere pasienter scorer høyt innenfor et område, arrangerer vi tematime med undervisning. For eksempel viste det seg at mange flere pasienter var mer plaget av munntørrhet enn vi var klar over. Tema kan være: munnpleie, medikamentell smertelindring, fallforebygging, fatigue, ernæring og trygderettigheter. Alle faggrupper er engasjert og involvert. Pasientene uttrykker engasjement og tilfredshet rundt økt kunnskap på de ulike felt.

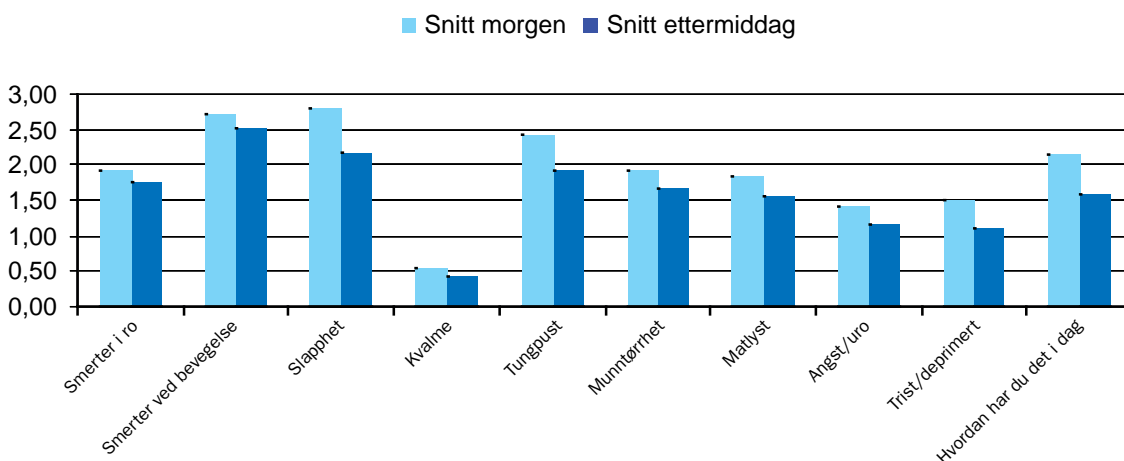
Noen pasienter forteller at

skjemaet enkelte ganger hadde sett annerledes ut dersom de hadde fylt det ut hjemme om morgenen, altså før de kom til Hospice. Når de kom innenfor døren på dagposten, ble sett og møtt, følte de seg med en gang bedre. For å undersøke dette «nærmere igangsatte vi som et prøveprosjekt der pasientene fylte ut skjema både ved ankomst og avreise. Resultatet var overaskende tydelig.

Det kan leses en klar tendens til positiv utvikling på alle parametere fra utfylling av skjema på morgenen til samme skjema på ettermiddagen. Kan sosialt felleskap gi lindring på flere områder?

Noen kritiske innvendinger

Hva er det vi egentlig måler ved å benytte ESAS og hvor valide resultat gir det utfylte skjema? Det kan virke som et paradoks at dagen starter med å fokusere på problemer når dagposten i utgangspunktet skal gi livslyst, inspirasjon og vekst. Ikke alle ønsker å dele med andre sine innerste tanker og problemer.



Det var en klar positiv utvikling fra utfylling av skjema på morgenen, til samme skjema på ettermiddagen.

Skjemaet kan oppleves som om vi ser på mennesket som enkeltstående deler - og ikke som hele mennesker.

Eksempel:

Margrethe med diagnosen lungekreft er 72 år og har vært pasient tilknyttet dagposten over lang tid. Hun er en av dem som alltid kommer smilende og bedyrer at hun har det bra. Selvsagt plages hun av tung pust og falltendens, men alt i alt har hun ingenting å klage over. Hun er sosial, har god kontakt med nær familie og har stort nettverk av venner. ESAS-skjema viser alltid lave score unntatt på tungpust hvor tallet er 9-10. Plutselig en uke scorer hun 7-8 på angst og uro uten at man på noen som helst måte kan oppdage dette på hennes væremåte utad. Hun er like smilende, og på spørsmål om hvordan hun har det, svarer hun «bra». (Hvordan er det mulig og hvorfor gir hun muntlig uttrykk for dette?) Jeg tar kontakt og sier det som det er at jeg på ESAS-skjema har observert høye score på angst/uro. Er det noe vi kan hjelpe henne med?

Gjennom samtalen kommer det fram at årsaken er at en av medpasientene var død. De hadde hatt god kontakt over tid - også privat! Dødsfallet hadde kommet overraskende på Margrethe, selv om hun visste at tilstanden var dårlig. Hun hadde fått tanker som «hvem blir den neste?» - og dette hadde utløst angst. Det kunne jo like godt bli henne selv ... Vi snakket lenge sammen og jeg fikk bekreftet at Margrethe hadde mange hun kunne dele disse tankene med - også presten i menigheten hun tilhørte. Neste uke var ESAS

score på angst/uro nede i 1. Dette viser at ikke alle makter å meddele seg direkte og muntlig til personalet.

Eksempel:

Anna fremstår som en reservert og litt beskjeden dame i 50 åra. Hun scorer 8 på matlyst og tilsvarende på kvalme. Hun forteller at hun er litt plaget av uro og slapphet, men bagatelliserer det under samtalens løp. Hun skraverer over abdomen og markerer «takvise smerter» på kroppskartet. Pasienten forteller at hun startet opp med medikamentet Oxycontin 10 mg x 1 for en måned siden. Hun bruker nå Oxycontin 20 mg x 2. Anne har brystkreft med spredning og er nå ferdig med all tumorrettet behandling. Primærkontakten fanger opp vanskene gjennom ESAS og legen henviser raskt til ernæringsfysiolog for eventuelle tiltak. Pasienten er med på den jevnlige undervisningen om smertelindring og kvalme, men den grafiske oversikten viser ingen bedring i opplevd symptomlindring. På tverrfaglig møte diskuteres det hvilke tiltak Anna kan få hjelp av. Det besluttes at det skal settes av tid for tettere kontakt og samtale enn det er investert i tidligere. Det kan se ut som om Anna trenger tid for å bygge et relasjonsmessig og nært forhold til personalet og å få tillit til å åpne seg. Teamet kommer til enighet om at det skal byttes primærkontakt, da det ser ut som om Anna har søkt til en spesiell i personalgruppen. Problemet viser seg å være obstipasjon og pasienten synes dette er et pinlig område for henne å snakke om. Det viser seg at hun har hatt vansker med



HOSPICE Lovisnberg. Foto: Lovisnberg Diakonale Sykehus.

hard avføring hele livet, men at dette har forverret seg betraktelig etter at nye medisiner er kommet til. I personalgruppen ble dette et tema. Er obstipasjon et så sentralt punkt at det burde stå på ESAS?

Dilemmaer

Punktene vi ber om besvarelse på er heller ikke alltid de pasientene er mest opptatt av eller som dekker best deres behov. Kanskje det er andre problemstillinger pasienten ønsker at vi skal fokusere på. Skjemaet er jo nettopp ikke utarbeidet av pasientene selv, men av leger.

Enkelte pasienter trengte en «hjelper» til å fylle ut. Noen, både personale og pasienter synes det tar lang tid. På dager med dårligere bemanning og når

mange pasienter i tillegg kommer samtidig, ble det vanskelig å gjennomføre dette. Vi kom i mange dilemmaer. Skal alle fylle ut skjema uavhengig av dagsform? Flere av våre pasienter har vansker med å forholde seg til informasjon. Pasienter med kognitive svikt, eller pasienter som er deprimerte kan være eksempel på dette. For mange er det vanskelig å definere smerter med tallangivelser på et skjema.

Eksempel:

Odvar er en mann på 47 år som fikk diagnosen glioblastom for cirka ett år siden. Personalet opplever han umiddelbart som en flott og ressurssterk person med godt humør og kjappe replikker. Han beskriver seg selv som en aktiv mann med

stort nettverk og mange interesser. Han er far til to mindrarige barn og har en ektefelle som er i fullt arbeid. Allerede under første besøk ble det likevel tydelig at han hadde funksjonsmessige vansker, noe som senere skulle vise seg å bli store utfordringer i miljøet. Odvar hadde kognitive vansker som blant annet viste seg i en ukritisk holdning, vansker med mengdeforståelsen, struktur og hukommelse. Dette førte til rastløshet og en del merkelige opplevelser som ble forsøkt dekket over av de som tilfeldigvis var omkring ham. Dagsformen kunne variere svært mye slik at personalet opplevde stor uforutsigbarhet med tanke på hvor tett oppfølging det var behov for. Noen ganger kunne vi «bomme» på hvor tett vi skulle følge ham opp med det til følge at Odvar kunne bli irritert og tverr. Noen pasienter trakk seg i perioder unna ham. ESAS skjema ble en stor utfordring for Odvar. Den grafiske oversikten viste liten sammenheng i hvordan han scoret fra gang til gang og personalet forsøkte derfor å følge enda tettere opp for å se hva som egentlig var reelt. Odvar så noen ganger ut til å gardere seg ved å score fem på alle symptom og det opplevdes svært tilfeldig hvilken score han gav det enkelte symptom. Det kunne se ut som om det var like avgjørende hvem som satt sammen med ham og hva de scoret enn hva hans egen dagsform var. Odvar ble introdusert for hjelpemiddelet «linjalen» som viser ansiktsuttrykk som symbol for tallene og ble plassert alene uten forstyrrende inntrykk i håp om å bedre validiteten. Personalet diskuterte hvorvidt det var etisk forsvarlig å utsette pasienten for oppgaven og besluttet at det ikke gav mening å fortsette slik. Vi valgte heller å samtale tett og slik følge opp hans individuelle behov for smertelindring. Familien

ble dessuten tilbudt samtale om hvordan kognitive vansker kan påvirke hverdagen og tilbud om pårørendegruppe for å treffe andre i lignede situasjon. Primærkontakten gav samtidig familien råd om tilbud som finnes til barna i den situasjonen de var i. Det ble opprettet ett tett samarbeid med kommunehelsetjenesten om tiltak og senere i forløpet ble pasienten tilbudt plass på døgnposten for avlastning.

Prestasjonsangst

Noen pasienter har vanskelig for å forholde seg til tall uten å ha kognitive vansker. Av erfaring ser vi at enkelte «personligheter»

har vanskelig for å omsette en indre opplevelse eller fysisk plage til ett tall slik det stilles krav om ved utfylling av ESAS. Noen er svært opptatte av å være korrekte, sannferdige og mest mulig presise. Dette manifesterer seg ved at de ikke vil fylle ut skjema, scorer midt imellom to tall eller kommer med utfyllende kommentarer til det enkelte punkt. På kroppskartet kan det noen ganger skraveres og detaljfokuseres samt at tegningen kan forandres noen ganger med tanke på tykkelse og/eller at figuren endres. I tillegg vil flere ha samtale og mulighet til å forklare hvorfor de fyller ut skjema som de gjør. Det kan noen ganger bli lange forklaringer og historier rundt dette. Totalt sett erfarer vi at det kan bli en slitsom affære for noen å fylle ut ESAS hver gang de kommer. Noen ser på utfyllin-

gen med så stort alvor at enkelte opplever prestasjonsangst og redsel for å gjøre feil. Personalet har gjentatte ganger holdt undervisning med ønske om å trygge den enkelte i forhold til hvordan de besvarer skjemaet.

Kulturbakgrunn er med på å prege hvordan pasienten vektlegger og uttrykker smerter.

Psykologiske faktorer som åpenhet rundt eksempelvis angst og depresjon kan være en annen utfordring. Kanskje er det lettere å fortelle om munntørrhet enn tristhet? Hva er det som skjer dersom jeg svarer at jeg har det bra? Mister jeg tilbudet dersom jeg scorer lavt? Innfrir

Kulturbakgrunn er med på å prege hvordan pasienten vektlegger og uttrykker smerter.

jeg forventningene til å være dagpostpasient?

Eksempel:

Gunnar ga uttrykk for at han hadde litt smerter. På ESAS skjema scoret han lavt, men man kunne tydelig se at han hadde problemer. Dette kom fram når han skulle sette seg i en stol og ikke klarte å sitte rolig over tid. Han holdt seg for seg selv ble fort sliten og orket lite. Etter samtale med primærkontakten kom det fram at han hadde store smerter, men våget ikke synliggjøre dette. Gunnar var engstelig for at han ikke kunne være pasient på dagposten lengre dersom han var for dårlig. Han ville heller ikke ta mer smertestillende da han var redd for å bli sløv og miste kontrollen. Etter god informasjon og tett oppfølging med hensyn til medikamentøk-

ning, endret Gunnar seg. Han ble utadventt, sosial og fikk en tydelig bedre livskvalitet.

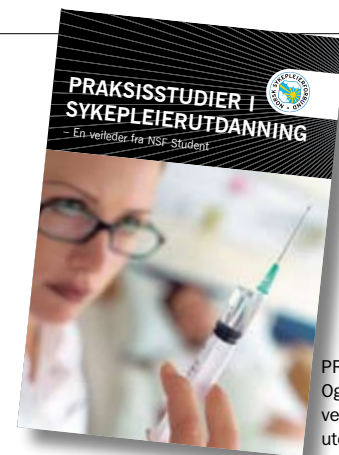
Konklusjon

Som helsepersonell er vi vant til å observere og mene noe. ESAS gir pasientene selv en mulighet til å uttrykke hvordan de har det. Slik er ikke dette noe som er sant eller mindre sant, men en holdning til hva pasienten selv mener er viktig. Utgangspunktet for helsehjelpen blir derfor hos pasienten og hva vedkommende uttrykker som det viktigste.

Et ønske om å arbeide helhetlig krever aktiv bruk av gode verktøy for å ha en realistisk mulighet for måloppnåelse. ESAS er et nyttig verktøy for å dokumentere, observere og kunne følge utviklingen av de symptomer som er valgt ut. ESAS kan være en av flere muligheter til å fange opp noen symptomer. Et sentralt punkt er hvordan skjemaet brukes. Når går vi inn med tiltak, på hvilket score er det rimelig å reagere? Vi er ulike både som helsearbeidere og pasienter. Vi tenker oss at det ville være en sikrere score dersom man hadde en nøkkel som definerer nærmere hva det enkelte tall innebærer for pasienten. Kanskje kunne vi gjentatt informasjon om skjema, bruk, utfylling og eventuelt gitt ut skriftlige retninglinjer for bruk av verktøyet. Smerte- og symptomlindring er fortsatt en utfordring.

Litteratur

1. Ottesen S, Fosli I, Aamotsmo T, Holten R. Fra teori til virkelighet i det palliative landskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125(6): 760-62.
2. ESAS - Standard for palliasjon, NFPM 2004 side 7.



PRAKSISHEFTET: Også nyttig for veiledere både i og utenfor høyskolene.

Råd i praksisperioden

Studenter i praksis får et verktøy til å gjøre perioden best mulig.

Det er et praksishefte, og kommer snart i posten til alle studentmedlemmer i Norsk Sykepleierforbund.

– Vi vil gi studentene større innsikt i hvilke regler som gjelder for praksis, hva som forventes av praksisstedet, av praksisveileder, av lærer og av studenten selv, sier studentleder Stian Skare.



GODT FORNØYD: Studentleder Stian Skare vil hjelpe studentene til å stille krav.

Begge parter

– Studiestedene er under press for å utdanne flest mulig sykepleiere, og det kan gå utover kvaliteten på praksisplassene. Vi tror at studenter som kjenner regelverket i større grad vil medvirke til at utdanningene følger kravene som stilles.

– *Så dere vil holde skolene litt i ørene?*

– Nja, vil ikke si det. Vi vil gjøre begge parter, skolene og studentene, klar over hvilke lover og regler som gjelder. I tillegg til anbefalinger om hvordan man kan øke læringsutbyttet.

Utvidet

NSF Student har i flere år gitt ut praksishefter, dette nye er videutviklet og betydelig tykkere enn de gamle. Det er styret i NSF Student som har anbefalt både innhold og utforming. Blant annet er et eget kapittel om praksisstudier i utlandet tatt med.

Hyppig stilte spørsmål fra studenter er også brukt som utgangspunkt for innholdet. Som for eksempel «hvilket ansvar har veileder på skolen» og «hvilket ansvar har praksisveileder» og «hva gjør jeg dersom jeg blir brukt som arbeidskraft i praksis».

Også for veiledere

Skare opplever at mange praksisveiledere, sykepleierne som veileder studenter i praksis, ofte er i tvil om hvilke krav rammeplanen stiller. Han håper også de vil ha nytte av heftet.

– Dette er ment å være et nyttig verktøy for å sette seg inn i hva praksisstudier innebærer, sier han, og poengterer at heftet er ment som en veiledning.

– Vi anbefaler også studentene å forholde seg til primærkildene, som for eksempel rammeplanen, som også er med i heftet.

ENDA FLERE DECUBAL-PRODUKTER MOT TØRR HUD!

www.circus.no

Decubal består i dag av produkter som nærer, pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Serien inneholder produkter for de som har normalt tørr hud, men også spesialprodukter for en ekstremt tørr hud, irritert hud eller som støttende behandling ved psoriasis og eksem. Nå lanserer Decubal to spennende nyheter for vask av hud og hår:

DECUBAL FACE WASH

Mildt renseskum som effektivt renser huden, uten å virke uttørkende. 150 ml pumpeflaske

DECUBAL MILD SHAMPOO

Tørr hud gir også ofte tørr hodebunn. Decubal Mild Shampoo rengjør hår og hodebunn skånsomt. 200 ml flaske

Decubals spesialutviklede produkter gir hele kroppen optimal hudpleie hver dag. Kun på apoteket





Av **Beate Harvik** og **Anne Kristin Svendsen**, Spesialsykepleiere til barn ved Sykehuset Buskerud, barnepost 1 og 2.

Mange foreldre mangler kunnskap om hvilke innvirkninger sykehusinnleggelse av barn har på de andre barna i familien.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Barn
Pårørende
Søsken

Sårbare søsken

Et forskningsbasert besøksprogram skal sørge for at barn som pårørende blir ivaretatt på en god måte.

Over 80 prosent av alle barn i Norge har søsken. Det vil si at de fleste barn som ligger på sykehus har en søster eller bror. Vår erfaring er at det er svært individuelt hvordan søsken blir møtt på sykehus. Gjennom vår hovedoppgave i barnesykepleie har vi derfor utarbeidet et forskningsbasert besøksprogram for søsken som pårørende. Besøksprogrammet består av en søskeninvitasjon (fig 1) med tilhørende veiledere for tilretteleggelse før, under og etter sykehusbesøket (figur 2). Veilederen er ment som et arbeidsverktøy for sykepleiere for å kvalitetssikre at søskenbesøket er preget av kunnskap, forståelse og målrettet handling. Besøksprogrammet er først og fremst rettet mot søsken som pårørende, men kan brukes til å ivareta alle barn som er pårørende.

Sterke følelser

Litteratur og forskning vektlegger behovet for å ivareta søsken som pårørende (1,2,3,4,5,6,7). En oversiktsartikkel over studier fra 1979 til 2005 om barns erfaringer knyttet til søsken med kreft, konkluderer med at disse barna gir uttrykk for sterke følelser, opplever forandringer i livet sitt og at deres behov ikke blir møtt (7).

Målet med besøksprogrammet er at søsken får alderstilpasset informasjon, mulighet til selv å erfare hvordan det syke barnet

har det og at de får følelsen av å bli regnet med (2,7,8). En studie viser at barn som fikk tilrettelagt besøk på en intensivavdeling viste signifikant færre negative emosjonelle problemer og atferdsforandringer enn barn som ikke fikk dette tilbudet (9).

Barn er i en sårbar situasjon. De er avhengig av, og derfor prisgitt, de voksnes evne til å se deres uttrykte behov (10). Mange foreldre opplever et barns innleggelse på sykehus som traumatisk. Foreldre har mer enn nok med egne følelsesmessige reaksjoner og evner kanskje ikke å se søskens behov. Dette understøttes av flere studier hvor søsken rapporterer om signifikant høyere antall emosjonelle forandringer som pårørende enn hva foreldrene selv opplever at barna har (11,12,13).

Åpenhet viktig

Det er utført flere studier på søskens opplevelser av å være pårørende. Mange av studiene er knyttet opp mot spesifikke diagnoser og spesialavdelinger. Til tross for disse forskjellene har vi funnet flere sammenfallende resultater. Søsken rapporterer om forandringer i familieforholdet som preges av:

- Endring i daglige rutiner
- Mindre tid med og oppmerksomhet fra foreldre
- Mer tid med andre omsorgspersoner

- Forskjellsbehandling
- Tap av søskenforhold og økende rivalisering

Videre rapporterer de om intense følelser uttrykt gjennom: Tristhet, ensomhet, avvisning, engstelse, sinne, sjalusi og skyld (2,7,14).

Søsken uttrykker behov for åpenhet, ærlighet, adekvat informasjon, deltagelse, og støtte til å opprettholde egne interesser og aktiviteter i hverdagen (7). I veilederen til besøksprogrammet vektlegger vi nettopp hvordan sykepleieren kan ivareta søskens behov gjennom åpenhet, ærlighet og aldersadekvat informasjon og deltagelse.

Besøksprogrammet

Metoden vi har brukt for å utarbeide besøksprogrammet er i pakt med Retningslinjer utgitt av Statens helsetilsyn i 2002 (15). Tiltakene er bygget på programmet Facilitated Child-Visit Intervention (FCVI) og vektlegger hvordan sykepleieren kan fremme emosjonell og kognitiv støtte til barn før, under og etter besøk på voksenintensiv. En pilotstudie konkluderte med at barn som fulgte programmet rapporterte om mindre negativ atferd og emosjonelle reaksjoner knyttet til sykehusinnleggelsen enn kontrollgruppen (9). På bakgrunn av dette har vi valgt å strukturere utarbeidelsen av



ÅPENHET: Alderstilpasset informasjon forebygger emosjonelle problemer og atferdsforandringer. Illustrasjonsfoto: Beate Harvik og Anne Kristin Svendsen



TRYGGHET: Gjennom lek og forberedelse kan søsken lettere identifisere seg med situasjonen.

tiltakene i besøksprogrammet, se tabell 2.

Før besøket

Forutsetningene som ligger til grunn for FCVI er at foreldrene gir innformert samtykke til at søsken skal få besøke sin syke bror eller søster (9,16). Foreldrene har krav på informasjon om hvilke fordeler besøket har for søsken og familie som helhet samt hvilke tankeprosesser som kan igangsettes.

Samtale med foreldre

Sykepleieren må ha en grunnholdning basert på at foreldre handler ut ifra barnets beste (17). Ballard (18) gjennomførte en studie på foreldre til kreftsyke barn som viste at 50 prosent av foreldrene ikke forventet at søsken skulle få emosjonelle eller atferdsmessige problemer. Dette bekrefter at mange foreldre mangler kunnskap om hvilke innvirkninger sykehusinnleggelse av barn har på de andre barna i familien. Det kan føre til at foreldrenes sårbarhet blir et hinder for at søsken informeres og innlemmes i familiens nye virkelighet.

Når søsken utsettes for stress er deres opplevelse influert av hvordan omsorgspersonene reagerer og om de evner å ivareta dem i situasjonen (2,19,20). Klarer ikke foreldrene å ivareta søsken, må sykepleieren

støttende til. Foreldre trenger informasjon om de følelses- og atferdsmessige forandringene som kan oppstå hos barna. Foreldre som er klar over at friske søsken kan få problemer under sykehusinnleggelsen viser en større vilje til og interesse for å motta støttende tiltak (18).

Erfaringer fra sorgstøttearbeid viser at foreldre ofte er usikre på hvordan de skal informere barna sine om alvorlig sykdom (3,18). De er ofte redde for å konfrontere søsken med virkeligheten fordi de vil beskytte dem. Studier viser at når søsken ikke får delta i familieproblemer, øker muligheten for at de føler seg ensomme (21,22).

Under besøket

Søskenbesøk er en unik mulighet for sykepleieren til å høre om hvordan søsken opplever situasjonen og til å få gitt viktig informasjon. Utfordringen er å ivareta denne muligheten på best mulig måte. Gjennom veilederen har vi kommet frem til tiltak under besøket som vi mener er sentrale. Tiltakene går først og fremst ut på å avklare søskens forståelse av situasjonen og finne ut hvilke forventninger de har til besøket. Gjennom samtalen med foreldrene og søsken selv, vil sykepleieren få god innsikt i søskens situasjon og kunne identifisere de faktorene som er spesielt stressfremkallende. Sykepleieren

må ha denne kunnskapen for å kunne møte søskens behov.

Søsken forforståelse og forventninger til besøket

Et gjensidig tillitsforhold er en forutsetning for å kunne samarbeide med barn (10,23). For å oppnå tillit må sykepleieren vise interesse og ha evnen til å sette seg inn i hvordan det er å være søsken. Primærkilden for å kunne imøtekomme søsken er det disse selv uttrykker (11,12,13,24,25). Sykepleieren skal lytte til søskens tanker, oppfatninger og svare ærlig og åpent på spørsmål. Ved å gi tid og rom for at søsken kan stille spørsmål fremmer vi økt forståelse (10,26,27).

Informasjon om hva som skal skje under besøket

Hovedmålet for forberedelsene er å gjøre situasjonen mest mulig forutsigbar. For at barn skal forstå sine omgivelser, trenger de forutsigbarhet og følelsen av å ha kontroll. Trygghet skapes gjennom å forberede dem på ting som skal skje og gi dem en forståelig forklaring på hvorfor. Når søsken opplever å bli ivaretatt følelsesmessig styrkes samtidig mulighet for læring og utvikling. Evne til å se, vise empati og engasjere seg positivt følelsesmessig i deres situasjon er viktig i samhandling med barn. Sykepleierens evne til å styrke disse funksjonene i samarbeid med

foreldrene, kan være med på å fremme mestring og å forebygge emosjonelle problemer (10).

Etter besøket

I etterkant er det viktig å gi rom for ytterligere avklaring av eventuelle misforståelser og feiloppfatninger av hva de har opplevd under besøket (3,4). Denne samtalen er like viktig som selve besøket. Å la søsken leke er med på å fremme refleksjon (10). Til tross for at intensjonen med besøket er å gi søsken en positiv erfaring, kan det også oppstå uventede reaksjoner (28). Samtalen med barnet i etterkant av besøket er en mulighet til å få luftet disse tankene.

Foreldrene bør oppmuntres til å snakke om sykehusbesøket hjemme, da det ofte er lettere for barn å uttrykke følelsene sine i trygge omgivelser. Det er også viktig å opprettholde daglige rutiner og ritualer hjemme samt gi søsken kontinuerlig enkel, men ærlig oppdatering om det syke barnets tilstand (3,4,27). Ved å la søsken få fortsette med leken hjemme og tegne ut sine erfaringer fra sykehusbesøket, får de uttrykk for følelsene sine med sitt eget språk (10).

En studie utført i forhold til langtidseffekten hos søsken til barn med kreft konkluderte med at søsken under skoleleder tenderte til å ha flest atferdsproblemer og psykosomatiske

problemer tre måneder etter diagnosen, deretter avtok det. Hos søsken i skolealder vedvarte atferds-, lærings- og psykosomatiske problemer ett år etter diagnosen (29). Sykepleieren må derfor fortsette å

evaluere og gi støtte til foreldre og søsken. Slik kan man forebygge at barns reaksjoner på sykehusinnleggelse av søsken utvikler seg til å bli et langtids helseproblem (11).

Figur 1 Søskeninvitasjon



Figur 2 Sammendrag av veilederen for sykepleiere

Før besøket
 Samtale med foreldre om målet med besøket, fordeler for søsken og hvilke tankeprosesser som kan igangsettes.
 Innhentning av bakgrunnskunnskap for å imøtekomme søsken.
 Få bekreftelse på at foreldre vil være til stede under besøket og avtal tid.

Under besøket
 Møte med søsken og forberede barnet på besøket
 – forberede eventuelle inntrykk.
 Utforske søskens forståelse av situasjonen, avdekke misoppfatninger.
 Anerkjenn søskens uttrykte følelser – normaliser.
 Gi enkel og konkret informasjon.
 Vær åpen og ærlig.
 Vær sammen med foreldre og søsken hele tiden.
 Gi kontinuerlig informasjon.

Etter besøket
 Gi rom for ytterligere avklaring av hva de har opplevd.
 Lek fremmer refleksjon.
 Samtale med foreldre om videre oppfølging av søsken.

LITTERATUR

1. Angel S. Brødre og søstere. Brikker i familiens psykologi. København: Klitrose, 2000.
2. Craft, MJ. Siblings of Hospitalized Children: Assessment and Intervention. *Journal of Pediatric Nursing* 1993; 8(5): 289-297.
3. Dyregrov A, Hordvik E. Alvorlig sykdom hos barn: Søskenes reaksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening* 1986; 23: 565-572.
4. Hazinski MF. Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. I: Hazinski MF. *Manual of Pediatric Critical Care* Missouri: Mosby, 1999: 14-43.
5. Husebø S. Sykdom, sorg og kjærlighet: Hva kan vi lære av barn? Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon, 2005.
6. Stenshammar A. Jag finns också! Om att vara syskon til en bror eller syster med svår sjukdom eller funktionshinder. Stockholm: Stiftelsen Almäna Barnhuset, 1996.
7. Wilkins KL, Woodgate RL. A Review of Qualitative Research on the Childhood Cancer Experience from the Perspective of Siblings: A Need to Give Them a Voice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22(6): 305-319.
8. Meyer DJ. Information needs of siblings. *Exceptional Parent* 1994; 24(12): 49.
9. Nicholson AC, Titler M, Montgomery L, Kleiber C, Craft MJ, Halm M., Buckwalter K, Johnson S. Effects of child visitation in adult critical care units: A pilot study. *Heart and Lung* 1993; 22(1): 36-45.
10. Holmsen M. Samtalebilder og tegninger - en vei til kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner. Oslo: Damm & Søn, 2004.
11. Craft MJ, Wyatt N. Effect of visitation upon siblings of hospitalized children. *Maternal children Nursing Journal* 1986b; 15: 47-58.
12. Craft MJ. Validation of Responses Reported by School-Aged Siblings of Hospitalized Children. *Child Health Care* 1986a; 15(1): 6-13.
13. Kleiber C, Montgomery L. Information Needs of the Siblings of Critically Ill Children. *Children's Health Care* 1995; 24(1): 47-60.
14. Kaspersen A, Mortensen G. Syge børns søskende overses. *Sygeplejersken* 2004; 8: 16-20.
15. Statens helsetilsyn. Retningslinjer for retningslinjer - prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. 2002.
16. Montgomery L, Kleiber C, Nicholson A, Craft M. A Research-Based Sibling Visitation Program for the Neonatal ICU. *Critical Care Nurse* 1997; 17(2): 29-40.
17. Helseth S, Slettebø Å. Research Involving Children: Some Ethical Issues. *Nursing Ethics* 2004; 11(3): 298-307.
18. Ballard KL. Meeting the needs of siblings of children with cancer. *Pediatric Nursing* 2004; 30: 394-401.
19. Grøholt B., Sommerschild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
20. Madden-Derdich DA, Herzog MJ. Families, Stress, and Intervention. I: McKenry PC, Price SJ. (red.) *Families and change : Coping With Stressful Events and Transition*. California : Sage Publications, 2005: 403-425.
21. Montgomery LV. Needs of siblings of hospitalized children. *Humanities and Social Sciences* 2001; 61(12-A): 4682.
22. Nedberg E, Skrede A. Søsken trenger mer oppfølging. *Våre barn* 1991; 1: 2-4.
23. Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
24. Craft MJ, Craft JL. Perceived changes in siblings of hospitalized children: a comparison of sibling and parent reports. *Child Health Care* 1989; 18(1): 42-48.
25. Sharrer VW, Ryan-Wenger NA. School-age Children's Self-Reported Stress Symptoms. *Pediatric Nursing* 2002; 28(1):21-27.
26. Dyregrov A, Hordvik E. Sorg hos barn - En veiledning til foreldre om barn som sørger. Bergen: Sigma Forlag, 1989.
27. Murra JS. A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing* 2002; 17(5): 327-337.
28. Wincek JM. Promoting family-centered visitation makes a difference. *AACN Clinical Issues Critical Care Nursing* 1991; 2(2): 293-298.
29. Lähteenmäki PM, Sjöblom J, Korhonen T, Salmi T. The Siblings of Childhood Cancer Patients need Early Support: A follow up study over the first year. *Archives of Diseases in Childhood* 2004; 89(11): 1008-1013.



Finn din faggruppe:

Akutt

NSFs Landsgruppe av Sykepleiere

i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste:

Ulrika Eriksson, Klinikk for anestesi og akuttmedisin,
St Olavs Hospital, 7006 TRONDHEIM
Tlf. privat: 91 38 86 01.
E-post: ulrika.eriksson@stolav.no / ulrikae@online.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 for sykepleiere innen allergi, eksem og lungesykdom hos barn:

Sølvi Heimestøl, Barnepoliklinikk/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-fonna.no

Barn

Barnesykepleierforbundet NSF:

André Grundevig, Åttringen 2,
9017 TROMSØ. Tlf.: 41 23 98 77
E-post: a.grundevig@c2i.net

Bedriftssykepleie

NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere:

Kari Gaarder Osnes, Diakonhjemmets Sykehus,
Vindern, 0319 OSLO.
Tlf.: 957 33 447
E-post: kari.g.osnes@diakonsyk.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:

Wenche Brattebø Fenne, Småvollen 19,
4017 STAVANGER. Tlf. 51 58 81 89.
E-post: wenche.fenne@hotmail.com

Geriatrici 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@nsfgeriatricidemens.no

Helsesøster

Landsgruppen av helsesøstre NSF:

Astrid Grydeland Ersvik, Postboks 272,
6501 KRISTIANSUND. Tlf. privat: 71 67 00 63/
988 53 496 Tlf. jobb: 71 57 41 07
E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

Hud

NSFs Faggruppe for Sykepleiere i Dermatologi:

Aina Nygård, Munkvoldv. 57, 7021 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 45 20 40 48 Tlf. jobb: 73 86 89 42
E-post: aina.nygard@stolav.no

Hygiene

NSF Faggruppe av Hygienesykepleiere:

Anne Dalheim, Senter for Smittevern
Helse Bergen, 5021 BERGEN.
Tlf. privat: 98 60 97 37. Tlf. jobb: 55 97 54 04
E-post: anne.dalheim@helse.bergen.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:

Eva Sommerseth, Strandparken 139B,
3187 HORTEN.
Tlf. mobil: 90 89 55 26
E-post: eva.sommerseth@sykepleierforbundet.no
eller es@hive.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 LSL:

Kirsten Harstad, Haugåstubben sykehjem,
Stavanger kommune, 4016 STAVANGER.
Tlf. privat: 51 57 56 84 og 917 04 793
Tlf. jobb: 51 82 31 70
E-post: kharstad@stavanger.kommune.no

Lunge

NSFs faggruppe av lungesykepleiere:

Kjersti Wathne, Ålgårdeveien 13, 4330 ÅLGÅRD.
Tlf.: 994 67 091
E-post: kjersti.wathne@helse-bergen.no

Nevrokirurgi

NSFs faggruppe for Nevrokirurgiske sykepleiere:

Hilde Iren Liland, Brinkveien 32, 9012 TROMSØ.
Tlf.: 917 61 904
E-post: hildeiren.liland@gmail.com

Nyre

NSFs faggruppe for nyresykepleiere:

Karianne Lilleland, Dialyseavdelingen,
Ullevål universitetssykehus.
Tlf. privat: 951 55 121. Tlf. jobb: 38 07 37 60.
E-post: karianne@lilleland.net

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 Hammes, RevmatismeSykehuset AS, Margrethe
Grundtvigsvei 6, 2609 LILLEHAMMER.
Tlf. privat: 928 32 549, Tlf. jobb: 61 27 95 00
E-post: Bente.Hammes@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: sis@sykepleierforbundet.no
ragne@smykket.net

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:

Björg 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:

Björg Sivertsen, Kringsjåv. 6, 7032 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 73 93 63 90 og 996 90 497
Tlf. jobb: 72 57 54 72
E-post: bjorg.sivertsen@stolav.no

Ny leder sentralt fagforum fra 19. nov:

Maria Tjønnfjord, Suhmsgate 12b, 0362 OSLO
Tlf. privat: 48 06 98 97
E-post: maria.tjonnfjord@sykepleierforbundet.no
eller mariatjonnfjord@hotmail.com



Wivi-Ann Tingvoll,
høgskolelektor, Høgskolen i Narvik,



Torill Sæterstrand,
høgskolelektor, Høgskolen i Bodø

Verdien av veiledning

Denne artikkelen bygger på en studie av hvordan studenter og nyutdannede sykepleiere opplevde veiledning i basisgrupper.

Veilederens rolle og kompetanse påvirker utviklingen av både enkeltindividet og av gruppen.

Bakgrunn for undersøkelsen er at bachelorutdanningen i sykepleie står overfor utfordringen å skape gode læringsarenaer for dyktiggjøringen av vordende sykepleiere. Sykepleierrollen krever at man er selvstendig og ansvarsfull. Dette krever at høgskolene legger opp til en studiemodell som ikke pasifiserer studentene. Det er ulik praksis i skolen når det gjelder hvordan læringsarenaer er tilrettelagt for studentene.

Læringsarena

Ved noen skoler er basisgrupper obligatoriske og en viktig læringsarena. I gruppene er det mulig å gi rom for hverandres meninger, lære studentene å ta aktivt del i faglige diskusjoner og refleksjoner og bli bevisste på egne holdninger og samarbeidsevner. Kravet til selvstendighet i yrkesrollen etter endt utdanning krever at sykepleierne mestrer å jobbe i høyt tempo, argumentere, ta raske valg og mestre å stå overfor etiske dilemmaer. Hverdagen i praksis er i tillegg svært kompleks. Sykepleierne må samarbeide med mange ulike

aktører og har ofte rollen som koordinator i praksis. Ifølge Helsepersonelloven er kravet til faglig ansvarlighet tydeliggjort (1). Sykepleierne har et større ansvar for å si ifra når tjenesten ikke tilfredsstillende faglige krav. Praksis er i endring både i forhold til økonomiske betingelser og til hvordan pleie og omsorgstjenesten skal fungere.

Veilederens rolle

Lærere bør benytte ulike metoder for å fremme læring og vekst hos studentene (2,3). Som rollemodell har man stor makt og da er det viktig å vise etisk kompetanse. Veilederen må ha faglig kompetanse og merkompetanse i veiledning (2). Dette gjør at veilederen bevisst kan påvirke dem som veiledes. Hun må utvikle et miljø som er trygt slik at studentene tør å møte nye og større utfordringer. Det er viktig å oppmuntre spørrelyst og initiativ hos studentene (4). Egenskaper som selvstendighet og samarbeidsevne er viktig å fremme.

Kravene til sykepleierne har betydning for innholdet i utdan-

nelsen. Hvis utdanningen skal tilpasse seg de økte krav om faglighet og samarbeidskompetanse, må man tenke på hvilke metoder som kan gi studenten kompetanse. Yrkesutøveres kompetanse må inneholde en faglig, relasjonell og en prosessuell del (5,6). Vi utvikler vår personlige kompetanse i skjæringspunktet mellom fag og person; der den personlige kompetanseutviklingen berører grunnleggende verdier, holdninger og væremåter (7).

Tilbakemeldinger

Vi ønsket kunnskap om hvordan veiledning i basisgrupper ble vurdert og gjennomførte en evaluering. Både studenter og nyutdannede sykepleiere deltok. Funnene peker i retning av at veilederens rolle og kompetanse påvirker utviklingen av både enkeltindividet og av gruppen.

En av informantene sier følgende: «Veilederen grep fatt i konflikter i gruppen og konfronterte oss». Andre uttrykte; «Slik opplevde jeg at veilederen synliggjorde vår måte å fungere i gruppen på, og vi ble oppmerk-

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
kliniske stiger
evaluering
kompetanseutvikling
rekruttering



somme på vår egen væremåte». Andre erfaringer som kom fram var følgende: «Det var mye hersk og splid i gruppen». Disse utsagnene viser at man som veileder må være klar over at studentene har ulike ståsted. Det ble påpekt av flere at «Gruppen er et godt sted å være fordi veilederen vår var trygg. Hun stoppet opp og tydeliggjorde dominansen i gruppen når det var nødvendig.»

Viktig redskap

En av sykepleierne som var kommet ut i arbeidslivet sa følgende: «Det å være i en gruppe bidro til at man kunne takle stress fordi man lærte seg å argumentere når man var oppe i stressende situasjoner.» En annen uttrykte: «Jeg erfarte at jeg etter ikke å ha turt å ta ordet det første halve året klarte å være tydelig etter hvert». Intervjuene med de nyutdannende viste at de savnet å ha veiledning i grupper etter endt utdanning. Følgende utsagn uttrykker dette: «Vi mangler et sted der vi kan gå og tømme oss. Hvis vi hadde ei gruppe nå så kunne vi kanskje

ha unngått sykemeldinger.»

Som veiledere har vi erfart at man må løfte frem det enkelte gruppe medlem og gripe fatt i konflikter der og da. Vi mener at veiledning er et viktig redskap for å bli bevisstgjort i de valgene man gjør og en mulighet til å reflektere over egne holdninger i praksis.

God ballast

Undersøkelsen viser at basisgruppene må løftes frem som et viktig virkemiddel i utdanningsinstitusjonene. Veileders kompetanse er viktig. Dette får betydning for hvordan gruppeprosessen blir ivaretatt. Vi vil hevde at mye av de konfliktene som finner sted i praksis viser at studentene ikke blir nok utfordret i skolen. En basisgruppe kan være kilden til personlig vekst hos studenten. Skal veiledning i basisgruppen ha noe hensikt må veilederen være bevisst hva man ønsker å oppnå med gruppen. Det fremkom av undersøkelsen at denne type veiledning er en god ballast å ha med seg ut i praksis. Det er viktig å merke seg at sykepleierne

signaliserte at de hadde behov for en videre veiledning også etter endt utdanning. Vi mener at veiledning i basisgrupper kan bidra til å styrke studenten i å kunne møte de utfordringer han/hun kommer opp i etter endt utdanning.

ROLLEMODELL: Veilederen må skape et trygt miljø med rom for spørsmål og initiativ blant studentene. Foto: Stig Weston

Litteratur

1. Lov om Helsepersonell Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 2001.
2. Tveiten S. Veiledning, mer enn ord. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
3. Handal G, Lauvås P. Veiledning i praktisk yrkesteor. Oslo: Cappelen, 2000.
4. Hiim H, Hippe E. Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
5. Gjems L, Linge P. Hvor der er vilje er der vei: kollegaveiledning i profesjonsgrupper: en innføring. Halden: Skrifter Halden Lærerhøgskole, 1991.
6. Ulleberg I. Kommunikasjon og veiledning: en innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori – med historier fra veiledningspraksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
7. Skau G. Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse som utfordring. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2002.

Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 1. juli 2004 av Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004.



Den store ulempen ved nye bøker er at de hindrer oss i å lese de gamle.

Joseph Joubert

Blir dere lest?

Hver uke får jeg tykke pakker med bøker til posthyllen min. Alle, nå ja, de fleste i hvert fall, faller godt innenfor sykepleie. De handler om alt mulig relevant; klassifikasjoner, etikk, historie, prosedyrer, etikk, sykdommer. Mange av dem sluker jeg med blikket. Andre virker mer forsagte, men har et tema og en relevans som gjør at de ikke kan avfeies. Men noen ganger undrer jeg: Blir alle disse bøkene lest? Har virkelig sykepleiere faglig appetitt – og ikke minst tid – til å fordøye en sånn mengde med fagtekster? Jeg vet jo ikke; noen bør helt åpenbart leses, andre, som «Yoga på fem minutter», hører nok hjemme andre steder. Men når jeg ser på bunkene på pulten min, håper jeg hver enkelt blir lest av noen.

Derfor var det med en viss letelse jeg gikk fra biblioteket. Der, på hyllene for sykepleie og medisin, hadde jeg møtt mange gamle kjente. Noen hadde inn-til nylig ligget på skrivebordet mitt, stive og strunke, klare for å bli sendt videre til anmeldelser og omtaler. Med en viss forskjell fra denne pyntelige tilværelsen: Bøkene på biblioteket var, noen mer enn andre, betydelig falmet og ganske så slitt i kantene. Noen hadde lest dem.

Nina Hemnes

Samtaler ved reises slutt

Hva hendte på skapelsens sjuende dag? Kreftforsker Stefan Einhorn har et mulig svar i sin første roman.



Forfatterintervjuet: «Den syvende dagen» heter den, og formidler åtte samtaler mellom en sønn og hans døende far slik de kunne ha foregått.

– Eller slik du kunne ønske de hadde foregått?

– Alle har vel et behov for å gjøre opp regnskapet over livet sitt på en god måte. Lukke boken, sier Stefan Einhorn.

– Jeg husker at min far reiste til Canada i 1958 for å besøke sin far, altså min farfar, som lå for døden. Han var der et par måneder. Noen uker etter at han kom hjem, døde min farfar. Jeg spurte faren min om han angret på at

han ikke var blitt lengre, men han svarte «nei, vi hadde pratet ferdig.» Disse samtalen dem imellom hadde jeg fantasier om. De har vært blant inspirasjonskildene til denne boken.

For dette er en roman, selv om Einhorn stadig får spørsmål om han skriver om seg selv.

– Jeg bad en kollega lese den og understreket at det var skjønnlitteratur. Et par uker etter kom han tilbake og sa: «Jeg har lest boken, og jeg har bestemt meg for at dette har hendt. Dette er virkelighet.»

Stefan Einhorn ler litt på telefonen fra Stockholm.

– Boken har tydeligvis en kraft i seg som gjør at folk tror den er selvopplevd.

– Er det ikke litt trist at Benjamin og faren først får snakket når faren er døende?

– Jo. Jeg sa en gang til min far: «Du går kanskje og venter på å være døende før vi kan prate?» Men han gjorde ikke det, vi førte samtaler i mange år før han døde. Som voksen hadde jeg en nær relasjon til han, som barn var det litt vanskeligere.

Einhorns far, Jerzy, overlevde tyskernes konsentrasjonsleire og kom til Sverige i 1946, der han ble en kjent og respektert forkjemper for menneskeverdet. I et intervju der Stefan Einhorn

nok en gang måtte benekte at handlingen i boken var selvopplevd, utbrøt journalistene: «Men hvem var det som kom på disse kloke ordene da?».

Han humrer lett.

Stefan Einhorn er professor og kreftforsker ved Karolinska Institutet. Han har tidligere blant annet gitt ut «En dold Gud, Konsten att vara snäll» og senest «Medmänniskor» for bare halvannen måned siden. I likhet med hovedpersonen Benjamin i «Den syvende dagen» har han tatt et skritt bort fra det strake karrierejaget og gjør nå mer av det han har lyst til. Som å skrive.

Hovedhandlingen i «Den syvende dagen» er samtalen mellom far og sønn, hvor faren formidler en muntlig, jødisk tradisjon som aldri er blitt skrevet ned og som bare noen få kjenner. Her finnes også fortellingen om hva som foregår på skapelsens sjuende dag. Og som fremdeles pågår.

– Finnes en slik muntlig tradisjon?

– Dette er skjønnlitteratur. Men innholdet i den er min tolkning av budskapet i jødedommen.

– Hvordan arbeidet du frem disse samtalen?

– Jeg tenkte lenge på å skrive bok, men rakk det ikke fordi jeg arbeidet så mye. Så sluttet jeg å arbeide så mye og fikk tid

om ledelse

Anbefalt av Karl-Henrik Nygaard, rådgiver og redaktør av tidsskriftet Sykepleielederen



Arne Selvik

Omgitt av løgnere

Oppvurderer de kritiske røstenes betydning i enhver organisasjon.



Se gorillaen!

Etikk for arbeidslivet.

Øyvind Kvalnes

Innsiktsfullt om etiske utfordringer som ikke alltid er så lette å se.



Psykopatenes

diktatur

Ingjald Nissen

En norsk klassiker om hvordan makt kan misbrukes.

til å skrive. Boken ble til i løpet av halvannet års tid. For meg kjennes det ut som jeg pratet med meg selv. Jeg var både faren og sønnen.

– *Boken din beveger seg på et mer åndelig plan og stiller spørsmål ved vitenskapelige sannheter. Har disse tankene gjort det vanskelig å være forsker?*

– Overhodet ikke. Jeg er veldig positiv til vitenskapen og utviklingen den har bidratt til. Det eneste jeg sier er at vi fremdeles vet veldig lite og at vi må være ydmyke i forhold til alt vi ikke vet, som for eksempel om Gud fins. Jeg har aldri blitt kritisert for mitt vitenskapssyn, og det er jeg kjempeglad for. Jeg var litt urolig, men opplever heller forståelse og undring. Jeg er blitt både professor og leder i Karolinska Institutets etikkråd etter at jeg begynte å gi ut bøker.

Jeg-personen Benjamin har også en sønn, Jonathan, som er

alvorlig syk. I historien om ham skjer det nærmest et mirakel.

– *Har du opplevd lignende i jobben som lege?*

– Jeg har opplevd at pasienter mot alle odds er blitt helbredet. Men også at de har dødd. I boken forteller jeg om noe som har en sannsynlighet på en til noen tusen for at vil skje. Sånne mirakler er ikke unaturlige, bare usannsynlig. Om sjansen hadde vært null til tusen, derimot, da blir det unaturlig.

– *Det er gått fire år siden boken kom ut i Sverige. Hva tenker du om den nå?*

– Den er min viktigste bok. Den handler om hva som er meningen med livet og hvordan vi bør leve våre liv. Jeg er veldig stolt av den. Nå lever den sitt eget liv.

– *Hva har boken gjort med deg?*

– Noe jeg har lært, er å være ydmyk. Man skal ikke være så skråsikker på saker og ting, men

se på livet som et mysterium.

– *Tenker du slik også som forsker?*

– Naturligvis.

tekst Nina Hernæs

foto forlaget Lille Måne

– **For meg kjennes det ut som jeg pratet med meg selv.**



Stefan Einhorn

Aktuell med: Den syvende dagen (oversatt av Sverre Knudsen)

Utdanning: Medisin

Yrke: Lege, professor og forfatter

Bosted: En forstad til Stockholm

Alder: 52 år



Trøste og Bære!

«Teater gir mestring» er et prosjekt i regi av Høgskolen i Sør-Trøndelag og Leistad Distriktpsikiatriske Senter i Trondheim. Prosjektet har resultert i «Trøste og Bære. En kabaret på gal scene», som spilles midt i november. Kabareten er laget over pasientenes egne idéer og tekster. Les mer her: www.iteatret.org

Unikt bilde av ungdom

Anmeldelse: Denne boken er basert på Ung i Norge – undersøkelsen som er utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova), og hevder å gi et unikt bilde av hvordan norske ungdommer møter utfordringene de står overfor. Det gjør den faktisk.

Boken hjelper leseren til å forstå hvorfor ungdomstiden medfører økt risiko for oppstart av ulike emosjonelle problemer og adferdsvansker. Stort sett forholder forfatterne seg til ungdom fra 13 til 19 år, en periode som for mange fortøner seg som at man er en hormonbombe på to ben, uten evne til å definere det selv. Nettopp i denne fasen skal det foretas mange og viktige valg.

Forfatterne legger vekt på internering og eksternering av problemene. Førstnevnte begrep dreier seg om å rette vansker innad,

sistnevnte om å rette vanskeligheter mot andre eller den fysiske verden utenfor. Ikke overraskende hevdes det (med kildehenvisninger), at det hovedsakelig er gutter som benytter seg av eksternering som forsøk på problemløsning. Mitt personlige inntrykk er at stadig flere jenter følger etter.

Både kroppslige og neurologiske forandringer gjøres grundig rede for. Spesielt de neurologiske forklaringene vil gjøre det lettere for oss som skal hjelpe å forstå hva som skjer. At utviklingen i de fremre hjerneområder har så stor betydning for et ungt individs tilpasningsevne, blir veldig greit og oversikkelig forklart.

Lett skal det ikke være å vokse! Der barn har en klokke på at det finnes en absolutt sannhet, vil ungdom begynne å reflektere. Uansett om alle fakta ligger på bordet, vil det

kunne oppstå uenighet. Kunnskap er subjektiv. For noen kan det føre til en tendens til å basere handlinger på følelser i stedet for på viten. Andre igjen agerer uten å forholde seg til sine følelser i det hele tatt.

Seksuell utvikling vies forholdsvis liten plass. Kanskje like greit, da dette er informasjon man bombarderes av fra ungdomsblader og dagspresse. Det jeg derimot savner, er noen ord om selvtilit. Her hoppes det fra en definisjon av selvfølelse til selvrepresentasjon. Jeg opplever selvtilit som et viktig ledd mellom de to begrepene.

Forfatterne viser stort engasjement og varme for dagens unge. Det gjør boken god å lese, og det blir lett å tilgi de litt tørrere partiene. Det er mye innsikt å hente. Boken anbefales uten forbehold.



Ung i Norge

Psykososiale utfordringer

Av Ingela Lundin Kvalem og Lars Wichstrøm (red.)

197 sider

Cappelen Akademisk
ISBN 978-82-02-2628-4

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Knytter ny innsikt til praktisk hverdag

Anmeldelse: I strømmen av bøker som omtaler globaliseringens konsekvenser, er dette en av de få som konkret går inn på hvordan forhold knyttet til migrasjon påvirker hverdagen i norsk helsesektor. Boken er resultat av forskningsprosjektet Arbeidsplasser i pleie- og omsorgsyrker: Kjønn, klasse og etnisitet (2003-2005).

Det innledende kapitlet gjør rede for hva som ligger i globaliseringsbegrepet. Migrasjon og ny offentlig styring trekkes frem som særlig viktige forhold. Migrasjon, at mennesker forflytter seg over landegrensene og bosetter seg eller arbeider i et annet land over lengre tid, har medført at et økende antall ansatte i helse- og sosialsektoren har innvandrerbakgrunn. Det gis en god historisk oversikt over migrasjonsproblematikken.

Begrepet brain drain brukes for å beskrive at de best utdannede delene av befolkningen i fattigere land migrerer til rikere land for å arbeide der. Begrepet care drain er knyttet til migrasjonen av omsorgsarbeidere fra samme områder. Dette har store politiske og økonomiske konsekvenser både i vest og sør.

Videre i boken går forfatteren inn på kompetansebegrepet – hun klarer på en fin måte å knytte dette til New Public Management (NPM) og beskriver hva ny offentlig styring (NPM) er. Boken viser hvordan forståelsen og bruken av begrepet har konsekvenser både for arbeidstakere og arbeidsplass. Det legges stor vekt på hierarkibegrepet når likhet diskuteres. Kompetanse i forhold til ulike hierarkiseringsprosesser er her et viktig tema. Boken tar også for seg den enkeltes muligheter til å velge

seg en rolle på arbeidsplassen. I de to siste kapitlene vises det hvordan etnisk og annen forskjellighet kan takles i hverdagen og hvordan ledelsen og kolleger kan spille en avgjørende rolle for at forskjeller kan utnyttes på en positiv måte.

Bokens styrke er at den på en oversiktig måte klarer å forene innsikt i globale prosesser og samtidig knytte disse til konkrete og eksemplifiserte hverdagslige hendelser. Etter hvert kapittel er det spørsmål til ettertanke. Her er forslag til videre lesning, litteraturliste og oversiktig register. Boken er særlig egnet til bruk i studie- og refleksjonsgrupper der det tas opp tema knyttet til diskriminering og multikulturelle arbeidsplasser. Boken er skrevet på et lettfattelig norsk uten for mye bruk av faguttrykk.



Velferdsstaten møter verden Arbeidsplasser i endring

Av Marie Louise Seeberg

146 sider

Gyldendal Akademisk 2007
ISBN 978-82-05-36630-5

Anmelder: Karl Henrik Nygaard, rådgiver og redaktør

Månedens bok

Av Catharina Jacobsen og Ketil Bjørnstad

299 sider

Dinamo Forlag 2007

ISBN 978-82-8071-164-9

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Fra sanatoriet

Sterke historier og skjebner fra Modum Bad. Men kan leserne forventes å ha hørt om Gordon Johnson?

Direktøren på Modum Bad, Ole Johan Sandvand, har valgt to utenforstående til å skrive historien i anledning stedets jubileum, 50 år etter at nervesanatoriet åpnet i 1957, 100 år etter at St. Olavs Bad på Modum ble etablert. Valget har falt på skriveføre mennesker.

Det er blitt et mangfoldig verk, med hovedvekt på de siste 50 år. Få vil være uberørt etter endt lesning, men lesere uten kjennskap til Gordon Johnsen og virke risikerer å bli satt i forlegenhet. På de første 147 sidene omtales Johnsen som en inneforstått myteomspunnet legende. Men det dreier seg altså om psykiateren og misjonærsønnen som grunnla Modum Bad, slik det i stor grad også fremstår i dag. Dette er ikke stedet for psykoser og akuttpsykiatri, men et hardt tiltrengt supplement. Leseren presenteres for sterke historier og hardt rammede skjebner. Her behandles spiseforstyrrelser, samlivsproblemer, traumer, volds- og overgrepsofre. Flere ganger gjentas det at «vi håndplukker ikke folk med høy status». Det presiseres faktisk så ofte at det for meg virker som et unødig forsvar.

Gordon Johnsen og hans generasjon hadde en psykoanalytisk orientering. På Modum forkastet de aldri den psykodynamiske retningen, men tok i tillegg opp nye. Kognitive metoder har stor plass, og jeg opplever synet som preger behandlingen i dag som eklektisk. Spesielt for stedet er hvor stor vekt det legges på sjelesorg. Her er verken prest eller kirke langt unna, uten at det på noen

måte dreier seg om misjonering. Dette tilbudet er valgfritt, men noe mange benytter seg av. Jeg savnet en tydeliggjøring av det kristne aspektet tidligere i boken. En leser som søker informasjon bør slippe å føle seg tungnem i sin søken.

Sidene der ulike behandlere uttaler seg i etterkant av pasientens fortelling, er gule. Dette bidrar til å systematisere historiene, som arter seg svært forskjellig i innhold og grad av

dramatikk. Heldigvis hersker det aldri tvil om at alle blir tatt like alvorlig.

En fagbok er dette ikke. Den er hva den gir seg ut for, nemlig et historisk manifest. Formen er lavmælt. Pasientene er alle ivaretatt med stor respekt og innlevelse fra ekteparet Bjørnstad og Jacobsens side.

På et punkt stusser jeg litt. Det er da Bjørnstad refererer til da

bisetning i en innstilling fra en stortingskomité, som følge av nåværende direktørs lobbyvirksomhet. Slik kom driften inn på statsbudsjettet, og bort fra det fylkeskommunale usikre. Det blir spennende å følge institusjonens fremtid etter at den i forbindelse med helsereformen kom inn under Helse Sør. (Nå Helse Sør-Øst).

Til tross for enkelte interne henvisninger, blant annet til maktkamp og rivalisering leseren ikke blir innvidd i, er den historiske gjennomgangen oversiktlig. Etter endt lesning ønsker jeg Modum Bad lykke til. Boken overbeviser om stedets berettigelse. Ikke minst minner den om mangelen på alternativer. Det er ikke mange behandlingssteder som tilstreber å beholde sin sjel og sitt vesen, parallelt med at de mestrer å følge utviklingen.

han selv møtte Gordon Johnsen for siste gang, for tredve år siden. Er forfatteren likevel ikke så nøytral? Spørsmålet blir hengende i luften.

Vi har uansett å gjøre med en sterkt verdibasert institusjon, der åndelige verdier, gudstjenestetilv og sjelesorg er viktig. En historisk interessant opplysning er hvordan Modum Bad i sitt nåværende virke ble reddet, i en tid da andre ble nedbygget. Det skjedde nærmest gjennom en

Få vil være uberørt etter endt lesning.

Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier





Hvilken sykdom er det som plager hovedpersonen Marcel i «På sporet av den tapte tid» av Marcel Proust?

Svar: Astma



Fysiologi og anatomi. Det levende menneske
av Ulla Fasting og Jørgen Hougaard

Kropp og kretsløp

Omtale: Forfatterne av *Det levende menneske* er begge sykepleiere og har lang erfaring med forskning og undervisning innenfor helsefag. Boka tar for seg de klassiske fysiologiske og anatomiske emnene: Cellen, huden, nyrer og urinveier, hjerte og kretsløp, respirasjon, immunologi, temperaturregulering, forplantning, nervesystemet, øyet og øret, det endokrine system, fordøyelsessystemet og bevegelsesapparatet. Boken er gjennomgående illustrert og inneholder et fullstendig atlas over kroppens anatomiske strukturer.
ISBN 978-87-62-80349-7



Mamma tar ikke lenger telefonen
Av Bente Christina Kaste

Når mor er dødssyk

Omtale: Christina var ni år da moren ble alvorlig syk, og i denne boka forteller hun hvordan det var å leve i tolv år med en dødssyk mamma. Hun forteller hvordan hun beholdt masken overfor familie, venner og psykologer og om hvordan hun fant støtte og trøst hos sine firebente venner - hestene.
ISBN 978-92-995508-5-7



Ledelse ved kriser
av Lars Weisæth og Ragnar Kjeserud

Praktisk veiledning i krise

Omtale: Hva gjør vi når ulykken er ute - og hva gjør vi ikke? Dette og andre spørsmål i tilknytning til krisehåndtering i bedrifter og samfunnet for øvrig, søker denne boka å svare på. *Ledelse ved kriser* er skrevet av to av Norges fremste eksperter på krisehåndtering og er ment som en praktisk veiledning for ledere som befinner seg i krisesituasjoner.
ISBN 978-82-05-35182-0



Tsunami i kroppen
av Wenche Løset

Livet som lam

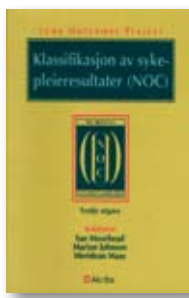
Omtale: Forfatteren ble fullstendig lam som 39-åring etter et hjerneslag, og i denne boka beskriver hun hvordan det er å leve innestengt i sin egen kropp med tanke- og følelseslivet intakt. Hun beskriver også den tøffe prosessen fra hun ble rammet av slag og frem til i dag hvor hun bor i sitt eget hjem.
ISBN 978-82-91-13931-9



Meistring og myndiggjøring
av Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen

Mer enn tomme ord

Omtale: Boka diskuterer om den individuelle mestringen og myndiggjøringen utelukkende er et gode for brukerne, eller om den samtidig kan være et skalkeskjul for offentlig ansvarsfraskrivelse. Forfatterne hevder at dersom mestring og myndiggjøring skal bli noe annet enn retorikk må helsetjenestene i større grad baseres på kommunikativ praksis.
ISBN 978-82-05-37491-1



Klassifikasjon av sykepleieresultater
Av Sue Moorhead, Marion Johnson og Meridean Maas (red.)

Standardisering av pasientresultater

Omtale: Dette er første gang denne klassifikasjonen, som nå er kommet i tredje utgave, foreligger på norsk. Klassifikasjonssystemet er utviklet av et forskningsteam ved University of Iowa, og inneholder standardiserte resultat kategorier, definisjoner og målings-skalaer for å beskrive pasientresultater som påvirkes av sykepleiepraksis.
ISBN 978-82-7950-093-3



Hva leser du nå?

– Akkurat nå leser jeg Karin Fossum, sier Berit Rokne Hanestad, professor i sykepleie og viserektor ved Universitetet i Bergen. – Jeg husker jo ikke tittelen,

men det er den nyeste. Den handler om to små gutter som blir drept av en pedofil mann og er en kriminalroman. Jeg har den på nattbordet.

Utbrudd til besvær

Sykepleier **Inger Johanne Kristensen** opplevde legionellautbruddet i Stavanger på kroppen. Det har blitt til boken «Med ryggen mot veggen».

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Fordi jeg ville gi ofrene for legionellautbruddet et ansikt. Det som kommer i media blir fort overflatisk; vi leser at en mann er i koma, og bare han overlever, virker det som alt er greit. Jeg ville gi flere perspektiver på det som skjedde. Mannen min ble veldig syk av legionella, og er aldri blitt helt frisk. De fleste som ble rammet i dette utbruddet sliter med komplikasjoner og senskader.

2 Hvorfor er boken viktig?

Fordi den handler om hvordan kritisk sykdom konkret oppleves, både for menneskene som blir rammet og for dem rundt. Og så skriver jeg litt om smittevernmyndighetene og hvordan de håndterte utbruddet. Boken er også en påminnelse til dem: De må ta ansvar og sørge for at noe slikt aldri hender igjen.

3 Hva liker du best ved boken?

Best får jeg frem hvordan det er å være pårørende til en som er kritisk syk; så syk at



spørsmål til
Inger Johanne
Kristensen

situasjonen svinger fra minutt til minutt og ingen kan si noe om hvordan det vil gå. Det meste av boken foregår i sykerommet.

4 Hvem bør lese boken?

Helsepersonell. Jeg har skrevet litt om hvordan man kan bære håpet og hvordan man så veldig lett kan ta håpet bort. Det kan de gjerne lese om. Mennesker som har opplevd kritisk sykdom kan kjenne seg igjen i boken, og de som driver med smittevern kan

godt lese den for på nært hold å se hvor galt det kan gå.

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Ja, si nå det. Det var en bok om demensutvikling, men jeg husker ikke helt hva den heter.

6 Og siste skjønnlitterære?

«Den lukkede bok» av Jette Kaarsbøl, den er veldig bra skrevet.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Helst hendelser i livet, gode og vonde. Jeg har lenge hatt lyst til å skrive bok, men det var erfaringen med legionellautbruddet som fikk meg i gang. Nå skriver jeg litt ved siden av, kanskje blir det en ny bok.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

En oppvekstroman fra Stavanger. I min tid har verden endret seg så veldig.

9 Blir du rik av boken?

Nei, har ikke regnet med det. Boken er så spesiell. Men jeg skrev heller ikke for å bli rik. Det som var viktig var å få frem budskapet.

tekst Nina Hernæs

C Enbrel «Wyeth» Immunsuppressivt middel.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt sprøyte inneh.: Etanercept 25 mg, resp 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhidroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg: Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, mannitol, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn: Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzylalkohol.

Indikasjoner: 25 mg: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatiskbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. **25 mg og 50 mg:** Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv reumatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende reumatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plaque psoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert.

Dosering: Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne:** Anbefalt dose er 25 mg ved reumatoid artritt, administrert 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg administrert 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt ved reumatoid artritt. Ved plaque psoriasis er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dersom gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer med hensyn til behandlingsvarighet følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke. Ved psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke eller 50 mg administrert 1 gang pr. uke. **Eldre (65 år):** Dosisjustering er ikke nødvendig. **Barn og ungdom: 4-18 år:** 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med et 3-4 dagers intervall mellom dosene. Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Dosisjustering er ikke nødvendig.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzylalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år.

Forsiktighetsregler: Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter behandling med etanercept, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. miliærtuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimert pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte/risiko-forholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vækttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes med hensyn til tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvær mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjeldne). Pasienter med reumatoid artritt med langvarig, svært aktiv, inflammatorisk sykdom, har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikostimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt blod dyskrasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blod dyskrasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet blod dyskrasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør risiko i forhold til nytte vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarende profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Preparatet er ikke vist å være effektiv behandling ved Wegeners granulomatose. Anbefales derfor ikke.

Interaksjoner: Kan tas sammen med glukokortikoider, salisylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggsbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Den kliniske signifikansen er ukjent. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Det anbefales at pasienter med juvenil kronisk artritt om mulig immuniseres i hht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke, og fertile kvinner bør rådes til å ikke bli gravide under behandling. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen.

Bivirkninger: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). **Hyppige (>1/100):** Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, dannelse av autoantistoffer, feber.

Mindre hyppige: Blod: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt). Subakutt kutan lupus erythematosus, discoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymer. Sentralnervesystemet: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusneuritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard ischemi, brystmerter, synkope, cerebral ischemi, hyper- og hypotensjon, kolecyttitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebit, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt og intestinal obstruksjon. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv reumatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subaktiv kutan lupus eller discoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn av samme type og frekvens som dem sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste doser som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m² etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m² gitt 2 ganger pr. uke. **Behandling:** Intet kjent antidot.

Egenskaper: Klassifisering: Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. **Virkningsmekanisme:** Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekylære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er induert eller regulert av TNF. **Absorpsjon:** Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes en ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. **Fordeling:** Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. **Halveringstid:** Ca. 70 timer. **Clearance:** 0,066 liter/time.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet under bruk er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter tilberedning. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerede aseptiske forhold. **Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn:** Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering, er vist for 14 dager ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstituering.

Rekvireringsregel: Behandling med Enbrel bør initieres og overvåkes av spesialister med erfaring i diagnostisering og behandling av reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis. Pasienter som behandles med Enbrel skal gis pasientkortet.

Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 25 mg: Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5687,10. **50 mg:** Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 11378,80. **Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:** 4 sett kr 5687,10. **25 mg/ml til barn:** 4 sett kr 5687,10.

Hardtrening gir abortrisiko

Ifølge en dansk studie som omfatter 93 000 gravide, øker hard trening tidlig i svangerskapet risikoen for å abortere. Eksempler på hard trening var løping, tennis og squash. Hard trening i mellom 75 og 269 minutter i uken gav fire ganger abortrisiko sammenlignet med ingen trening. Lavintensiv trening i samme mengde fordoblet risikoen. Hard eller lavintensiv trening i mindre enn 45 minutter i uken gav ikke økt abortrisiko. Det gjorde heller ikke svømming, uansett mengde. Risikoen var bare forbundet med første del av graviditeten. Funnene vil nok vekke debatt, da fysisk aktivitet i graviditeten også gir helsegevinster. Forskerne sier selv de vil se flere studier før det blir aktuelt å råde kvinner til å begrense fysisk aktivitet i svangerskapet.



Illustrasjon: Colourbox

Läkartidningen

BMI på alle pasienter

Alle pasienter på øre-nese-hals voksenpost ved Haukeland universitetssykehus blir ernæringscreenet. Det vil si at deres BMI (Body Mass Index)



Illustrasjon: Colourbox

blir regnet ut og tiltak iverksatt deretter. Strategien til Helse Bergen er at alle pasienter skal screenes, og det er utpekt 44 ernæringsfagledere, som har ansvar for å omsette strategien til praksis. Screeningen fører til at informasjon om pasientens ernæringstilstand blir systematisert, vurdert opp mot grenseverdier og tiltak iverksatt ved behov.

helse-bergen.no

Master i sexologi

Nordens første masterutdanning i sexologi startet i høst opp ved Malmö Högskola i Sverige. Målet med utdanningen er å gi studentene akademisk ferdypning og et kvalitetsstempel som sexologer. Til de 45 plassene var det 130 søkere, og det gjør sexologi til det mest populære masterstudiet i Sverige. vardfacket.se

Ut på dato

23 prosent av systematiske kunnskapsoversikter er gått ut på dato to år etter at de ble laget. Minst holdbarhet har systematiske kunnskapsoversikter i kardiologi, viser en studie publisert i *Annals of Internal Medicine*.



Illustrasjon: Colourbox

7 prosent av oversiktene er allerede foreldet når de publiseres, 15 prosent i løpet av det første året. I gjennomsnitt har slike oversikter en faglig gyldighet på over fem år.

Dagens Medisin

Cialis Lilly ICOS
Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 10 mg, resp. 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner. **Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tabletter 20 mg forsøkes. Tabletten kan tas med eller uten mat. Preparatet kan tas minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Maks. dosering er 1 gang daglig. Daglig bruk frarådes sterkt da sikkerhet ved langtidsbruk ikke er klarlagt, og også fordi effekten av tadalafil vanligvis varer lenger enn en dag. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrensete data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av fordeler og risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere dose enn 10 mg, se forevrig Forsiktighetsregler. Eldre eller diabetikere: Dosejustering er ikke påkrevd. Barn og ungdom: Bør ikke brukes av personer under 18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tadalafil eller noen av hjelpestoffene. Kan forsterke den blodtrykksenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerteproblemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse/hjertelidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mmHg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystsmarter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. Flestestapen av disse pasientene hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, til seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Det anbefales ikke bruk av PDE5-hemmere til pasienter som tidligere har erfart episoder med non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION). Det foreligger begrensete sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), og en grundig individuell evaluering av fordeler og risiko bør utføres før ev. forskrivning. Pasienter som får erektsjon som varer i 4 timer eller mer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med varsomhet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernose fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Det er ikke kjent om tadalafil har effekt hos pasienter med ryggsmerter og varmsomhet av pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostataktomi. Bør ikke brukes hos pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, lappisk laktasemangel eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa1-blokkere som doxazosin kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte pasienter. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt.

Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakonavir, ketokonazol, itrakonazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils AUC uten endringer i C_{max} . Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakonavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itrakonazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induseren, rifampicin, reduserer tadalafils AUC med 88%. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-indusere som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Effekter av tadalafil på andre legemidler: Tadalafil forsterker den hypotensive effekt av nitrater. Interaksjonen varer i mer enn 24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Dersom en pasient som har fått tadalafil trenger livreddende behandling med nitrater, bør det derfor ha gått minst 48 timer før nitratbehandlingen igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil er vist å øke oral biotilgjengelighet av etinylstradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil er brukt samtidig med warfarin, acetylsalisylsyre, angiotensin II reseptorblokkere og amlodipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiva. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiva synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkssfall skal gis til pasienter når de behandles med antihypertensiva. Ved samtidig bruk av doxazosin (8 mg) er det sett en forsterkning av den blodtrykkreduserende effekten av doxazosin. Denne effekten er fremdeles tilstede 12 timer etter dosering og er vanligvis forsvunnet etter 24 timer.

Kombinasjon med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Er brukt sammen med tamsulosin (selektiv alfa_{1A}-blokker) uten blodtrykkssendinger forårsaket av tamsulosin. Det er ikke kjent om resultatet kan overføres til andre alfa_{1A}-blokkere. Tadalafil er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkssfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det er ikke utført studier på gravide kvinner. Det er ikke funnet holdepunkter for teratogenisitet, embryotoksitet eller fostertoksitet i rotter eller mus som ble gitt opp til 1000 mg/kg/dag. **Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter over 75 år er begrenset. Mest vanlig (>1/10) er hodepine og dyspepsi. Hyppige (>1/100): Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, myalgi. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Rødme. Mindre hyppige: Hovne øyelokk (beskrevet som øyemerte), konjunktival hyperemi. Svært sjelden: Gastrointestinale: Mavesmerter og gastroøsofageal refluks. Hud: Hyperhidrose.

Sirkulatoriske: Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkludert myokardinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag, transitoriske iskemiske anfall, brystsmarter, palpitasjoner og takykardi. De fleste av pasientene som opplevde noe av dette hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Hypotensjon (hyppigere rapportert når tadalafil ble gitt til pasienter som allerede brukte antihypertensiva), hypertensjon og synkope. Syn: Non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uklart syn, synsfeltforandring, retinal vaskulær okklusjon. Urogenitale: Priapisme og forlenget erektsjon. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. utslett, urticaria, anksitsedemier, Stevens-Johnsons syndrom og eksfoliativ dermatitt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er gitt enkelttilfeller på opptil 500 mg til friske, og multiple daglige doser på opptil 100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. Behandling: Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafileliminering. ose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske. **Pakninger og priser:** 110 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00, 8 stk. kr 687,70, 12 stk. kr 1014,30. Sist endret: 03.04.2006

Eli Lilly Norge A.S, Grenseveien 99, 0601 Oslo, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo, telefon 22 88 18 00, telefaks 22 88 18 59, e-post: kundeservice@lilly.no, www.lilly.no

**C Detrusitol SR Pfizer****Muskarinreseptorantagonist.**

ATC-nr.: G04B D07

DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneholder: Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodin 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 4 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksne: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF =30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2-3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ubehandlet trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallet) og ved relevant preeksisterende hjertesykdom (f.eks. myokardisemi, arytmi, hjertesvikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antimykotika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger/oppkast. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, søvnløshet, parestesier. Syn: Tørre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine, tretthet, brystmerter. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Perifer ødem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjelden, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, hjertesvikt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved tablettedoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanisme: En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering bør vurderes etter 2-3 måneder. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon nås etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin: 96%. 5-hydroksymetylderivatet: 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Ca. 6 timer hos personer med normal metabolisme og ca. 10 timer hos personer med langsom metabolisme (mangler CYP 2D6). «Steady state» nås innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet. Hos personer som mangler CYP 2D6 dealkyleres tolterodin av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i fæces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uomdannet og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C, i ytteremballasje.

Pakninger og priser: 2 mg: Ennpac: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Ennpac: 28 stk. kr 438,50, 84 stk kr 1246,60.

T: 40a).

Refusjon: Legemidlene under bokstav a) refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006



Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 3B

Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

Dagbok fra en pårørende

Dette innlegget ble sendt til Sykepleiens redaksjon fra en pensjonert sykepleier og pårørende. Hennes søster, også sykepleier, ble lagt inn på sykehuset hun selv hadde jobbet ved i mange år. Det ble en blandet opplevelse.

«Min søster blir innlagt på sykehus med diagnosen uhelbredelig lungekreft med spredning til hjernen.

Vi tar drosje fem mil til sykehuset, og min søster skal ha sin første stråling av hjernen og deretter legges inn. Hun blir, etter å ha ligget på gangen en tid, lagt inn på en fire-mannsstue.

Etter at jeg har pakket ut og fått hengt opp tøyet hennes, blir vi beordret til en annen stue, også fire-manns.

Her er svært urolig, lite system, mye venting og ikke godt å være for så syke mennesker.

Så er det undersøkelse hos lege for å ta opp postjournal. Han vil også få tatt MR av rygg og bekken, noe som etter min mening skulle vært gjort for lengst med de symptomene min søster har hatt, men jeg er jo ingen lege.

Dag 2

Neste dag er det stråling igjen. Min søster er svært syk og har kraftig diaré.

En medpasient på samme rom, svært skrøpelig, sitter i en stol og vil ha hjelp til å komme seg opp i sengen. Hun har ikke ringesnoeren hos seg. En besøkende går ut på gangen og spør om hjelp for henne, men får til svar: «Hun må trykke på knappen.» Besøkende ringer for henne og etter et kvarter kommer hjelpen.

Medisinen til min søster blir bare satt på nattbordet og hun kan umulig nå den. Som sykepleier har jeg lært at medisinen ikke er gitt før den er tatt. På nattbordet ligger det også en sprøyte, uten kanyler, med en gul væske i. Ingen har fortalt hva det er. Min

søster ser dårlig og har på grunn av sykdommen dårlig koordinering av armer og hender.

Jeg går ut og spør hva innholdet er og får til svar at det er Mycostatin som skal forebygge sopp i munnen. Min søster, som er hjelpepleier, prøver å føre sprøyten til munnen, men klarer ikke å trykke inn stempelet.

Første natt

En natt ringer alarmtelefonen til hjemmesykepleien her i kommunen. Min søster har lagret nummeret deres på mobilen fra den tiden hun var deres pasient. Hun forteller at hun flyter i avføring og det går «en evighet» før det kommer noen og hjelper henne. Hun gråter, og vakthavende i hjemmesykepleien snakker med henne og beroliger henne helt til det kommer noen og hjelper henne. Dette er jo fem mil unna sykehuset. Uverdig!

Min søster, som er pasienten jeg beskriver, har arbeidet 38 år på samme sykehus som hun nå er innlagt på, men på en helt annen avdeling. Nå ligger hun inne med uhelbredelig lungekreft med metastaser til hjernen.

Det er bittent å tenke på at hun som har gitt så mye av sitt liv for å hjelpe andre ikke skal få den hjelpen hun så sår trenger nå.

Hun klager aldri, og har nå svært vanskelig for å snakke, 62 år gammel.

En morgen

Et vaskefat blir satt på nattbordet, men hun er ikke i stand til å vri opp en vaskeklut. Utrolig!

Hadde hun ikke hatt så mange kollegaer som er så glade i henne

og kommer og hjelper henne, vet ikke jeg. De er på en annen avdeling, men kommer når de har fri eller pause. Tenk på dem som ikke har noen!

Jeg får telefon tidlig en morgen fra en sykepleier på sykehuset som forteller at de nå har fått resultatet av MR-undersøkelsen min søster var til. Denne er både hun og vi andre spente på. Siden jeg bor så langt unna, spør hun om jeg kan ta svaret per telefon, noe jeg sier er i orden; «Ja, da skal en lege ringe deg, for jeg har ikke lov å si noe.»

Jeg venter, venter og venter. Hele formiddagen går. Til slutt ringer jeg selv til avdelingen igjen og sier at nå må jeg få et svar. Når dere har sagt A får dere også si B. Jeg går her med magevondt og venter. Det er søsteren min det gjelder. «Et øyeblikk, så skal du få snakke med hun som ringte». Javel! Stemmen i andre enden av telefonen kommer så tilbake og sier at denne sykepleieren er opptatt nå, men skal ringe meg opp igjen.

Jeg venter, lenge, og til slutt ringer hun og sier at hun må ha «ordlagt seg litt feil, for prøven er ikke klar». (Den der kjøper jeg ikke!) Jeg blir bedt om å komme på sykehuset neste dag mellom klokken elleve og tolv.

Neste dag

Jeg reiser hjemmefra med tog klokken ni neste dag og møter presis på avdelingen De har også avtalt med min bror, sier de, og etter en del venting får jeg beskjed om at de har avtalt klokken 13 med ham. Lang venting igjen før de spør om jeg kan ta det alene sammen med min søster og så informere vår bror etterpå. OK. Igjen venting.

Min søster blir trillet ut i en rullestol med verk i ryggen. Atter venting. Omsider kommer legen, og vi får det nedslående resultatet som ikke kommer uventet.

Så blir pasienten hentet av en pleier og skal til stråling. Hun får

heldigvis ligge i sengen sin og blir kjørt ned. Vel oppe igjen kommer en annen pleier og sier: «Du skal til stråling.» – «Vi har jo nettopp vært der!» (Vel, en menneskelig og tilgivelig svikt.)

Så kommer søster «bisk» inn og sier: «Du skal ned til legen på kreftpoliklinikken.» Hun beordrer MEG til å kle på henne og plassere henne i den skranglete rullestolen som dessuten mangle fotstøtter. Min søster ber tynt om å få bli kjørt ned i sengen, men nei!

Jeg blir med ned. Venting, venting... – man trenger jammen ha god helse til slikt. Min søster er en svært tålmodig person, men jeg ser hvor utkjørt hun er. Hun har ikke klart å få i seg fast føde på lenge, har fått intravenøst.

Vaktskifte: En sykepleier kommer inn på rommet. Damen som ligger i en-sengen har vært på toalettet, kommer inn igjen og setter nesekateteret til surstoffet på seg. Hun er den eneste som klarer det. Hun henvender seg til sykepleierern og sier: «Jeg synes ikke jeg får noe effekt av dette i dag». Pleieren går bort til sengen og ser at surstoffet er skrudd av. Hun går ut og kommer inn igjen og sier: «Du skal ikke ha surstoff nå siden prøvene er tilfredsstillende.» Ingen hadde sagt noe.

Neste pleier kommer inn senere: «Jo, du skal ha surstoff. Det står ingenting om seponering av det i rapporten.» Hvor er det det svikter? Som en av pasientene sa: «Den ene sier noe og den andre noe annet. Hvem skal vi forholde oss til?»

Et «øyeblikk» er ikke under en halv time. En annen pasient ønsker hun hadde kateter igjen, for det er ikke godt å holde på vannet når en må vente så lenge på hjelp.

Hvor er det blitt av etikken? Stell pasienten som om det var din egen mor, lærte vi. Før du forlater pasientrommet, snu deg i døra og se etter om du har glemt noe.



Foto: Colourbox

7. oktober

Jeg kommer på besøk igjen. Min søster har diaré og har ligget og ventet i tre-kvart time på å få hjelp på toalettstolen. Hun er også lovet hjelp til tannpuss, men det har de glemt, så det hjelper jeg henne med. Hun får Mycostatin for å forebygge sopp i munnen, men ikke hjelp til å pusse tennene.

8. oktober

Igjen på besøk. Våt av urin. Min datter og jeg skifter til bunnen. Smører beina hennes, og mens vi er i kantina til lunsj er kollegaene fra etasjen over og klipper neglene hennes.

Ser på hele henne at hun vantrives. Ingen spør om hun trenger ny bleie, hun må be om det. Og da er det de lange «øyeblikkene» igjen. Hadde hun fått hjelp til toalettet når hun trenger det og ber om det, hadde hun sluppet å ligge våt. Hun sier selv at det er «trasig» å komme tissevåt til stråling.

12.oktober

På besøk igjen. Har blitt lovet å få smurt beina sine i flere dager, men det er ikke blitt gjort. Jeg tilbyr meg å gjøre det, tar på meg hansker og løfter opp dyna. Ser

da at den høyre foten er dobbelt så tykk som den venstre, helt ned til ankelen. Jeg tenker mitt.

Gir beskjed til sykepleier som takker for opplysningen og skal si fra på rapporten og til legen.

Tiden går, ingen kommer og ser. Det er vaktskifte og jeg går ut på vaktrommet og spør om de har fått beskjed om foten, men det har de ikke. En sykepleier blir med meg inn på rommet for å se på den og får samme mistanke som meg. Legen skal se på den på kveldsvisitten.

Jeg reiser hjem, har ikke ro på meg og ringer ned igjen. Da er legen på vei. Det blir tatt ultralyd av foten og det viser seg å være en dyp venetrombose. Utrolig at de ikke observerer slikt under stell.

Min søster kan ikke lenger stå på beina. All kraft er borte.

18. oktober

...ble min søster overflyttet til palliativ avdeling på et hjem. Der hadde hun det utrolig godt med omsorg og stell. Hun fikk en uke der.

Den 25. oktober døde hun og var klar i hodet til siste sukk.»

Etikken er revidert

Sykepleie påvirkes av samfunnet, og det må yrkesetiske retningslinjer gjenspeile. Et spørsmål er om kunnskapsbasert sykepleie hører hjemme i grunnlaget for sykepleieetikken, undrer Marie Aakre.



Marie Aakre er leder av Rådet for sykepleieetikk og Sykepleiens faste etikk-spaltist. Denne gang er hun selv intervjuet.

– Samfunnet endrer seg så raskt, og skal retningslinjene fungere som verktøy, må de tilpasses virkeligheten, poengterer Marie Aakre.

Derfor var Rådet for sykepleieetikk aldri i tvil om at en revisjon var nødvendig nå.

Ansvar for pårørende

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer ble vedtatt i 1983 og første gang revidert i 2001. Denne nye revisjonen er historiens andre. Men Aakre håper retningslinjene for fremtiden vil revideres i hver rådsperiode, altså hvert tredje år.

– Retningslinjene må være brukbare i praksis, slår hun fast.

– På glanset papir er de ikke noe verd.

Hun forteller at dilemmaer Rådet får tilsendt har vært med på å utforme endringene.

– Som for eksempel?

– Forholdet til pårørende. Der det før het at sykepleierne skal vise respekt for pårørende, skal de nå sørge for. Med det får sykepleierne et aktivt ansvar som også er i tråd med lovverket. Vi har mange sterke eksempler der pårørende ikke blir ivarettatt. Men vi ser også det andre ytterpunktet: At pårørende får for stor makt på bekostning av pasienten, for eksempel i forholdet mellom foreldre og barn. Derfor slår vi også tydelig fast at

der det oppstår interessekonflikt, er grunnregelen alltid: Pasienten først.

– Krevende

Tydeliggjøring har vært viktig i revisjonsarbeidet. Derfor er for eksempel ordet omsorg gjennomgående byttet ut med sykepleie. Antall punkter er redusert fra åtte til seks. Den kanskje mest iøynefallende endringen er at retningslinjenes grunnlag ikke lenger er listet som punkt 1, men står aller først, nettopp fordi dette er hva alle de andre punktene bygger på.

– Jeg er veldig opptatt av det

ideologiske grunnlaget som handler om vårt menneskesyn og våre valgte etiske grunnverdier i møte med mennesker som trenger sykepleie, utdyper hun.

– Yrkesetikkenes grunnlag skal visualiseres som noe eget og fundamentalt, noe som har bestått og vil bestå i generasjoner.

Likevel har Rådet gjort en endring her; de har presisert at når sykepleieetikken skal vise respekt for menneskerettigheter, så er det FN's menneskerettigheter det er snakk om. I tillegg ville

etikk være kunnskapsbasert? Og hvordan skal vi forstå ordet kunnskap? Som kompetanse? Som klokskap? Vi mener at dette hører mer naturlig hjemme under punktet «Sykepleieren og profesjonen». Men nå står det der, og det skal bli spennende å se hvordan det blir brukt. Kan hende det øker bevisstheten om nødvendigheten av kunnskapsbasert sykepleie. Kanskje setter det en ny standard?

Opp på veggen!

Under nettopp «Sykepleieren og profesjonen» er det lagt til et nytt punkt som sier at sykepleiere har ansvar for å bruke de yrkesetiske retningslinjene i praksis.

– Noen vil kalle det selvfølgelig, men ved å gjøre det tydeliggjør vi at dette skal være et arbeidsverktøy.

– Opplever dere at de brukes?

– Sykepleierne kjenner dem nok igjen fra utdanningen. Men hver uke bruker jeg retningslinjene i undervisning av erfarne sykepleiere, og hver gang hører jeg det summe i salen: «Disse har ikke jeg sett på årevis». Så de er ikke implementert og forankret godt nok i praksis.

Naturlig død

– Noen endringer du vil trekke frem?

– Vi har gjeninnført den

– Vi har gjeninnført den naturlige død.

forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund legge til at sykepleien skal være kunnskapsbasert. Det vil ikke Marie Aakre underslå at Rådet har opplevd som krevende.

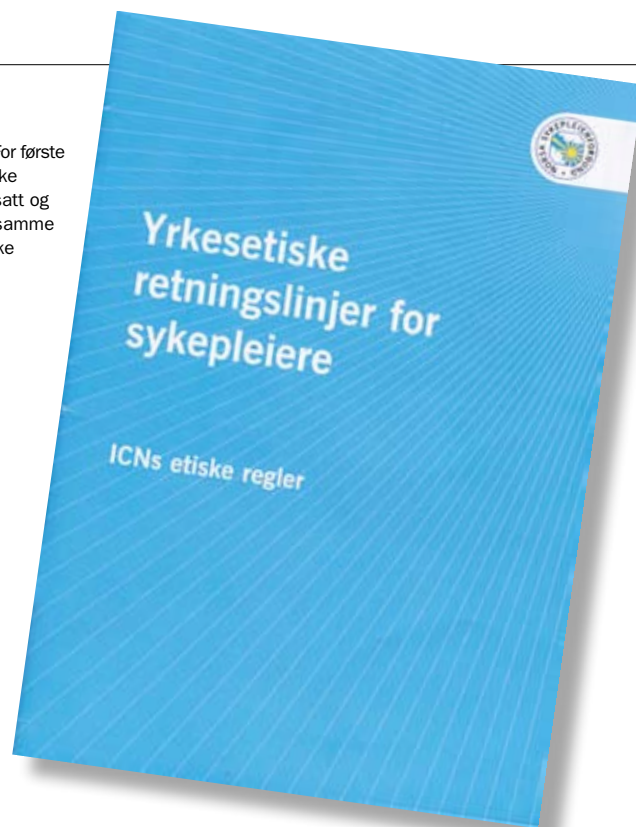
– Vi er ikke uenige i at sykepleie skal være kunnskapsbasert. Noe annet ville være uetisk. Men, vi har hatt vanskeligheter med å innlemme kunnskapsbasert sykepleie i fundamentet for vår yrkesetikk. Dette er også svært uvanlig. Verken Legeforeningen eller International Council of Nurses har dette med i sine etiske regler. Spørsmålet vi stiller er: Hvordan kan

Sykepleierens grunnlag

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

ETIKK PÅ ENGELSK: For første gang er de yrkesetiske retningslinjene oversatt og utgitt på engelsk, i samme hefte som den norske versjonen.



naturlige død ved å legge til at sykepleiere bidrar til en naturlig dødsprosess og død. Dette er et ikke-tema i helsevesenet, men vi ønsker å gjenreise et språk for vår livsforståelse, der det å dø er noe naturlig. Vi har også lagt til at sykepleiere har respekt for den dodes kropp. Det er knyttet til noen mulige dilemmaer rundt transplantasjoner og obduksjon, men også rundt stell av den døde. At det skjer på en verdig måte. Med stadige krav til effektivitet opplever sykepleiere respektløs håndtering av akkurat dette.

I tråd med at retningslinjene skal speile samfunnet og følge lovverket, heter det også at sykepleiere varsler når pasient utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold, og at de

har rett til å forvente respekt og nødvendig støtte fra kolleger og arbeidsgiver når de gjør det.

– Her er det et enormt potensial for forbedringer.

Vil løfte etikken

– Ved å endre retningslinjene vil vi strekke ryggraden og gjøre sykepleieetikken tydelig og anvendelig, avslutter Marie Aakre

– Nå skal de brukes aktivt, håper hun.

Frem til ny revisjon om tre år. Frem til da har hun et ønske:

– Mange tilbakemeldinger! Les de reviderte retningslinjene på www.sykepleierforbundet.no

Marie Aakres tips: Skriv dem ut, kjøp en ramme og heng dem opp på vaktrommet der du jobber. Ha dem med deg i den praktiske hverdagen.



MÅNEDENS DILEMMA

1. Hva synes du om at begrepet «kunnskapsbasert» er inkludert i beskrivelsen av sykepleiens grunnlag?

2. Hvordan kan du bruke de nye yrkesetiske retningslinjene?

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.



Fedme gir kreftrisiko

Hvert år fører overvekt og fedme til 6 000 krefttilfeller i Storbritannia. Det utgjør fem prosent av forekomsten. Dette kommer frem i en kohortstudie av kvinner som er over overgangsalderen. British Medical Journal

Forbigående risiko

Kvinner som bruker p-piller mer enn fem år får en fordoblet risiko for å utvikle kreft i livmorhalsen i forhold til kvinner som aldri har brukt p-piller. Men slutter man med pillen, avtar risikoen med årene, viser en stor studie publisert i «The Lancet». forskning.no

Levitra «Bayer»
Middel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E09
TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder Vardenafilhydrokloridtrihydrat tilsv. vardenafil 5 mg, resp. 10 og 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon, som er manglende evne til å oppnå eller opprettholde en penil ereksjon tilstrekkelig for tilfredsstillende seksuell aktivitet. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk til kvinner.

Dosering: Anbefalt dose er 10 mg og tas ved behov ca. 25-60 minutter før seksuell aktivitet. Basert på effekt og toleranse kan dosen økes til 20 mg eller reduseres til 5 mg. Maks. anbefalt dose er 20 mg. Maks. anbefalt dosering er 1 gang daglig. Kan tas sammen med eller uavhengig av mat. Innsettende virkning kan forsinkes tatt sammen med høyt fettinnhold. Eldre: 5 mg bør brukes som første dose. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild og moderat reduksjon (Child-Pugh grad A-B), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt nyrefunksjon: Ved mild til moderat reduksjon er dosejustering unødvendig. Ved sterk reduksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og 20 mg. Ikke indisert for bruk til personer under 18 år. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for vardenafil eller noen av hjelpestoffene. Samtidig bruk av nitrater eller NO-donorer som aminyltrinit. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell ischemisk fremre optikusneuropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av PDE5-hemmere eller ikke. Bør generelt ikke brukes av menn der seksuell aktivitet ikke anbefales (f.eks. pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom som ustabil angina pectoris eller alvorlig hjertesvikt (NYHA III eller IV)). Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir). I tillegg er ketokonazol og itrakonazol (oral form) kontraindisert hos menn >75 år. Inntil ytterligere informasjon foreligger. Alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C), sluttstadium av nyresykdom som krever dialyse, hypotensjon (blodtrykk <90/50 mmHg), nylig gjennomgått slag eller hjerteinfarkt (siste 6 måneder), ustabil angina og kjente arvelige degenerative retinasykdommer som retinitis pigmentosa.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse bør utføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og bestemme mulige underliggende årsaker, før behandling vurderes. Pasientens kardiovaskulære status bør vurderes før behandling, da det er en viss kardial risiko forbundet med seksuell aktivitet. Vardenafil har vasodilatoriske egenskaper som gir mildt og forbigående blodtrykkssjall. Pasienter med venstreventrikulær utstrømingsobstruksjon, f.eks. aortastenose og idiopatisk hypertrofisk subaortisk stenose, kan være følsomme overfor virkningen av vasodilatorer inkl. PDE5-hemmere. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med anatomiske deforamasjoner av penis som knekkdannelse, kavernas fibrose eller Peyronies sykdom, eller hos pasienter med lidelser som kan predisponere dem for priapisme som sigmoidleaniemi, multiplert myelom eller leukemi. Kombinasjoner av vardenafil med andre behandlinger for erektil dysfunksjon er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Legemidler som kan forlenge QTc-intervallet, inkl. vardenafil, bør helst unngås til pasienter med relevante risikofaktorer, f.eks. hypokalemi, medfødt QT-forlengelse, samtidig administrering av antiarytmika klasse 1A (f.eks. kinidin, prokainamid) eller klasse III (f.eks. amiodaron, sotalol). Pasienter bør rådes til å avbryte behandlingen og kontakte lege umiddelbart dersom plutselige synsforstyrrelser skulle oppstå. Vardenafil bør bare gis til pasienter med blodningsforstyrrelser eller aktiv mavesår etter vurdering av fordel/risiko. Pasienter bør gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på vardenafil før de kjører bil eller bruker maskiner.

Interaksjoner: Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir, itrakonazol og ketokonazol (oral form)) bør unngås, da dette gir sterk økning i konsentrasjoner av vardenafil. I kombinasjon med erytromycin (CYP 3A4-hemmer) kan dosejustering av vardenafil være nødvendig. Dosen bør her ikke overstige 5 mg. Samtidig bruk av vardenafil med alfablokkere kan føre til symptomatisk hypotensjon hos noen pasienter. Samtidig behandling skal bare startes hvis pasienten er stabilisert på alfablokkerbehandling, og vardenafilbehandling startes med laveste anbefalte startdose på 5 mg. Vardenafil kan gis når som helst med tamsulosin. Med andre alfablokkere bør en tidsseparsasjon av doseringer vurderes ved samtidig forskrivning. Pasienter som allerede tar en optimalisert dose av vardenafil, bør starte alfablokkerbehandling med laveste dose. Trinnvis økning av alfablokkerdosen kan være forbundet med ytterligere blodtrykkssenkning. Nicorandil har potensiale til å gi alvorlige interaksjoner med vardenafil pga. nitratkomponenten. Grapefruktjuice kan gi moderat plasmamåkning av vardenafil. Kombinasjonen bør unngås. Ved samtidig bruk av depotformulering med nifedipin til hypertensive pasienter er det sett ytterligere reduksjon av blodtrykk målt liggende, samt en liten økning i hjertefrekvens.

Bivirkninger: Vanligst er rødme og hodepine. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme. Luftveier: Neseetetthet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Unormale leverfunksjonsprøver, økt GGTP (gamma-glutamyltranspeptidase). Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, ansiktsødem, utslett. Luftveier: Dyspné, epistakse. Metabolske: Økt kreatininkinas, myalgi, ryggsmarter. Sentralnervesystemet: Somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon, postural hypotensjon, takykardi, hjertebank. Syn: Synsforstyrrelser, inkl. økt lysfølsomhet, kromatopsi, rennende øyne, konjunktivitt, tåkesyn. Sjeldne (<1/1000): Luftveier: Laryngsødem. Neurologiske: Synkope. Muskel-skjelettsystemet: Muskelstivhet. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Angina pectoris, myokardiskemi. Syn: Økt intraokulært trykk. Urogenitale: Priapisme, økt ereksjon (forlengede eller smertefulle ereksjoner). Øvrige: Hørselsvitsitet. Ukjent frekvens: Non-arteriell ischemisk fremre optikusneuropati, hjerteinfarkt. For en annen PDE5-hemmer er det sett alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkl. cerebrovaskulær blødning, plutselig døttelighet, forbigående ischemisk anfall, ustabil angina og ventrikulære arytmier.

Overdosering/Forgiftning: 80 mg tolerert uten alvorlige bivirkninger. Symptomer: Ved høyere og hyppigere doser enn anbefalt (40 mg 2 ganger daglig) er det rapportert tilfeller av sterke ryggsmarter (ikke forbundet med noen muskel- eller neurologisk toksisitet). Behandling: Symptomatisk ved behov.

Egenskaper: Klassifisering: Potent og selektiv hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5), den viktigste PDE i humant corpus cavernosum. Virkningsmekanisme: Øker kraftig effekten av endogent nitrogensoksid i corpus cavernosum ved å hemme PDE5. Når nitrogensoksid frigjøres som følge av seksuell stimulering, fører hemming av PDE5 til økte cGMP-verdier i corpus cavernosum. Dette fører til avslapping av glatt muskulatur som gir økt blodtilstrømming til penis. Innen 25 minutter får de fleste menn tilstrekkelig ereksjon for samleie. Ved erektil dysfunksjon oppnådde 68% (5 mg), 76% (10 mg) og 80% (20 mg) tilstrekkelig ereksjon til samleie, og evnen til å opprettholde ereksjon ble angitt som 53% (5 mg), 63% (10 mg) og 65% (20 mg). Effekt av vardenafil er sett hos pasienter med psykogen erektil dysfunksjon, blandet erektil dysfunksjon, organisk erektil dysfunksjon, ischemisk hjertesykdom, hyperlipidemi, kronisk lungesykdom, depresjon, diabetes mellitus, prostatakromerte pasienter, pasienter med ryggmargsskade, pasienter på samtidig behandling med antihypertensiva og hos eldre. Absorpsjon: Raskt. Ved faste oppnås maks. plasmakonsentrasjon etter 30-120 minutter. Kan tas sammen med mat, men svært fettrikt måltid (57% fett) reduserer absorpsjonshastigheten. Proteinbinding: Ca. 95% for vardenafil og hovedmetabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady-state» er 208 liter. Halveringstid: 4-5 timer. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4, til en viss grad via CYP 3A5 og CYP 2C. Hovedmetabolitten viser en fosfodiesteraseselektivitetsprofil tilsvarende vardenafil, og utøver ca. 7% av effekten. Utskillelse: 91-95%, hovedsakelig som metabolitter via fæces. 2-6% via urin. Clearance av vardenafil er redusert hos eldre >65 år og hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Pakninger og priser: 5 mg: Enpac: 4 stk. 276,60. 10 mg: Enpac: 4 stk. 317,80. 12 stk. 884,60. 20 mg: Enpac: 4 stk. 358,00, 12 stk. 1005,20. Sist endret: 05.03.2007

Hvorfor være anonym?

I Sykepleien nr. 13 kom det fram en del reaksjoner på et dilemma som sto på trykk i Sykepleien nr. 11.

Jeg reagerer på at her kan en si sin mening om skolen, sykepleieren, sin moralske mening, men: Hvorfor skriver folk anonymt? Deres navn er sikkert kjent av redaksjonen, men er det så vanskelig å stå fram med eget navn om noe som man kan være enig eller uenig i? Jeg forstår heller ikke at redaksjonen tillater slikt i denne sammenheng. Jeg forstår at folk vil være anonyme når de tar opp en praksis i sin kommune som en slags varsler og/eller beskriver hvordan praksisen er. Men har disse anonyme sykepleiere ikke ryggrad nok til å stå fram med sitt navn?? De kritiserer sykepleierens holdning som vedkommende skrev anonym (som skolen inviterte til), mens de selv holder seg skjult i inn-

legg som kommer på trykk. Da kan de holde munn, etter min mening. Muligens kan redaksjonen bidra med hvorfor det ble tillatt.

Hugo de Ridder.



Faksimile fra Sykepleien nr. 15/2007

- Vi er så veldig private

Dette er en kommentar til artikkelen «Skal vi be med pasienten?» i Sykepleien nr 07/2007, av Marie Aakre, leder i rådet for sykepleieetikkk.

Takk for at dere tar opp dette viktige og vanskelige temaet! Jeg stiller meg helt og holdent bak Marie Aakres utlegning og er glad for at det sees på i lys av de yrkesetiske retningslinjer vi har som sykepleiere. Jeg håper med dette at åndelig omsorg kan løftes fram og bli et tema til saklig og gode diskusjoner rundt på arbeidsplasser og i utdanningsinstitusjonene. Her kommer mitt engasjement inn: Ei som jeg kjenner begynte på sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo i høst. Hun tok opp temaet fordi det i undersvingen på skolen hadde blitt sagt: «Dere har ikke lov til å be med pasienter, selv om de skulle ytre ønske om det.» Dette med henvisning til Helsetilsynets behandling av saken (som



Faksimile fra Sykepleien nr. 07/2007

jeg antar er samme sak som ble tatt opp i dette stykket. Læreren hadde riktignok sagt at en i slike tilfeller måtte gå videre, f eks til en prest. Min første reaksjon var at dette umulig kan være riktig. Dermed har jeg funnet

– Bra å vise oss frem i media!

Jeg har fulgt jordmorserien som har gått på NRK fra utlandet. Jeg synes serien var meget godt og ga oss et godt innblikk i jordmødrenes hverdag. Selv som sykepleier, lærte jeg en hel del om jordmødre og deres virke.

I Aakres artikkel rettes spørsmålet om hvordan det gikk med etikken i serien, jeg ønsker heller å ta for meg sykepleiere og media.

Ofta leser vi i avisen: «Etter ulykken kjempet LEGENE for livet til pasienten» og «takket være LEGENE er hun i live i dag». Slik fortsetter det. Hvor er sykepleierne? Var det kun legene som kjempet for livet til pasienten? Gjorde de hele jobben alene,

mens sykepleierne var bakgrunnsdekorasjon? Neppe, jeg vet at sykepleiere var med pasienten igjennom hele prosessen under sitt sykehusopphold. Anestesi-sykepleiere, intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og sykepleiere var til stede og kjempet sammen med legene. Men det nevnes ikke. Det nevnes ikke hvor utrolig viktig sykepleierne er for pasienten, ikke hvem som overvåket pasienten på intensivavdelingen og sørget for at han ikke utviklet komplikasjoner som infeksjoner, trykksår etc.

Jeg tror serier på tv, hvor vi møter sykepleiere på jobb er utrolig viktig for vårt yrke. Vi trenger generelt å vise folk hva det er vi gjør som sykepleiere, hvorfor vi er viktige. Det er alt for mange som ikke vet hva sykepleiere gjør til daglig. Tv-serier hvor vi møter

sykepleiere i en arbeidssituasjon vil etter min mening stimulere for rekrutteringen til yrket og for anerkjennelsen av yrket vårt. Jeg håper vi i fremtiden får flere serier som er rettet mot sykepleierens virke. Media er veldig viktig for sykepleiere, og det er på tide at også vi kommer frem i media; sykepleiere redder nemlig også pasienter!

Med vennlig hilsen Michael Mortensen, Geneve



Facsimile fra Sykepleien nr. 11/2007

frem til to tidligere hovedoppgaver ved ISV, som omtaler temaet (Siri Tønnessen: Gud og døden snakker vi ikke om, nr 7/ 1999 og Aashild Saurasundet: Åndelig behov ved alvorlig sykdom, nr 8/1999), og så hentet jeg fram stykket i Sykepleien og tenkte: «Dette må jeg kommentere skriftlig!» Jeg opplever selv temaet som vanskelig å snakke om, vi er så veldig private om slike ting i Norge. Slik tror jeg det oppleves for mange, og dermed blir det overlatt til hver enkelt å ta stilling til hvordan en vil forholde seg til åndelig omsorg. Nettopp derfor trenger vi noen gode og trygge arenaer for å snakke sammen om dette. Det var derfor nedslående at det i en utdanningsinstitusjon så kategorisk ble sagt at «dette har vi ikke LOV til». Hvordan skal ferske sykepleiestudenter våge å snakke om åndelig omsorg

når de blir møtt på en slik måte cirka to måneder etter oppstart i sykepleien? Dette synes jeg er graverende og vitner mer om personlig synsing enn akademisk overveielse av et vanskelig tema. En ting er hva en personlig mener om en sak, en annen ting er hva en legger fram i undervisning til vordende sykepleiere. Jeg undres på om sykepleielæreren har lest faglig etisk råds kommentarer til Helsetilsynets konklusjon. Håper dette kan skape videre debatt om åndelig omsorg i sykepleien!

Hilsen mangeårig sykepleier og masterstudent.

Lamper for lysterapi

Sterkt lys mot høst- og vinterdepresjoner, søvnproblemer og ved nattarbeid og jetlag.

Spectrum 9000M



Solid bordmodell i metall.
10 000 lux i avstand 42 cm.
Krever lite bordplass.
Flimmerfritt, tilnærmet dagslys.

Spectrum H10-050 og Spectrum H10-040



NYHET!
2 bordmodeller med vippefunksjon.
Flimmerfritt hvitt lys - Aluminium lyskasse.
H10-050: 10 000 lux i avstand 45 cm.
H10-040: 10 000 lux i avstand 35 cm.

Les mer om lysterapi og lamper for lysterapi på våre nettsider:

www.tynsetel.no eller ring 62 48 03 14

Bestill på våre nettsider, e-post eller telefon. Vi sender over hele landet. Rask levering.

Våre lysterapilamper anbefales av prof. dr. med. Bjørn Bjørvatn, Univ. i Bergen/ Bergen Søvnssenter. Lampene er sertifisert som medisinsk utstyr og EN ISO 13485:2003 kvalitetssikret.

TYNSET ELEKTRONIKK

www.tynsetel.no N-2500 Tynset, Tlf: 62 48 03 14 kundepost@tynsetel.no

Provosert

Jeg lurer veldig på hvor disse tallene i Sykepleiens revisjonsartikkel om lønn kommer fra. Det står for eksempel at en sykepleier har en grunnlønn i 2007 på 315 449 kroner i Spekter. En nyutdannet sykepleier innen Spekter har en grunnlønn på 282 000 kr. Hvis det opplyste beløpet er en snittlønn, vil dette tilsvare at maks ansiennitet for en sykepleier skal være 348 898 kroner pluss tillegg. Noe som ikke stemmer i det hele tatt. Ut fra Spekter sin oversikt har en sykepleier 320 000 pluss tillegg med maks ansiennitet.

Når det gjelder spesialisykepleier, er denne lønnen opplyst i Sykepleien som 362 677 kroner pluss tillegg, men ut i fra Spekter sin oversikt er maks ansiennitetslønn 355 000 pluss tillegg. Mine kollegaer og jeg føler oss veldig provosert av at Sykepleien gir ut en artikkel på fire sider som forteller hvor flinke forbundet har vært til å forhandle lønn, når hele den lønnsversikten bladet opplyser er feil! Dette er med på å undergrave den kampen vi kjemper for bedre lønn. Artikkelen er skrevet på en

slik måte at den fremstiller et inntrykk som ikke samsvarer med den virkeligheten vi opplever. På SUS opereres det med minstelønn – og vi får den lønnen som er opplyst i Spekter i forhold til ansiennitet. Hvis det handler om gjennomsnittstall betyr det at enkelt individer klarer å forhandle seg til mye høyere lønn enn hva NSF klarer for sine medlemmer.

Mads Johansen

Svar:

Her er det ingen grunn til å bli provosert. Tallene vi har gjengitt i tabellene er gjennomsnittstall for hva sykepleiere FAKTISK tjener, uavhengig av ansiennitet. Det er riktig at sykepleiere har en MINSTELØNN på 282 000. De som har ti års ansiennitet har en MINSTELØNN på 320 000. Det betyr at dersom du tjener mindre enn dette, er det tariffstridig. Mange forhandler seg til bedre lønn enn minstelønn. Dersom du får ny jobb er det derfor lurt å ta kontakt med din plasstillitsvalgt for å få oversikt over hva gjennomsnittet er blant sykepleiere på din nye arbeidsplass. Det kan godt være at snittet ligger over minstelønn.

Også når det gjelder lønnen til spesialisykepleiere, har du dessverre sett på minstelønn – ikke på det sykepleiere i praksis og faktisk tjener, som vi har tatt som utgangspunkt.

Kontakt gjerne forhandlingsavdelingen i NSF sentralt hvis du synes dette fortsatt er utydelig.

Redaksjonen

Feil fremstilling av sykehus

Vi kommer med dette med en kommentar til artikkelen «Pasientene mener: Sykehusene dårligst på organisering.» i Sykepleien nr 14/07.

Vi har med interesse lest Sykepleiens artikkel der man kommenterer den nylig gjennomførte PasOpp-undersøkelsen som har kartlagt pasienters erfaring med døgnenheter ved somatiske sykehus. Denne type undersøkelser er svært viktige for å sette fokus på forbedringsområder. Samtidig er det minst like viktig at dataene forvaltes og presenteres på en måte som er egnet til videre konstruktivt

og positivt utviklingsarbeid. Her føler vi fremstillingen i Sykepleien svikter.

Dataene som Sykepleien har brukt som dokumentasjon er hentet fra den nasjonale brukerundersøkelsen PasOpp. Undersøkelsen var gjennomført i regi av Kunnskapssenteret for helsetjenesten som Sosial – og Helsedirektoratet (SHDir) står ansvarlig for. Går man til hovedrapporten finner man at resultatene scores i seks hovedgrupper: organisering – pårørende – standard – informasjon – pleie – leger. Ser man på landsresultatet får man en score-rekke på: 63-74-71-67-78-75, Helse-Sør fikk scorene 64-75-75-67-79-75, Rikshospitalet fikk 65-78-77-67-79-76 og Spesialsykehuset for epilepsi fikk 72-75-64-66-78-76. Dette betyr at Spesialsykehuset scorer på linje med, eller bedre enn landsgjennomsnittet innen fem av seks hovedområder. Dette kommer overhodet ikke frem i oppslaget. Kun på ett eneste punkt scorer SSE under landsgjennomsnittet, nemlig på standard. At standarden er for dårlig er vi helt enig med pasientene om og vi har igangsatt en rekke strakstiltak for å rette på de bygningsmessige forholdene. Innen



andre områder, som for eksempel på organisering, scorer SSE godt over landsgjennomsnittet!

Vi reagerer også på at man i Sykepleien kun gjengir et mindre utvalg parametere, som er en sammenblanding av resultater for hovedområder og responser på enkelte utvalgte underspørsmål fra ulike hovedområder og tabeller. Dette betyr at ujusterte rådata fra underspørsmål (jfr metodedokumentasjonen fra PasOpp) sammenholdes med aggregert og justert materiale når man kommenterer score fra hovedområder. Et eksempel er at man av 29 underspørsmål har valgt ut spørsmålet «hvis du ser hele sykehusoppholdet under ett, hvordan vil du vurdere sykehuset?» På dette underspørsmålet scorer SSE dårlig, og dette har man så tatt frem som ett av de kommenterte punktene. Hvordan tenker man seg at pasientene vurderer dette spørsmålet? «Hvordan vil du vurdere sykehuset?» Når vi har et sykehus som alle er enige om er i en svært dårlig bygningsmessig forfatning, er det rimelig sannsynlig at dette kan ha påvirket svarene.

Et annet forhold som ikke er diskutert er den lave svarprosenten på SSE. Denne er nede i 35 prosent, noe som er godt under landsgjennomsnittet. Det er vanlig å anta at pasienter som er misfornøyd, hyppigere svarer på denne type brukerundersøkelser enn de som stiller seg mer nøytrale. Noe forsøk på å samle inn data fra de 65 prosent som ikke svarte er ikke gjort. Samtidig er det betydelig spredning i svarene. Heller ikke dette er kommentert i Sykepleiens artikkel.

Artikkelen drøfter ikke forskjeller i pasientpopulasjoner. SSE tar inn mennesker med kronisk sykdom. 55 prosent av pasientene har vært innlagt i sykehus tre til ti ganger de siste to årene, mens andre sykehus er nede i et nivå på rundt 20 prosent. Det sier seg selv at dette gjør noe med synet på og forventningene til nytt sykehusopphold.

Videre har man sett på komorbiditet (andre sykdommer i tillegg til hoveddiagnosen) hos pasientene ved de ulike sykehusene. SSE fikk gjennomsnittlig score 0,036 på Charlsons komorbiditetsindeks. Dette er svært lavt og langt under øvrige sykehus. Dette må enten bero på at pasientene ikke har forstått spørsmålet, eller at denne skala ikke fanger opp den type komorbiditet som våre pasienter har. Svært mange av våre pasienter kommer til SSE som et landsdekkende sykehus, nettopp grunnet sin betydelige komorbiditet. Komorbiditetsproblematikken er i mange tilfeller til dels av svært alvorlig psykososial art. Slik resultatene fra PasOpp fremstår så synes det som om denne type komorbiditet hos mange meget tunge pasienter ikke fanges opp av denne spesielle indeksen. Da må man spørre seg hvor relevant det er å oppgi en slik indeks for et sykehus som SSE og sammenligne denne mot andre somatiske sykehus.

Det sies spesifikt i artikkelen av forskningsleder Øyvind Arne Bjertnæs at man skal være forsiktig med en direkte sammenligning av de enkelte sykehus, samtidig som det er nettopp dette Sykepleien gjør. Man har tatt for seg enkelte underscorer, laget tabell av dem, beskrevet nøye hvilket sykehus som fikk så vidt laveste score på disse og laget store røde ringer rundt tallet for det enkelte sykehus. Og er det noen forskjell på 58 poeng mot 61 eller 62 poeng som flere sentrale sykehus i østlandsområdet fikk for samme underscore?

I artikkelen sies det også at resultatene korrigerert for ulike pasientsammensetninger. Slik vi leser artikkelen og grunnlagsdokumentasjonen kan vi ikke se at resultatene som ble presentert i sykepleien var sett i sammenheng med sykehusenes pasientsammensetning. Vi ser for eksempel at gjennomsnittsalder på pasientene på SSE er på 38 år mens andre sykehus har en gjennomsnittsalder

på rundt 60 år. Går man gjennom rapporten ser man at pasientmaterialet på SSE klart skiller seg fra flertallet av de andre sykehusene. Hvordan denne forskjellen i pasientmaterialet slår inn for de data som presenteres i Sykepleien er ikke kommentert.

Det er for oss merkelig at Sykepleien velger ikke å systematisk gjengi data for hovedområdene, slik de er anført i hovedrapporten, men går direkte inn i score-verdier for de detaljerte underspørsmål uten å angi hvilke data som representerer hovedområder og hva som kommer fra enkeltspørsmål. Videre har man ikke drøftet forskjeller i pasientmateriale og konsekvenser av dette.

Vi reagerer også på den direkte sammenligningen som er gjort mellom de enkelte sykehus og det negative fokus som settes på enkelte, uten at vi ser at det er grunnlag for dette. Sykehusene er inne i en tid som stiller store krav til omstillinger. Denne type fremstilling vil kunne medføre at sykehus som tar utfordringen på alvor og er endringsorienterte, kan få vansker med å oppnå toppscore på denne type pasient-tilfredshetsmålinger. Vi tror også at relativt «enkle» institusjoner med få og standardiserte behandlingstilbud, høyst sannsynlig alltid vil komme best ut i denne type undersøkelse.

Siv Skarstein, helsefaglig rådgiver/spes. sykepleier, MPA og Erik Taubøll stedf. avd.sjef, professor, dr.med. og leder av enhet for voksenalder epilepsi (inkl voksenalderdelingene SSE)

Nevrologiklinikken, Rikshospitalet



EEG HJERNEAKTIVITET

1. Spørsmål

Hva betyr forstavelen pre?

2. Spørsmål

Og forstavelen per?

3. Spørsmål

Og post?

3. Etter
2. Gjennom
1. Før

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Takk for meg!

På landsmøtet som avrundes lørdag 10. november fikk jeg god anledning til å levere noen siste utfordringer til myndigheter og beslutningstakere. Og ikke minst til å takke for ni fantastiske, utfordrende og lærerike år som forbundsleder!

NSF er en organisasjon i vekst. Fra de 44 sykepleierne som stiftet forbundet i 1912 har vi vokst til Norges fjerde største arbeidstakerorganisasjon med over 85 000 medlemmer! Det er med på å gjøre oss til en slagkraftig aktør som er en drivkraft for forbedringer og blir lyttet til.

Jeg er stolt over å ha ledet en organisasjon med sterke tradisjoner, kompetente sykepleiere, velskolerte og modige tillitsvalgte og profesjonelle ansatte.

På tross av at kommuner og sykehus har fått mer penger er hverdagen tøff for mange av våre medlemmer. Den enkelte sykepleier strekker strikken langt for å holde kvaliteten oppe i et system hvor alt for mye styres ut fra økonomisk bunnlinje. Jeg er imponert over den kjempeinnsatsen sykepleierne gjør - dere fortjener respekt og honnør!

Over 5000 sykepleiere ønsker seg jobb utenfor helsetjenesten, viser en ny undersøkelse fra TNS Gallup. Det er en utvikling vi ikke ønsker! Allerede i dag har sju av ti kommuner for få sykepleiere, og nesten halvparten av kommunene har problemer med å rekruttere. Offentlige arbeidsgivere må gripe muligheten og melde seg på i kampen om kompetent arbeidskraft!

Vårens tariffoppgjør blir smertefullt dersom det ikke kommer konkrete resultater

ut fra likelønnskommisjonens arbeid! Våre medlemmer er lei av likelønns-gapet. NSF er kampklar! Regjeringen må lytte til Institutt for samfunnsforskning: «Den enkleste veien til mindre lønnsforskjeller mellom kvinner og menn er antageligvis å gi de kvinnedominerte yrkene høyere lønn».

Samtidig har regjeringen lyttet

fagmiljøet er så lite at de ikke tør. Man er ofte alene om ansvaret, og det er komplekse situasjoner med mange diagnoser.

Tydlig fagledelse som utvikler en forbedringskultur, mastergrad i geriatri med økonomiske incentiver, verdsetting av spesialkompetanse og kommunale fagråd der politikere møter fagpersonell og

å legge frem en stortingsmelding som tar for seg endringer i oppgaver, kompetanse og kapasitet for helsesøstertjenesten. Meldingen må danne grunnlag for å vurdere ressurser, utdanningskapasitet og en fremtidsrettet tjeneste og utdanning. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste bygger opp under en rekke politiske mål som forebygging, utjevning av sosiale ulikheter og bedre oppvekstvilkår.

I en helsetjeneste der tid til pasientene er mangelvare, er det også lite ressurser til å veilede studentene godt nok. Det er kritisk når morgendagens helsepersonell ikke får gode nok praksisstudier. NSF krever derfor utvikling av akkreditering og godkjenning av praksissteder for å sikre kvaliteten. Skikkethetsvurdering og begrenset politiattest har kommet på plass. Det er vi fornøyd med.

NSF som organisasjon og våre tillitsvalgte skal være tydelige, modige og stolte.

Vi skal være tydelige sykepleiere som forankret i eget fag og fagetikk skal delta i debattene og være profesjonelle aktører på alle nivå i helsetjenesten. Vi skal være profesjonelle og ambisiøse fordi vi vet at vårt arbeid vil påvirke utviklingen fremover.

Det har vært et privilegium å lede Norsk Sykepleierforbund gjennom ni år, og jeg er stolt av å kunne overlevere en veldrevet organisasjon som er i god stand til å møte morgendagens utfordringer.

Takk for meg!

Bente G. H. Slaatten

Bente G. H. Slaatten



SLUTT: Bente Slaatten på åpningsfesten for landsmøtet.

til vårt råd. De satser på flere årsverk med økt kompetanse til helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må målene om økning i sykepleieårsverk økes betydelig for å dekke dagens og morgendagens økte behov. Det innebærer 20 000 nye sykepleieårsverk innen 2015 dersom regjeringen for alvor skal løfte kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.

En undersøkelse NSF Student gjennomførte viser at bare 2,2 prosent av sykepleierstudentene ønsker seg jobb i eldreomsorgen. Selv begrunner de det med at

får direkte tilbakemeldinger om utfordringer i helse- og omsorgstjenesten - dette er noen av de nødvendige virkemidlene for å heve kvaliteten i tjenesten!

God sykepleie handler også om å ha nok tid. Sykepleie er mer enn det konkret fysiske. Sykepleie er også - gjennom å observere, samtale og lytte - å bidra til at pasientenes angst og smerte reduseres. Denne omsorgen har helsegivende verdi.

Samtidig er potensialet for forebyggende tjenester betydelig. Jeg utfordrer helseministeren til



Ni råd og krav til helseministeren

Bente G. H. Slaatten overrakte ni råd og krav til en fremtidsrettet helsetjeneste. Her oppsummerer Slaatten de største utfordringene for videreutviklingen av helsetjenesten.

Til tross for at helsetjenestene i Norge er forholdsvis gode, så mener Slaatten det er stort rom for forbedringer. De fleste medlemmer i NSF erfarer selv faglig uforsvarlige situasjoner på arbeidsplassen. Demografiske endringer, vekst i sosiale helseforskjeller og økende forekomst av livsstilssykdommer krever en fremsynt helsepolitikk som tilpasser kompetanse, samhandling, tilbud og kapasitet til samfunnet.

Sammenheng og helhet

Hjemmesykepleien og sykehjemmene må tydelig defineres som del av helsetjenesten med direkte, formalisert og løpende samhandling med spesialisthelsetjenesten, og, der det er naturlig, med fastlege.

Kampen om arbeidskraften

Mer enn 5000 sykepleiere ønsker seg jobb et annet sted enn i kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Det blir økende kamp om arbeidskraften i årene som kommer. Helsetjenestene må bli mer attraktive arbeidsgivere.

Forebygging lønner seg

Det er økende antall barn og unge med kronisk sykdom som

astma og diabetes, overvektsproblematikk og psykiske lidelser. Helsesøstermangelen er økende. Problemstillingen må analyseres i en stortingsmelding.

Prioriter eller finansier

Regjeringen vil øke pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, men bevilgningene henger ikke sammen med ambisjonene. Enten må det mer penger på bordet, eller så må regjeringen prioritere bort noen av sykehuse-nes oppgaver.

Helseforetakene likelønnsverstinger

Det er intet mindre enn en skandale at de statlige helseforetakene er en likelønnsversting. Helseforetakene er lønnsledende for mannsdominerte kompetansenivåer, men vesentlig dårligere når det gjelder kvinneledende grupper.

Pasientsikkerhet og varsling

Svært mange helsepersonell varsler ikke om uønskede hendelser eller nesten-hendelser, oftest på grunn av frykt for sanksjoner. Vi må regne med at rundt hver tiende pasient utsettes for uønskede hendelser. Norge må lære av blant annet Danmark, og

innføre et nasjonalt system for anonym rapportering.

Godt arbeidsmiljø

Det er et paradoks at personellet som skal helbrede, pleie og rehabilitere syke mennesker selv blir syke av arbeidsmiljøet de jobber i. For å kunne yte gode helsetjenester til befolkningen, må de ansatte sikres en god arbeidssituasjon og et godt arbeidsmiljø.

Økt innsatsen for syke eldre

Utviklingstrekkene i kommunenes helse- og omsorgstjeneste peker på et økt kompetansebehov. Det er et suksesskriterium at Kompetanseløftet tydeligere rettes mot personell med høyere utdanning.

Kunnskap og kompetanse

Helsetjenesten må være en god arbeidsgiver for å sikre tilgang på kompetent arbeidskraft. Lønn er viktig, men holder ikke alene. Heltidsstillinger til de som ønsker det, gode arbeidstidsordninger, samt tid til undervisning, forskning og veiledning er andre viktige forutsetninger for å lykkes.

NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/ sistenytt og les mer.

Varsler et smertefullt tariffoppgjør

– Vårens tariffoppgjør blir smertefullt dersom det ikke kommer konkrete resultater! Våre medlemmer er lei av likelønns-gapet. NSF er kampklar! sa forbundsleder Bente G. H. Slaatten da hun åpnet Norsk Sykepleierforbunds landsmøte.

Hver tredje mann vil avstå fra lønstilllegg

Ifølge en fersk spørreundersøkelse fra TNS Gallup er hver tredje mann villig til å avstå fra lønstilllegg dersom pengene brukes til å løfte kvinners lønn. – Jeg er imponert over viljen til å bidra, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Marie Aakre fikk St. Olavs Orden

Under åpningsseremonien til Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 6. november ble Marie Aakre utnevnt til ridder av 1. klasse i St. Olavs Orden.

5 000 sykepleiere vil ut av helsetjenestene

Hele 5 000 sykepleiere vil søke seg ny jobb utenfor sykehus eller kommunehelsetjeneste. – Arbeidsgiverne i helsetjenestene må realitetsorientere seg raskt. Kampen om arbeidskraften øker, sier forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, Bente G. H. Slaatten.

Støtter finsk lønnskamp

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) har vedtatt en støtteerklæring til finske sykepleieres lønnskamp.

Søsterhjem på 1950-tallet.



HJEMMEKOS: I årene etter krigen var det fortsatt en selvfølge at sykepleiere bodde på sykehusene. Bilde fra Haukeland Søsterhjem, Bergen.

Drømmen om eget værelse

Til langt ut på 1950-tallet bodde sykepleiere som arbeidet på sykehus på institusjonen. De fikk kost og losji som en del av lønnen. Som arbeidskraft tilhørte de organisasjoner og institusjoner hvor de hadde fått sin utdanning. Mulighetene for å flytte på seg var begrenset, og økonomien ga liten anledning til å etablere seg med egen bolig.

Utover på 1950-tallet løsnet grepet. Fri konkurranse på arbeidsmarkedet førte til at organisasjonene ikke lengre kunne kontrollere og disiplinere arbeidstakerne som før. For sykepleierne betydde konkurranse større frihet til å velge arbeid, men kunne på den andre siden innebære tap av tilhørighet og trygghet. Yrkesrollen, som i mye hadde liknet en familierolle, var på vei til å bli en

vanlig arbeidstakerrolle.

Innføringen av prinsippet om bruttolønn ga sykepleierne større muligheter til å etablere egen bolig, utenfor institusjonene.

Men majoriteten av sykepleierne arbeidet på sykehus, og det var fremdeles vanlig at de bodde i institusjonen og hadde kost der. Forskjellen var at nå ble kost og losji betalt av bruttolønnen.

Eget værelse ble værende en drøm for mange sykepleiere til langt ut på 1950-tallet. I en overenskomst mellom Norsk Sykepleierforbund og Norges By- og Herredsforbund fra den tiden ble det blant annet fastsatt boligsatser for de tilfeller der tre sykepleiere delte værelse.

tekst **Bjørn Arild Østby** foto **Billedsamlingen, Universitetet i Bergen**

Lederskifte i fødselsregisteret

Stein Emil Vollset har tatt over som leder ved Medisinsk fødselsregister (MFR) etter Lorentz Irgens som har ledet fødselsregisteret de siste 25 årene.

Vollset er utdannet lege med doktorgrad i biostatistikk, og han er professor ved Universitetet i Bergen.

Helsedirektoratet opprettet MFR i 1967, og bakgrunnen var den verdensomfattende thalidomidekatastrofen der et antatt ufarlig sovemiddel førte til at mer enn 10 000 barn ble født med alvorlige misdannelser i armer og ben. I 2002 ble det en egen institusjon og inkludert i Folkehelseinstituttet.

Pris for forskning på leddgikt



Foto: Lars-Erik Vollebæk

Overlege **Anne Grimstvedt Kvalvik** ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatisesykehus har fått Helse Vest sin pris for sitt forskningsarbeid rundt behandlingsprosessen og utkommet for pasienter med leddgikt.

Ruland medlem av ACMI

Forskningssjef og professor Cornelia Ruland ved Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning er valgt inn i American College of Medical Informatics (ACMI). Denne prestisjetunge anerkjennelsen tildeles personer som over lengre tid har gjort betydelige bidrag til fagfeltet medisinsk informatikk. Ruland er den første norske forskeren som er blitt medlem av dette kollegiet.



Foto: Rikshospitalet/Thea Tønnessen

Ny fagdirektør i Helse Nord

Avdelingsleder **Jan Norum** ved kreftavdelingen på Universitetssykehuset i Nord-Norge er ansatt som ny fagdirektør i Helse Nord. Norum er cand. med og spesialist i onkologi fra Universitetet i Tromsø. Han har også vært sentral i etableringen av stråleterapitilbudet ved Nordlandssykehuset i Bodø.



Foto: Lars-Erik Vollebæk

Internasjonale priser

Helsesøster og seniorrådgiver ved nasjonalt kompetansesenter for amming, **Elisabeth Tuft** ved Rikshospitalet, vant sammen med sykepleier Nina Lindeberg, pris for poster på en stor internasjonal ammekonferanse i San Diego i USA.

Levitra® virker raskt, og øker parets seksuelle livskvalitet^{1,2}

10-07-0383 NO

Levitra virker raskt:

På **10 minutter** for noen menn og innen 25 minutter for de fleste.¹



Referanser:

1. Montorsi F et al. J Sex Med 2004; 1:168-178.
2. Fisher et al. J Sex Med 2005; 2:699-708

Når paret ønsker at kjærligheten ikke trenger å vente.



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

 **LEVITRA®**
(VARDENAFIL HCI)

Se godkjent preparatomtale på side 84

Løsningen er i boks!

Nå introduserer vi en praktisk boks med Antibac våtservietter for overflatedesinfeksjon.

Produktet inneholder de samme virkestoffene som Antibac overflatedesinfeksjon på flaske.

Det er gjennomført grundige tester som viser at serviettene gir samme effekt på bakterier, virus og sopp som den flytende desinfeksjons-spriten.

Boksen inneholder 150 våtservietter som er biologisk nedbrytbare. Alkoholøsningen tilfredsstiller EN 1276 og EN 1650 kravene og serviettene er CE-merket.

Vi tar renhet på alvor.



Kemetyl

Kemetyl Norge AS
tlf. 64 98 08 01.

