



Gir barna lystgass mot smerter

Ny metode. Emre (13)
gruet seg til spinalpunksjon
– men følte han var i en drøm. **26**

● **Hva skjer**
Trener bort
pillene. **18**

● **Sykepleie**
Trykkammer mot sår
og stråleskader. **56**

● **Påfyll**
Vil rope ut hva
sykepleie er. **68**

● **Meninger**
Tett på
Helene Sandvig. **82**

INTRODUCING
ISENTRESS® 600 mg
 (raltegravir, MSD)

**DOSING: 2 TABLETS (2x600mg)
 ONCE DAILY^{1,a,b}**



Isentress® 600 mg (i 3 forskjellige kombinasjoner) er anbefalt av Sykehusinnkjøp HF divisjon legemidler (LIS), dersom Rezolsta® (i 3 forskjellige kombinasjoner) ikke kan brukes.²

Hvis ikke førstevalg kan brukes, skal rangeringen under «annen tilgjengelig behandling» følges. Dersom rimeligste alternativ ikke kan brukes av medisinske årsaker, skal det begrunnes i pasientens journal. LIS-HIV avtalen gjelder i perioden 01.09.2018 – 01.09.2019 – med opsjon til forlengelse til 01.09.2020.²

Indikasjoner: ISENTRESS 600 mg filmdrasjerte tabletter er indisert i kombinasjon med andre antiretrovirale legemidler til behandling av HIV-1-infeksjon (humant immunsviktivirus) hos voksne og pediatriske pasienter som veier minst 40 kg.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighet: Forsiktighet bør utvises ved bruk hos pasienter med depresjon eller psykiatrisk lidelse i anamnesen. Raltegravir bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Raltegravir brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt myopati eller rabdomyolyse, eller som har andre predisponerende faktorer. Seponer raltegravir og eventuelle andre mistenkte virkestoffer umiddelbart dersom tegn eller symptomer på alvorlige hudreaksjoner eller overfølsomhetsreaksjoner oppstår.

Interaksjoner: Samtidig administrering med Atazanavir, Tipranavir/ritonavir, kalsiumkarbonat, antacida med aluminium eller magnesium, eller sterke indukere av legemiddelmetaboliserende enzymer (f.eks. rifampicin) er ikke anbefalt.

Før forskrivning av ISENTRESS, se preparatomtalen

Referanser:

- Isentress SPC juni 2018, avsnitt 4.1, 4.2 og 4.4.
 - The 400 mg tablet should not be used to administer 1200 mg once daily.
 - Raltegravir has a relatively low genetic barrier to resistance. Therefore, whenever possible, raltegravir should be administered with two other active ARTs to minimise the potential for virological failure and the development of resistance.
- LIS-HIV avtale i perioden 01.09.2018 – 01.09.2019 <https://sykehusinnkjop.no/nyheter/hiv-anbefalinger-offentliggjort>, lest 20.09.18.



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen,
 Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10.

Copyright © 2018 MSD (Norge) AS. All rights reserved. INFC-1260310-0006 09/18

Isentress® 600 mg
 raltegravir, MSD

Isentress «MSD»

Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05A X08

C TABLETTER, filmdrasjerte 400 mg og 600 mg: Hver tablett inneholder: Raltegravirkalium 400 mg, resp. 600 mg, laktose og hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt, sort og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **TYGGETABLETTER 25 mg og 100 mg:** Hver tyggetablett inneholder: Raltegravirkalium 25 mg, resp. 100 mg, fruktose, fenylalanin, sorbitol, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gult jernoksid (E 172). 100 mg: Rødt og gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Tyggetabletter 25 mg og 100 mg og tablett 400 mg: I kombinasjon med andre antiretrovirale legemidler til behandling av hiv-1-infeksjon (humant immunsviktvirus). Tablett 600 mg: I kombinasjon med andre antiretrovirale legemidler til behandling av hiv-1-infeksjon hos voksne og barn >40 kg. **Dosering:** Behandling bør initieres av lege med erfaring i behandling av hiv-infeksjon. Bør brukes i kombinasjon med annen aktiv antiretroviral behandling (ART). **Tablett 400 mg: Voksne og barn ≥25 kg:** Anbefalt dose er 400 mg 2 ganger daglig. **Tablett 600 mg: Voksne og barn ≥40 kg:** Anbefalt dose er 1200 mg (2 tablett 600 mg) 1 gang daglig hos behandlingsnaive eller virologisk suppresserte pasienter på et initialt regime med 400 mg 2 ganger daglig. Tablett 400 mg bør ikke brukes til å administrere 1200 mg 1 gang daglig. **Tyggetabletter: Barn >11 kg:** Vektbasert dosering basert på ca. 6 mg/kg/dose 2 ganger daglig. Maks. dose er 300 mg 2 ganger daglig.

Kroppsvækt (kg)	Dose	Antall tyggetabletter
11-<14	80 mg 2 ganger daglig	3 x 25 mg 2 ganger daglig
14-<20	100 mg 2 ganger daglig	1 x 100 mg 2 ganger daglig
20-<28	150 mg 2 ganger daglig	1½ x 100 mg ¹ 2 ganger daglig
28-<40	200 mg 2 ganger daglig	2 x 100 mg 2 ganger daglig
≥40	300 mg 2 ganger daglig	3 x 100 mg 2 ganger daglig

¹100 mg tyggetablett kan deles i 2 like 50 mg doser. Bør likevel unngås om mulig.

Formuleringene har ulik farmakokinetisk profil. Tyggetablettene må ikke erstattes med 400 mg eller 600 mg tabletter. Tyggetablettene er ikke undersøkt hos hiv-infiserte ungdom eller voksne. Dosen bør justeres ettersom barnet vokser. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Sikkerhet og effekt ved underliggende alvorlige leversykdommer er ikke fastlagt. Bør derfor brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig. **Barn:** Sikkerhet og effekt ikke fastlagt hos premature (<37. svangerskapsuke) og nyfødte med lav fødselsvekt (<2000 g). Ingen data tilgjengelig. Tablett 600 mg bør ikke brukes til barn <40 kg. **Eldre:** Begrenset informasjon, bør brukes med forsiktighet. **Administrering:** Tablett: Usikkert hvilken effekt mat har på absorpsjonen. Tas med eller uten mat. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses eller deles. **Tyggetabletter:** Tas med eller uten mat. Kan deles, men anbefales ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Informer pasientene om at aktuell ART ikke helbreder hiv, og at det ikke er vist at den hindrer hiv-overføring til andre via blod eller seksuell kontakt. Hensiktsmessige forholdsregler må fortsatt tas. Genetisk resistensbarriere er relativt lav. Skal derfor gis sammen med 2 andre aktive ART-1-indusere (f.eks. rifampicin), se Interaksjoner. Brukes med forsiktighet ved tidligere myopati eller rabdomyolyse eller andre predisponerende faktorer, f.eks. samtidig bruk av andre legemidler forbundet med disse tilstandene. Osteonekrose kan forekomme, og pasienten bør rådes til å kontakte lege ved leddeverk og smerte, leddstivhet eller bevegelsesproblemer. Hos hiv-infiserte med alvorlig immunsvikt ved oppstart av antiretroviral kombinasjonsbehandling, kan det oppstå en inflammatorisk reaksjon på asymptomatiske eller gjenværende opportunistiske patogener. Alvorlige kliniske tilstander eller forverring av symptomene sees vanligvis i løpet av de første ukene/månedene etter behandlingsstart. Eks. er cytomegalovirusretinit, generaliserte og/eller fokale mykobakterielle infeksjoner og pneumoni forårsaket av *Pneumocystis jiroveci* (tidligere *P. carinii*). Alle symptomer på inflammasjon bør evalueres, og behandling initieres ved behov. Autoimmune sykdommer (som Graves sykdom) er rapportert i forbindelse med immun reaktivering. Tidspunktet for når disse hendelsene inntreffer er imidlertid mer variabelt, og slike reaksjoner kan oppstå flere måneder etter behandlingsstart. Samtidig bruk av raltegravir og antacidia med aluminium og/eller magnesium er ikke anbefalt, se Interaksjoner. Alvorlige, potensielt livstruende og dødelige hudreaksjoner, inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse, er rapportert, i de fleste tilfeller samtidig med andre legemidler som er forbundet med disse reaksjonene. Overfølsomhetsreaksjoner karakterisert av utslett, konstitusjonelle funn og enkelte ganger nedsatt organfunksjon, inkl. leversvikt, er også rapportert. Dersom tegn eller symptomer på alvorlige hudreaksjoner eller overfølsomhetsreaksjoner oppstår (inkl. men ikke begrenset til, alvorlig utslett eller utslett med feber, generell sykdomsfølelse, utmattelse, smerter i muskler eller ledd, bløtmer, munnsår, konjunktivitt, ansiktssvulst, hepatitt, eosinofili, angioødem), skal Isentress og ev. andre mistenkte virkestoffer seponeres. Klinisk status, inkl. lever aminotransferaser, bør monitoreres og egnet behandling igangsettes. Forsinket seponering etter utvikling av alvorlig utslett kan føre til en livstruende situasjon. Utslett forekommer hyppigere med raltegravir og darunavir enn med enkeltkomponentene alene hos tidligere behandlede pasienter. **Hjelpstoffer:** Tablettene inneholder laktose, og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Tyggetablettene inneholder fruktose og sorbitol, og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse. **Biljøring og bruk av maskiner:** Svimmelhet er rapportert hos noen pasienter hvor raltegravir er en del av behandlingsregimet, og kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J05A X08. Interaksjonsstudier er kun utført hos voksne. **400 mg tablett og tyggetabletter:** Raltegravir metaboliseres primært via UGT1A1, og forsiktighet utvises ved samtidig bruk av potente UGT1A1-induktorer (f.eks. rifampicin). Rifampicin reduserer plasmakonsentrasjonen av raltegravir, men virkningen på raltegravireffekten er ukjent. Hvis samtidig bruk med rifampicin ikke kan unngås, kan dobling av raltegravirdosen vurderes hos voksne. Det finnes ingen data som kan veilede ved behandling med raltegravir sammen med rifampicin hos pasienter <18 år. Påvirkningen på UGT1A1 av andre potente enzyminduktører, som fenitoin og fenobarbital, er ukjent. Andre mindre potente induktører (f.eks. efavirenz, nevirapin, etravirin, rifabutin, glukokortikoider, johannesurt (prikkerperikum), pioglitazon) kan brukes uten justering av raltegravirdosen. Samtidig bruk av kjente potente UGT1A1-hemmere (f.eks. atazanavir) kan øke plasmakonsentrasjonene av raltegravir. Ingen dosejustering kreves ved samtidig bruk av atazanavir. Samtidig bruk med antacidia som inneholder divalente metallkationer, kan redusere raltegravirabsorpsjonen ved chelatdannelse, med redusert plasmamåling av raltegravir. Hvis antacidia tas med aluminium/magnesium innen 6 timer etter raltegravir-administrering, reduseres plasmamåling av raltegravir signifikant. Samtidig bruk er derfor ikke anbefalt. **600 mg tablett:** Samtidig bruk av 1200 mg raltegravir med rifampicin er ikke anbefalt, da det kan gi redusert bunnivå av raltegravir i plasma. Påvirkningen på UGT1A1 av andre potente enzyminduktører, som fenitoin og fenobarbital, er ukjent. Samtidig bruk av 1200 mg raltegravir 1 gang daglig med fenitoin eller fenobarbital anbefales ikke. Andre mindre potente induktører (f.eks. efavirenz, nevirapin, etravirin, rifabutin, glukokortikoider, johannesurt (prikkerperi-

kum), pioglitazon) kan brukes uten justering av raltegravirdosen. Samtidig bruk av kjente potente UGT1A1-hemmere (f.eks. atazanavir) kan øke plasmakonsentrasjonene av raltegravir. Samtidig bruk av 1200 mg raltegravir 1 gang daglig og atazanavir anbefales ikke. Samtidig bruk av 1200 mg raltegravir 1 gang daglig med aluminium/magnesium- og kalsiumkarbonatholdige antacidia vil sannsynligvis gi klinisk signifikant reduksjon i plasmakonsentrasjonen til raltegravir. Samtidig bruk av aluminium-/magnesium- og kalsiumkarbonatholdige antacidia med 1200 mg raltegravir 1 gang daglig anbefales ikke. Samtidig bruk av raltegravir og tipranavir/ritonavir kan gi redusert bunnivå av raltegravir i plasma og anbefales ikke. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Bør ikke brukes. Utilstrekkelige data. Reproduksjonstoksiske effekter er vist hos dyr. Mulig human risiko er ukjent. For å overvåke det materielle/føtale utfallet hos pasienter som ved en feiltagelse fikk raltegravir under graviditeten, er det etablert et antiretroviral graviditetsregister. Leger oppfordres til å registrere pasientene i dette registeret. **Amming:** Overgang i morsmelk ukjent. Det er vist utskillelse av raltegravir/metabolitter i melk hos dyr. Risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Pasienter som bruker raltegravir skal ikke amme. Generelt anbefales det at mødre med hiv-infeksjon ikke ammer, for å hindre hiv-overføring. **Fertilitet:** Ingen effekt sett på fertilitet hos hann- eller hunnrotter ved doser opptil 600 mg/kg/dag, som gir 3 ganger høyere eksponering enn ved anbefalt human dose. **Bivirkninger:** **Vanlige** ($\geq 1/100$ til $<1/10$): Gastrointestinale: Oppblåst mage, abdominalmerter, diaré, dyspepsi, kvalme, oppkast. **Hud:** Utslett. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine, psykomotorisk hyperaktivitet. Undersøkelser: Økt ALAT, atypiske lymfocytter, økt ASAT, økte triglyserider i blodet, økt lipase, økt nivå av pankreasamylase i blodet. Psykiske: Unormale drømmer, insomni, mareritt, unormal oppførsel, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Asteni, fatigue, pyreksi. **Mindre vanlige** ($\geq 1/1000$ til $<1/100$): **Hud:** Anemi, jermangelanemi, smerter i lymfeknuter, lymfadenopati, nøytropeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastritt, ubehag i abdomen, smerter i øvre del av abdomen, ømhet i abdomen, anorektalt ubehag, obstipasjon, munntørhet, ubehag i epigastriet, eroderende duodenitt, sure oppstøt, gastroesofageal reflukssykdom, gingivitt, glossitt, smerter ved svelging, akutt pankreatitt, peptisk ulcer, rektal blødning. **Hjerte/kard:** Palpitasjoner, sinusbradykardi, ventrikulære ekstrasystoler, hestetokter, hypertensjon. **Hud:** Akne, alopeci, aknelignende dermatitt, tørr hud, erytem, avmagring i ansiktet, hyperhidrose, lipoatrofi, ervervet lipodystrofi, liphypertrofi, svette om natten, prurigo, pruritt, generell pruritt, makulært utslett, makulopapulært utslett, kløende utslett, hudlesjoner, urticaria, xeroderma, Stevens-Johnsons syndrom, legemiddel-indusert utslett med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS). **Immunsystem:** Immurrekonstitusjonssyndrom, overfølsomhet for legemidler, overfølsomhet. Infeksiøse: Genital herpes, follikulitt, gastroenteritt, herpes simplex, herpes virus-infeksjon, herpes zoster, influensa, abscesser i lymfeknutene, molluscum contagiosum, nasofaryngitt, øvre luftveitsinfeksjoner. **Kjønnsganer/bryst:** Erekttil dysfunksjon, gynekomasti, menopausale symptomer. **Lever/galle:** Hepatitt, fettavløring i leveren, skrumplever, leversvikt. **Luftveier:** Dystoni, neseseblødning, nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artritt, ryggmerter, flanksmerter, muskel-skjelettsmerter, myalgia, smerter i halsen, osteopeni, smerter i ekstremitetene, tendonitt, rabdomyolyse. Neurologiske: Amnesi, karpalt tunnelssyndrom, kognitive forstyrrelser, konsentrasjonsforstyrrelser, postural svimmelhet, smakstørrelser, hypersomni, hypostesi, letargi, hukommelsesforstyrrelser, migrene, perifer nevropati, parestesi, smolnolens, spenningshodepine, tremor, døgnet søvnkvalitet. **Nyre/urinveier:** Nyresvikt, nefritt, nyresten, nokturi, nyrecyste, redusert nyrefunksjon, tubulointerstitiell nefritt. **Psykiske:** Mental sykdom, selvmordforsøk, angst, forvirringstilstander, suicidalt tanker, depresjon, alvorlig depresjon, middels insomni, humørsvingninger, panikkanfall, søvnforstyrrelser, sekundære tanker, suicidal oppførsel (spesielt hos pasienter med psykisk sykdom i anamnesen). **Stoffskifte/ernæring:** Kakeksi, diabetes mellitus, dyslipidemi, hyperkolesterolemi, hyperglykemi, hyperlipidemi, hyperfagi, økt appetitt, polydipsi, unormalt kroppsvev. **Svulster/cyster:** Papillomer i huden. **Undersøkelser:** Redusert absolutt antall nøytrofile, økt alkalisk fosfatase, redusert albumin i blodet. **Økte blodverdier av:** Amylase, bilirubin, kolesterol, kreatinin, glukose, urea-nitrogen, kreatinfosfokinase. **Økt fastende blodsukker, glukose i urinen, økt HDL, økt INR, økt LDL, redusert antall blodplater, positiv test for blod i urinen, økt livvidde, vektøkning, redusert antall hvite blodlegemer.** Øre: Tinnitus. Øye: Svekket syn. Øvrige: Utisikket overdose, ubehag i brystet, frysninger, ansiktssvulst, økt fettvev, nervøs skjelving, utilpasshet, submandibular oppsamling, perifert ødem, smerte. **Overdosering/Forgiftning: Behandling:** Ingen spesifikk informasjon om behandling av overdosering. Støttende standardtiltak som f.eks. fjerning av ikke-absorberte legemidler fra mage-tarmkanalen, klinisk monitorering (inkl. EKG) og ev. støttende behandling bør iverksettes. Det bør tas med i vurderingen at raltegravir foreligger som kaliumsalt. Ukjent i hvilken grad raltegravir kan dialyseres. Se **Giftnormens anbefalinger:** J05A X08. **Egenskaper: Klassifisering:** Integrasehemmer. **Virkningsmekanisme:** Hindrer integrase fra å overføre virus-DNA, og er aktiv mot hiv-1. Hemmer katalytisk aktivitet av integrase, et hiv-kodet enzym nødvendig for virusreplikasjon. Integrasehemming hindrer kovalent integrering av hiv-genomet i vertscellens genom. Hiv-genom som ikke integreres, kan ikke styre produksjonen av nye infeksiøse viruspartikler, og hemming av integrasjonen hindrer derfor spredning av virusinfeksjonen. De fleste virusisolatene fra pasienter som ikke responderer på raltegravir, har høy grad av raltegravirresistens pga. ≥ 2 mutasjoner i integrase. Mutasjoner som medfører raltegravirresistens fører vanligvis til resistens mot integrasehemmeren elvitegravir. Mutasjoner på aminosyre 143 fører til større resistens mot raltegravir enn elvitegravir, og E92Q-mutasjoner fører til større resistens mot elvitegravir enn raltegravir. Virus som skuler en mutasjon på aminosyre 148 i tillegg til en eller flere andre resistensmutasjoner mot raltegravir, kan også medføre klinisk signifikant resistens mot dolutegravir. **Absorpsjon:** T_{max} ca. 3 timer etter en enkeltdose hos fastende, friske frivillige. AUC og C_{max} øker doseproposjonalt i doseringsområdet 100-1600 mg. C_{12h} øker doseproposjonalt i doseringsområdet 100-800 mg og øker noe mindre enn doseproposjonalt i doseringsområdet 100-1600 mg. Doseproposjonaliteten er ikke fastlagt hos pasienter. Dosering 2 ganger daglig gir farmakokinetisk steady state til de 2 første behandlingsdagene. Betydelig farmakokinetisk variasjon. Mat ser ut til å øke farmakokinetisk variabilitet. Liten til ingen akkumulering i AUC og C_{max} men tegn på svak akkumulering i C_{12h} . Store inter- og intraindividuelle variasjoner i C_{12h} som kan skyldes forskjeller i samtidig administrering av mat og andre legemidler. Absolutt biotilgjengelighet er ikke fastslått. Farmakokinetikken hos barn er ikke fastslått. Alder har ingen klinisk betydning på farmakokinetikk i aldersgruppen 16-71 år. **Proteinbinding:** Ca. 83% bundet til humant plasmprotein i konsentrasjonsområdet 2-10 μM . **Fordeling:** Går raskt over i placenta hos rotter, men penetrerer ikke hjernen i merkbart grad. **Halveringstid:** Tilsynelatende terminal $t_{1/2}$ er ca. 9 timer, men er kortere α -fase $t_{1/2}$ (-1 time) som står for mye av AUC. **Metabolisme:** Raltegravir utgjør ca. 70% i plasma, resten er raltegravirglukuronid. UGT1A1-medierte glukuronidering til raltegravirglukuronid er viktigste clearancemekanismen. Ingen dosejustering er antatt nødvendig ved redusert UGT1A1 pga. genetisk polymorfisme. **Utskillelse:** Ca. 51% og 32% av dosen finnes i hhv. feces og urin. I feces er kun raltegravir til stede; det meste er sannsynligvis derivert fra hydrolyse av raltegravirglukuronid utskilt i galle. Raltegravir og raltegravirglukuronid er påvist i urinen og står for hhv. ca. 9% og 23% av dosen. Det er ukjent i hvilken grad raltegravir kan dialyseres, og dosering for et dialyseøkt bør unngås. **Pakninger og priser: TABLETTER, filmdrasjerte: 400 mg 60 stk. (boks) kr 6785,10, 600 mg 60 stk. (boks) kr 6878,40. TYGGETABLETTER: 25 mg 60 stk. (boks) kr 2251,20, 100 mg 60 stk. (boks) kr 2251,20.**

Sist endret: 28.06.2018

Refusjonsberettiget bruk: Refusjon skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for HIV og føring fra RHFLIS spesialistgruppe. **Vilkår:** 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalsespesialist. 222 En blå resept kan ekspederes med H-resept som hjemmel hvis resepten er forskrevet før legemidlet ble overført til H-reseptordningen.



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

Indikasjon:

Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.

Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose brukes over kortest mulig tid.

Bivirkninger:

- Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Hodepine, magesmerter, vaginal blødning, utfloed og vaginalt ubehag.
- Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Kvalme, hetetokter, hypertensjon, utslett, vulvovaginal mykotisk infeksjon, økt vekt.

Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme, koronar arteriell sykdom og iskemisk slag.

Advarsler og forsiktighetsregler:

Risiko kontra nytte vurderes grundig minst en gang pr. år og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen.

Kontraindikasjoner:

- Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer
- Udiagnostisert genitalblødning
- Ubehandlet endometriehyperplasi
- Tidligere, eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme)
- Kjente trombofile sykdommer
- Aktiv, eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina eller hjerteinfarkt)
- Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert
- Porfyri

Referanser: 1. Sturdew DJ & Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13(6):509–522 2. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, et al. The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. *Journal of women's health* 2015;24(9):713–722 3. R.E. Nappi & M. M Kokot-Kierepa, (2012) Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA)—results from an international survey, *Climacteric*, 15(1): 36–44, DOI: 10.3109/13697137.2011.647840 4. Vagifem® 10 µg SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.8 og 5.2 (sist oppdatert 26.05.2017) 5. Dugal R, Hesla K, Sordal T, et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estradiol vaginal gels for treatment of vaginal atrophy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(4):293–297 6. Simon J, Nachtigall L, Gut R, et al. Effective treatment of vaginal atrophy with an ultra-low-dose estradiol vaginal tablet. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):1053–1060. 7. Hosseinzadeh, P. Ghahiri, A. Daneshmand, F. et al. A comparative study of vaginal estrogen cream and sustained-release estradiol vaginal tablet (Vagifem) in the treatment of atrophic vaginitis in Isfahan, Iran in 2010–2012. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2015 Dec; 20(12) 1160–1165

C Vagifem 10 µg «Novo Nordisk»

Østrogen.

ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETT 10 µg: Hver vaginaltablett inneholder: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 10 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Filmrasjert.

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Dosering: Lokal østrogenbehandling. **Startdose:** 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Behandlingen skal startes på en hvilken som helst passende dag. **Vedlikeholdsdose:** 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. **Uteglemt dose:** Hvis en dose glemmes, bør den tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. **Generelt:** Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør lavest effektiv dose brukes over kortest mulig tid. Vagifem er til lokal vaginal behandling, og hos kvinner med intakt uterus er gestagenbehandling ikke nødvendig. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Vaginale infeksjoner bør behandles før behandling med Vagifem starter.

Administrering: Føres inn i skjeden vha. applikator. Følg nøye bruksanvisning som beskrevet i pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente, tidligere eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel eller antitrombinmangel). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Ved behandling av postmenopausale symptomer bør hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst 1 gang pr. år, og HRT bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en østrogen klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) skal foretas før behandling initieres eller gjeninsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp rutinemessig. Kvinnen bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. egnede billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis og tilpasses den enkelte. Data viser at det er svært lav systemisk absorpsjon av østradiol under behandling, men siden Vagifem er et HRT-preparat er det imidlertid nødvendig å ta følgende tilstander i betraktning, spesielt ved langtidsbehandling eller ved gjenopptatt behandling. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekomsten tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges nøye opp: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiasis, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Residiv eller forverring av tilstandene nevnt over er mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrænelignende hodepine og graviditet. Fordi preparatet er et lokalt virkende lavdose østradiolpreparat, er forekomsten av tilstandene nevnt under mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling: *Endometriehyperplasi og karsinomer:* Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger er ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes spesielt nøye for å utelukke mulig hyperstimulerings/malignitet av endometriet før behandlingsoppstart. Langtidsbehandling med østrogen alene ved intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinomer. Under behandling kan det hos noen pasienter forekomme en liten grad av systemisk absorpsjon, spesielt i løpet av de første 2 ukene med administrering 1 gang daglig. Endometrioserisiko øker ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginal administrert østrogen er ukjent. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenopptas, evalueres minst 1 gang pr. år, spesielt med henblikk på alle mulige symptomer på endometriehyperplasi eller karsinomer. Østrogen substituering bør ikke forskrives i >1 år uten at ny legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. Ved blødning eller sporblødning under behandlingen bør årsaken utredes. Dette kan inkludere endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. Kvinnen bør rådes til å kontakte legen ved blødning eller sporblødning. Stimulering med østrogen alene kan føre til premalign eller malign transformasjon i gjenstående endometrievev. Det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bruk hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, spesielt hvis det er kjent at de har rester igjen av endometriose. *Brystkreft:* Bevis tyder på en økt risiko for brystkreft ved inntak av kombinert østrogen-gestagen, og muligens også østrogen gitt alene ved HRT, og at denne er avhengig av varigheten av HRT. En studie viste ingen økt risiko for brystkreft hos hysterektomerte kvinner som brukte østrogen alene HRT, andre studier viste en svakt økt risiko som var vesentlig lavere enn den som er funnet hos brukere av østrogen-gestagen HRT. Den økte risikoen blir tydelig innenfor få års bruk, men går tilbake til baseline innen få år (maks. 5 år) etter avsluttet behandling. Det er uklart om det er en sammenheng mellom risiko for å få brystkreft og lokal vaginal behandling med lav dose østrogen. HRT, spesielt østrogen-gestagen kombinasjonsbehandling, øker tetheten på mammografiene, noe som kan ha negativ påvirkning på den radiologiske påvisningen av brystkreft. *Ovariekreft:* Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko hos kvinner som bruker HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter at behandlingen er avsluttet. Noen andre studier antyder at bruk av kombinasjons-HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. Det er uklart om det er sammenheng mellom ovariekreft og lokal vaginal behandling med lav dose østrogen. *Venøs tromboembolisme:* HRT er forbundet med en høyere risiko (1,3–3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av et slikt tilfelle er mer sannsynlig i det 1. året av behandlingen. Pasienter med kjente trombofile tilstander har en økt risiko for VTE, og HRT kan øke denne risikoen ytterligere, HRT er derfor kontraindisert hos disse. Det er uklart om det er sammenheng mellom venøs tromboembolisme og lokal vaginal behandling med lav dose østrogen. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, anbefales det å stoppe HRT-behandlingen midlertidig i 4–6 uker før ingrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert igjen. HRT er kontraindisert ved familiær trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller hvis det foreligger en alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-mangel, protein S-mangel, protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter). For kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling kreves det grundig vurdering av nytte/risiko ved bruk av HRT. Pasienten bør informeres om å kontakte lege umiddelbart ved mulige symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). *Koronar arteriesykdom:* Det foreligger ingen bevis fra studier mht. beskyttelse mot hjerteinfarkt hos kvinner med eller uten eksisterende koronar arteriell sykdom som fikk kombinerte østrogen-gestagen HRT eller HRT med østrogen alene. Data har ikke vist noen økt risiko for koronar arteriell sykdom hos hysterektomerte kvinner som behandles med østrogen alene. *Iskemisk slag:* Kombinert østrogen-gestagen og behandling med østrogen alene er forbundet med en opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Den relative risiko forandres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er likevel svært aldersavhengig, og den totale risiko for slag ved bruk av HRT vil øke med alderen. Det er uklart om det er noen sammenheng mellom iskemisk slag og lokal vaginal behandling med lav dose østrogen. *Andre tilstander:* Østrogen kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor følges opp nøye. Kvinner med pre-eksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Sammenhengen mellom pre-eksisterende hypertriglyseridemi og lokal vaginal behandling med lav dose østrogen er ukjent. Østrogen øker tyroindbindingen globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt tyroideahormon. Opptak av T₃ resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TBG. Konsentrasjonene av fritt T₄ og fritt T₃ er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/rein substrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplasmin). Den minimale systemiske absorpsjonen av østradiol ved lokal vaginal administrasjon resulterer sannsynligvis i mindre uttalt effekt på plasmabindende proteiner enn systemiske hormoner. Bruk av HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Det er noe evidens for økt risiko for sannsynlig demens hos kvinner som starter behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. Intravaginal applikator kan forårsake et mindre alvorlig lokalt traume, spesielt hos kvinner med sterk uttalt vaginal atrofi. Det er begrenset med evidens vedrørende risikoen knyttet til HRT i behandlingen av premenopausal menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan likevel balansen av nytte og risiko være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre kvinner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bør interaksjonsanalyse. Da østrogenet i preparatet blir administrert vaginalt og pga. de lave nivåer østradiol som frigis, er det usannsynlig at det vil forekomme klinisk relevante interaksjoner med andre legemidler. Imidlertid kan metabolismen av østrogen økes ved samtidig inntak av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt CYP450-enzymene. Ritonavir og nelfinavir har induserende virkning på steroider. Urtepreparater inneholdende johannesurt (prickperikum) kan inducere metabolismen av østrogen. **Graviditet, amning og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amning. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter. Kjønnsgener/bryst: Vaginal blødning, utfloed, vaginalt ubehag. Neurologiske: Hodepine. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Kvalme, Hjerterkar: Hetetokter, hypertensjon. Hud: Utslett. Infeksiøse: Vulvovaginal mykotisk infeksjon. Undersøkelser: Økt vekt. Etter markedsføring: Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandlingen: Svært sjeldne ($< 1/10000$): Gastrointestinale: Diaré. Hjerterkar: Dyp venetrombose. Hud: Urticaria, erytematøs utslett, kløende utslett, genital pruritus. Immunsystemet: Systemisk hypersensitivitet/reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). Kjønnsgener/bryst: Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginisme, vaginal ulcerasjon. Neurologiske: Forverret migræne. Psykiske: Insomni. Stofskifte/ernæring: Væskeretensjon. Svulster/cyster: Brystkreft, endometriekreft. Undersøkelser: Vektøkning, økt østrogenivå i blod. Øvrige: Uvirkomt legemiddel. Bivirkninger i forbindelse med systemisk østrogenbehandling, det er ukjent hvordan disse gjelder lokal behandling: Hjerterfarkt, kongestiv hjertesykdom, slag, gallegalblærsykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, økt størrelse av fibroider, epilepsi, lidoforstyrrelser, forverring av astma, mulig demens >65 år. Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme, koronar arteriell sykdom og iskemisk slag: Risikoestimatene er fra systemisk behandling og det er ikke kjent hvordan disse gjelder lokal behandling. Se SPC vedrørende risikoestimer for endometriekreft. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C på [www.felleskatalogen.no](#).

Egenskaper: *Klassifisering:* Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. *Virkningsmekanisme:* Substituerer redusert østrogenproduksjon. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogen øker antall overflateceller og intermediale celler og reduserer antall basalceller i vaginalt uttrykk. Østrogen opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakterieflora. *Absorpsjon:* Absorberes godt gjennom hud, slimhinne og mage-tarmkanal. First pass-metabolisme unngås ved vaginal administrering. *Metabolisme:* Hovedsakelig i leveren til sulfat- og glukuronidkonjugater. *Utskillelse:* Via urin.

Pakninger og priser: 24 stk. (blister) kr 266,60.

Sist endret: 20.06.2017 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 26.05.2017 **Pris per september 2018**



Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
NO 918 229 353 MVA

Kundeservice tel.: 22 18 50 51
kundeservice-norge@novonordisk.com
www.novonordisk.no



SNAKK MED KVINNER I MENOPAUSAL ALDER OM SYMPTOMER PÅ OVERGANGSALDER

Vaginal atrofi rammer omtrent halvparten av alle postmenopausale kvinner, som følge av at østrogenproduksjonen avtar^{1,2}

30% av norske kvinner med vaginal atrofi har ikke vært hos legen med sine problemer³



NOA/F0718/0076 September 2018

Vagifem® 10 µg

Indikasjon: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.⁴



Lokalbehandling
med lav systemisk
absorpsjon⁴

Lindrer plagsomme
symptomer som tørrhet, kløe,
sårhet, smertefull vannlatning
og smerter ved samleie⁶

Gir mindre lekkasje
enn vagitorier^{**} og er
mer hygienisk i bruk
enn kremer^{***5,7}

* I en 12 ukers studie så man at gjennomsnittlig plasma konsentrasjoner av østradiol forble innenfor normalt postmenopausalt nivå for alle personer behandlet med Vagifem® 10 µg.

** Andel kvinner som rapporterte lekkasje i en studie: 6% versus 65%, P ≤ 0.0001. *** Andel kvinner som rapporterte hygieniske problemer i en studie: 0% versus 23%, P < 0.001.



PRODUKTER MED **PVC** SKADER MILJØET

Coloplast har lang erfaring med miljøvennlige produktløsninger. SpeediCath® engangskatetre er et av dem. SpeediCath® har et bredt sortiment og er tilpasset brukernes behov.

PVC er en forkortelse for polyvinylklorid eller vinyl. Omtrent halvparten av alt plastforbruk inneholder PVC. PVC er et avfallsproblem fordi det inneholder store mengder klor, som igjen lager andre farlige miljøgifter.

Vil du vite mer?

Se www.coloplast.no eller ta kontakt på telefon 22 57 50 00.



Innhold



09 | 2018 Sykepleien

Utgivelsesdato: 13. desember

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Forsidefoto: Nina Hernæs



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 12** Streiken ble avbrutt ved tvungen lønnsnemnd
- 16** I nyhetene: Sykepleieren som sa opp
- 17** Resertifiseres i Røyken
- 18** Trener bort pillene, sammen med legen
- 26** Lystgass til barn kutter smertene
- 32** Eksklusive «helsebrødre»



Gir opp sykepleien. **16**



Sykepleie

- 38** Forskning med brukarar kan gi forbetra kvalitet på kols-tenester
- 43** Min jobb: Lærer nyfødte å spise hjemme
- 44** Forskerintervju: Mor og rusavhengig
- 50** Studenter med norsk som andrespråk mangler nødvendige språkferdigheter
- 54** Etik: Når hjelpere krenker
- 56** Trykkammer kan tilhele sår



Vitamin D påvirker tarmen. **46**



Påfyll

- 66** Dikt og bokomtaler
- 67** Liv laga: Til salgs for en kyllingbaguette
- 68** Forfatterintervju: Christie Watson
- 70** Bokanmeldelser
- 71** I bokhylla mi: Anlaug Selstø
- 72** Fakta: Keisersnitt
- 74** Quiz og kryssord



Tok keisersnitt på døde. **72**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By om sykepleierløftet
- 77** Tove Aminda Hanssen om mangel på stipendiater
- 78** Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen om å kunne bruke forskning
- 80** Minneord: Erik Bårdseng
- 82** Tett på Helene Sandvig



Skulle vært sintere. **82**

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Nyhetsredaktør:** Kjell Petter Eidsten tlf: 22043359

Journalister: Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik, Eli Smedstad.

Sykepleien Forskning: Tove Aminda Hanssen, Signe Marie Flåt. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum, Eivind Solfjell.

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

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk: Sörmlands Grafiska





Vi lever i et online-samfunn der vi forventer å få dekket de fleste av våre behov gjennom noen tastetrykk. Den utviklingen tar tidsskriftet Sykepleien nå konsekvensen av.

Sykepleien i den nye medievirkeligheten



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Sykepleien i 2019

På papir:
6 temautgivelser

På sykepleien.no:

- Daglige nyheter
- 2 nye fagartikler i uka
- 3 nye forskningsartikler i måneden
- 250 debatt- og kommentarartikler i året

H ittil i år har 1,8 millioner unike pc-, mobil- og nettbrettbrukere vært innom sykepleien.no. Det har gitt 6,5 millioner sidevisninger på nyhetsartikler, fag- og forskningsartikler og debattinnlegg – et formidabelt tall når man tenker på hvor mange sykepleiere Norge egentlig har.

En betydelig del av den daglige digitale trafikken kommer via teasere på Sykepleiens Facebook-side, men et økende antall besøk kommer fra lesere som søker på nett etter bestemte nøkkelord, eller ved at de går direkte inn på vår nettside for å se om det er blitt publisert noe nytt og interessant der.

Hvem kunne ha tenkt seg det for bare 10–15 år siden?

FELLES IDENTITET

Tidsskriftet Sykepleien har gjennom sin over 100 år lange historie bestandig vært et populært medlemstilbud. Bladet har bidratt til dannelsen av en felles sykepleieridentitet. Mens forbundet vokste, ble bladet en del av limet som holdt medlemmene sammen.

Sykepleien har betydd mye for mange gjennom tidene, men måten tidsskriftet er blitt utformet på, har endret seg hele tiden. Lenge var det et tørt meldingsblad der ledelsen i NSF meddelte seg til «folket». Profesjonaliseringen av arbeidet med tidsskriftet på 60- og 70-tallet banet veien for innføringen av prinsippet om redaksjonell uavhengighet. Med den fulgte en økende stab med profesjonelle redaktører, journalistutdannede medarbeidere og smarte formgivere.

Antallet årlige utgivelser utviklet seg i takt med økonomien, fra noen tynne lefser før krigen til telefonkatalogaktige utgaver mange ganger i året på 80- og 90-tallet.

PÅ EGNE PREMISSE

På slutten av 90-tallet var Sykepleien blant de tidsskriftene som var langt fremme i utviklingen av egne nettsider. Men det gikk flere år før sykepleien.no ble gjort til et medium som opererte på egne premisser. Lenge ble sykepleiere sett på som en yrkesgruppe som sverget til papir, ikke hadde tilgang til pc på jobben og som vegret seg mot å ta i bruk digitalt verktøy hjemme. For de spesielt digitalt interesserte «kopierte» redaksjonen bladartikler til nettet.

Det ble det slutt på da alle plutselig fikk smarttelefon, bredbånd og nettilgang overalt. Samfunnet – ikke bare mediene – ble gjennomdigitalisert. Det førte også til endrede medievaner hos Sykepleiens målgruppe.

SOM FOLK FLEST

Sykepleiere viste seg å ikke være så annerledes enn folk flest. De klikket på artikler som trigget, lot seg lokke av bestemte ord og avsluttet lesningen så fort det ble for mye bla-bla. Mens redaksjonen ofte må basere seg på antakelser om hvor godt papirbladet egentlig blir lest, lyver den digitale atferden aldri. Noen artikler blir lest på nett, mens andre ikke blir det. Selv antallet sekunder leserne er innom en artikkel, blir registrert. Slik kan redaksjonen bygge på lesernes faktiske atferd når de lager nettsidene, slik at de best mulig møter lesernes behov.

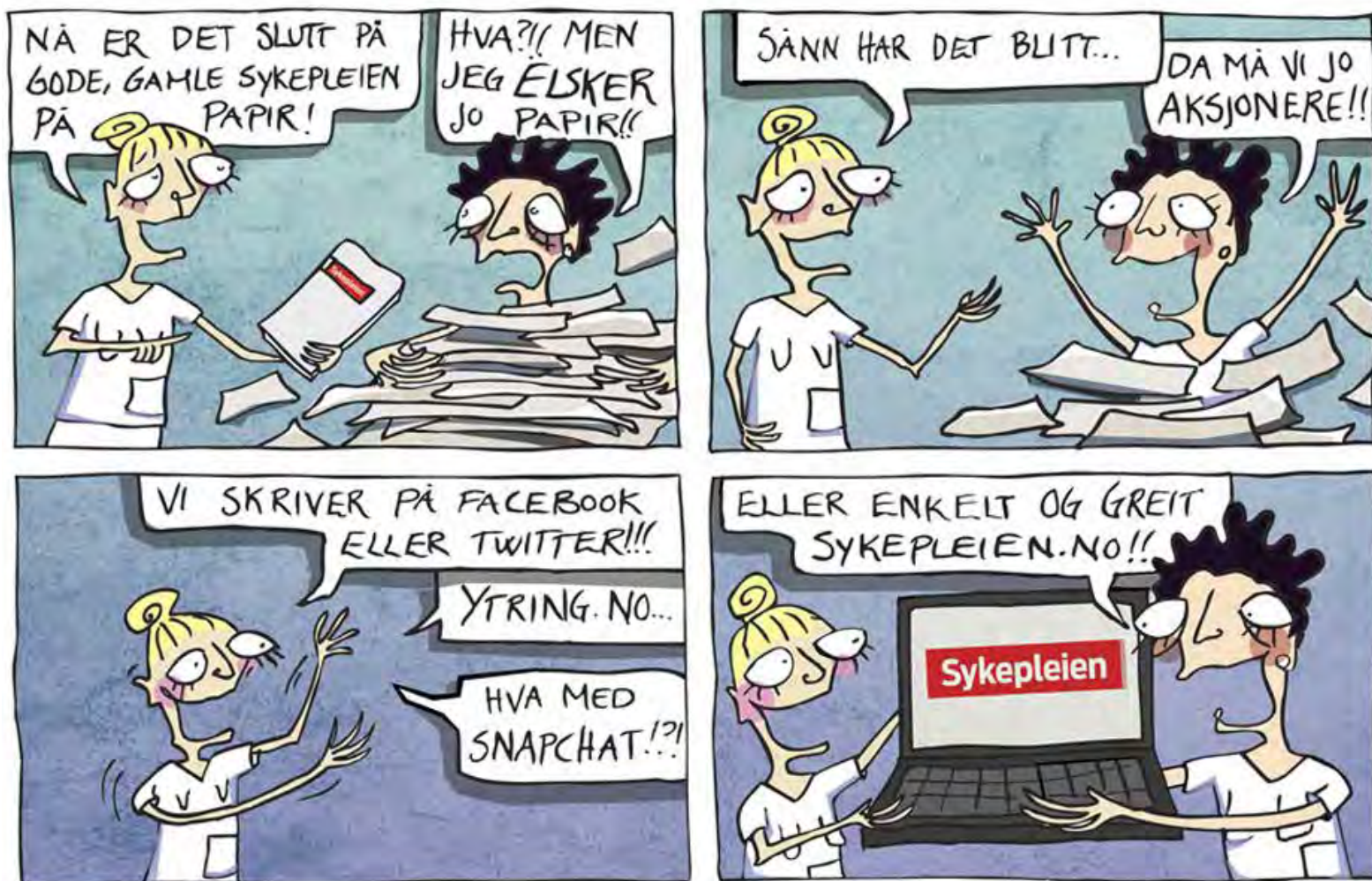
Det synes på trafikken på sykepleien.no. På tre–fire år er antallet besøkende blitt tredoblet, og utviklingen ser ut til å akselerere. Med rundt 500 000 besøk på en god måned har sykepleien.no for lengst passert papirbladets rekkevidde og nedslagsfelt.

REVOLUSJON

Det er en misforståelse å tro at den digitale revolusjonen i samfunnet bare går ut på at folk nå leser på skjerm det de tidligere leste på papir. Hele samfunnet har endret seg som følge av digitaliseringen. Særlig merkbart er det med tanke på den offentlige debatten. En melding på Twitter om natta kan gi hovedoppslaget på NRKs morgensending, og en statusoppdatering på Facebook kan felle statsråder.

Siden Sykepleien også tar mål av seg å sette dagsordenen i debatter som berører sykepleiere, er det maktpåliggende at vi er der de fleste leserne er: på nett.

Alt innhold som redaksjonen produserer, blir i dag umiddelbart publisert på sykepleien.no. Nettpubliserte artikler kommer derfor raskere frem til leserne enn tidligere bladartikler, mens de ennå er ferske og kan bidra til å skape interesse og oppmerksomhet. Men også lesere som ikke føler at de trenger daglig påfyll, kan nyte stort av Sykepleiens digitale satsing. De trenger ikke lenger grave seg ned i kjelleren for å finne et blad de kanskje ikke har kastet, og som



Illustrasjon: Marie Rundereim

kanskje en gang hadde en fagartikkel om noe de var interessert i. Nå finner de artikkelen i løpet av sekunder på sin mobil eller pc.

UT OG HOGGE NED EN SKOG

Sykepleien slutter ikke helt med papir. Men papirutgaven du mottar i posten, vil endre form og karakter. Helt siden 70-tallet har det ordinære magasinet presentert en lett blanding av artikler om litt av hvert, i et fasttømt format. Men den tiden at ferske artikler blir distribuert ved at en skog i Finland blir hogget ned, sendt til et trykkeri i Sverige for å bli påført trykksverte, og sendt til 110 000 postkasser ved hjelp av posten – den tiden er snart forbi. Som regel har da mange allerede lest artiklene på nett.

LANG LEVETID

Sykepleien produserer i dag mer innhold enn noen gang før, men distribusjonen av innholdet skal fra 2019 foregå på den måten som gir mest effekt. I stedet for å bruke den tungvinte papirdistribusjonen til artikler som fort enten blir utdatert eller vanskelig å finne tilbake til, skal papir fra nå av kun brukes til innhold med lang levetid. Skal vi forsvare den dyre og miljømessig belastende papirdistribusjonen, må redaksjonen bruke den til å

lage bedre produkter som ikke havner i søppelkassa etter kort tid.

I stedet for stoff om litt av hvert, slik vi hittil har gjort, vil medlemmene neste år kun få større, gjennomarbeidede tema-utgivelser i sin postkasse, under vignetten #Sykepleien. Vi har allerede eksperimentert med slike utgivelser en stund, under



«Den digitale revolusjonen går ikke bare ut på at folk nå leser på skjerm det de tidligere leste på papir.»

logoen #Sykepleien. I år har vi utgitt temaer om angst- og sove-medisiner, om isolasjon i helsetjenesten og om senskader etter kreft. Responsen på disse har vært svært bra: Ni av ti medlemmer i NSF har ønsket seg flere slike tematiserte utgivelser.

Det vil de nå få. #Sykepleien-utgavene vil fra gang til gang variere i form og format. Noen ganger vil de overraske eller provosere, andre ganger vil de kunne inspirere til faglig fordykning. Forhåpentligvis vil de også bidra til større debatt i samfunnet om temaer som opptar sykepleiere. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Hva har du skrevet om meg?

Dette heftet inneholder enkel og lettfattelig informasjon om journaler og epikrise til både helsearbeidere, pasienter og pårørende. Det er med flere eksempler fra hverdags situasjoner, og det er også informasjon om hvilke klagemuligheter man har.

Helsepersonell er pålagt å føre journal på alle pasienter de er i kontakt med, og å sende epikriser etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Journaler og epikriser er nødvendige for å gi pasienten god helsehjelp i fremtiden – helsepersonell trenger ofte å vite om tidligere sykdom for å gi forsvarlig behandling. Journaler er også nødvendige for pasientens rettsikkerhet – hvis det ikke finnes noen opplysninger om behandlingen, blir det umulig å sjekke om behandlingen var forsvarlig, og det blir også vanskelig å nå frem med en klage.



Besøk www.erfaringskompetanse.no og kjøp heftet i vår nettbutikk. Pris: 75,-.



erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 09 | 2018

Nyhet – Reportasje – Tema



TRIVELIG OG SOSIALT: Ole Kjærnes (nærmest) trener fire ganger i uka, to av dem med legene. Foto: Eivor Hofstad

Kutter ut pillene

Trening. I Åsgårdstrand trener legene sammen med pasientene, og medisinerbruken går ned. **18**



Vakte oppsikt. Sykepleieren som sa opp. **16**



Bare elleve menn er helse-søster. Sykepleien har intervjuet dem alle. **32**



Tvungen lønnsnemnd. Etter en måned og lockout-varsel ble streiken avbrutt. **12**



For første gang har det blitt varslet lockout i helsevesenet.

Varsel om tvungen lønnsnemnd avbrøt streiken

• Tekst Marit Fonn, Kari Anne Dolonen og NTB

Jeg er veldig skuffa og lei meg. Jeg er irritert på NHO som velger et såpass drastisk tiltak, sa Tonje Nestegjerde (bildet) til sykepleien.no etter at lockoutvarselet fra NHO Service og Handel ble kjent 15. november.

Dette ville da utestenge 501 sykepleiere i 65 private bedrifter.

Det er første gangen lockout varsles i en arbeidskonflikt i helsevesenet. Det satte sinnene i kok blant de streikende og streikeledelsen.

På dette tidspunktet hadde 55 sykepleiere på pasienthotell og rehabiliteringsinstitusjoner streiket i nesten tre uker.

FRA OKTOBER

Sykepleierne ble tatt ut i streik den 25. oktober, etter at forhandlingene mellom Norsk Sykepleierforbund (NSF) og NHO Service og Handel strandet 20. september.

NSF stilte krav om at sykepleierne som jobber i de private bedriftene som er medlemmer i NHO, får like lønns- og arbeidsvilkår som sykepleierne i det offentlige.

– Det viktige for oss var at sykepleierne i NHO-området også skal sikres minstelønn på samme nivå uansett hvor de jobber, sa forbundsleder Eli Gunhild By til Sykepleien da streiken var et faktum.

– De må ha rettigheter som gjør at de står i jobben sin, og et lønnsnivå som gjør at sykepleiere

kan rekrutteres og beholdes, sa NSF-lederen.

Dette var kravene fra NSF:

- en minimumslønn på 500 000 kroner for sykepleiere med 10 års ansiennitet, fra 2019
- lønnsstige med 10-årstrinn og 16-årstrinn som i KS
- en bedre sykkelønsordning

– USKYLDIGE BLIR RAMMET

NHO mente de strakk seg svært langt for å unngå streik. Sigbjørn Mygland, direktør for arbeidsliv i NHO Service og Handel, mente NSF opptrådte uansvarlig, og at uskyldige ble rammet:

– Flere av bedriftene som rammes av streiken, driver tverrfaglig

«NSF skyver nå syke og behandlingstrendene foran seg.»
Sigbjørn Mygland, NHO

rehabilitering av mennesker som er i en sårbar situasjon. De fortjener ikke en ytterligere påkjenning. NSF skyver nå syke og behandlingstrendene foran seg i et forsøk på å oppnå betydelig mer enn det alle andre grupper har sagt ja til i årets lønnsoppgjør, uttalte Mygland på nettsiden til NHO Service og Handel.

Mygland sa at Sykepleierforbundet i løpet av meklingsen fikk tilbud

om et bedre oppgjør enn det privat sektor for øvrig har fått.

– Det er derfor vanskelig å forstå at NSF likevel velger å gå ut i streik, sa Mygland.

Ifølge en pressemelding fra NHO Service og Handel er dette – ordrett sitert – det NSF sa nei til under meklingsen:

- Sykepleierne fikk tilbud om et like godt økonomisk oppgjør som NHO tidligere i år ble enige med 230 000 medlemmer i LO og YS om i det samordnede oppgjøret.
 - I tillegg fikk de tilbud om at alle sykepleiere i NHO-bedrifter med minst 10 års ansiennitet i lokaloppgjørene skal løftes til samme nivå som sykepleiere det for øvrig er naturlig å sammenlikne seg med.
 - På toppen av dette tilbød NHO et nytt trinn på ansiennitetsstigen på 10 år, der satsene skal avtales ved neste hovedoppgjør.
- NSF mente at ved å gi disse opplysningene brøt NHO taushetsplikten som man har under forhandlingene.

REGJERINGEN GREP INN

20. november, dagen før utestengelsen av sykepleierne skulle tre i kraft, ble det ikke uventet varslet tvungen lønnsnemnd. Arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie (H) sa at hun ikke hadde noe annet valg enn å avbryte sykepleierstreiken.

Fakta ●●●

Konflikten mellom NSF og NHO:

20. september er det brudd i forhandlingene mellom Norsk Sykepleierforbund (NSF) og NHO Service og Handel.

19. oktober varsler NSF om plassfratredelse for 56 sykepleiere.

25. oktober er 55 sykepleiere på pasienthotell og rehabiliteringsinstitusjoner i streik.

15. november varsler NHO om lockout av 501 sykepleiere i 65 NHO-virksomheter fra 20. november.

16. november påpekte NSF formfeil ved lockoutvarselet. NHO utsatte lockoutvarselet til å gjelde fra 21. november.

20. november stopper regjeringen konflikten med tvungen lønnsnemnd.

Her har det vært streik:

- Åstveit Helsecenter AS, Hordaland
- Eurest Haukeland pasienthotell AS, Hordaland
- Eurest Zefyr pasienthotell AS, Nordland
- Eurest Ullevål pasienthotell AS, Oslo
- Godthaab Helse og Rehabilitering, Akershus
- Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS, Troms
- Ringen Rehabiliteringssenter AS, Hedmark

Hun viste til at Helsetilsynet har konkludert med at det vil være umiddelbar fare for liv og helse dersom NHOs varslede lockout hadde blitt iverksatt.

Hauglie understreket at hun var lite fornøyd med at ansvaret for konsekvensene av konflikten ble skjøvet over på regjeringen. Det er partene selv som i utgangspunktet er ansvarlige for å finne en løsning, påpekte hun.

TJENER 440 000 ETTER 20 ÅR

Linn Trehag var en av de 55 streikende som Sykepleien intervjuet under streiken. Hun jobber på Eurerst pasienthotell på Haukeland sykehus.

– Hva syns du om at streiken er avblåst med tvungen lønnsnemnd?

– Det var vel forventet at det gikk den veien. Men jeg er ikke glad, sier Trehag.

Hun tror ikke sykepleierne har vunnet så mye på å streike.

– Slik det endte, viser at vi ikke har reell streikerett. Men det fungerte for NHO, det var jo det de ville da de varslet lockout for så mange. Det vil de vel gjøre igjen, hvis det blir ny streik, spør Trehag.

– Hva venter du av Rikslønnsnemnda, som nå skal avgjøre resultatet?

– Resultatet pleier vel å bli arbeidsgivers siste tilbud, er det ikke sånn det er? Jeg har ikke vært i streik før, sier Linn Trehag.

Trehag har en årsinntekt på 440 000 kroner. Hun har 20 års ansiennitet.

BREV TIL OSLO-MEDLEMMER

Også i Oslo er sykepleierne svært misfornøyd med hvordan konflikten har blitt løst.

– Nå har NHO presset oss over til å forhandle lønn for hvert enkelt medlem. Det vi gjør nå, er å skrive brev til våre medlemmer i NHO. Det er over 200, sier fylkeslederen i Norsk Sykepleierforbund Oslo, Line Orlund.

NSF vil med dette fortelle hvert enkelt medlem hva de ville tjent på å begynne å jobbe i sykehjemsetaten i Oslo. Hun kaller det en lønnsopplysningskampanje.



I STREIK FOR FØRSTE GANG: Tonje Nestegjerde (25) var en av sykepleierne som streiket på pasienthotellet på Ullevål sykehus i Oslo. Her er hun i lokalene til Norsk Sykepleierforbund, der hun ble intervjuet. Foto: Marit Fonn

NSF-LEDEREN: – TRIST

Ifølge en pressemelding som kom etter møtet med arbeidsministeren, der partene fikk meddelt at regjeringen ville gripe inn, sa NSF-leder Eli Gunhild By dette:

«Nå har NHO presset oss over til å forhandle lønn for hvert enkelt medlem.»

Line Orlund,
NSF Oslo

– Det er trist at en rettferdig kamp for de lavest betalte sykepleierne i landet skal ende med tvungen lønnsnemnd.

– Vi forstår at myndighetene måtte overta det ansvaret for innbyggernes liv og helse som NHO viste

at de ikke var i stand til å ta. Men vi håper at arbeidsministeren er forbannet på NHO som i praksis tvang regjeringen til å innføre tvungen lønnsnemnd, sa By.

ETTERSPILET

Arbeids- og sosialdepartementet opplyste til Sykepleien at regjeringen kort tid etter varselet om tvungen lønnsnemnd sender en lovproposisjon om tvungen lønnsnemnd til Stortinget. Arbeids- og sosialkomiteens innstilling til denne kom 6. desember, med forholdsvis krasse merknader fra opposisjonen. SVs representant i komiteen, Eirik Faret Sakariassen, skriver følgende:

– Dette medlem vil understreke at det å benytte plassfratredelse (lockout) i en ellers oversiktlig streikesituasjon bidrar til å svekke arbeidstakernes rett til å streike. Ved å benytte et så drastisk virkemiddel som lockout var det liten tvil om at konflikten ville føre til umiddelbar fare for liv og helse.

Forbundsleder i NSF, Eli Gunhild

By, er fornøyd med at det nå blir satt søkelys på dette fra politikerne på Stortinget:

– Den klare meldingen fra ILO (International Labour Organization, red.anm.) om at Norge må rydde opp, har ligget på arbeidsministerens bord siden 2014 uten at noe har skjedd. Nå fikk vi se konsekvensene gjennom konflikten med NHO Service og Handel. De var ikke innstilt på å ta det ansvaret for liv og helse som NSF hele tiden tok på største alvor gjennom konflikten, sier By.

Hun mener sykepleierne i denne situasjonen i realiteten ble fratatt streikeretten.

Neste skritt er nå at Stortinget bestemmer når saken skal behandles. Når Stortinget har vedtatt loven, går oppdraget til Rikslønnsnemnda. Nemnda vil da kunne innkalle til møte. Partene gis cirka fire uker til å komme med skriftlig innlegg.

På møtet vil kjennelsen avgis. Den er bindende for begge parter. ●

Referanser:

1. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1> (04.07.2018)
2. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (07.06.2018).
3. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (07.06.2018).
4. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (07.06.2018).
5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (07.06.2018).
6. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (07.06.2018).

▼ **Xultophy «Novo Nordisk»**

C **Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.**

ATC-nr.: A10A E56

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneholder** 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosetrinn. 1 dosetrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosetrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Glemte dose:** Anbefales ikke gå i snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. **Streng glukosekontroll** anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra basalinsulin:** Behandling med basalinsulin skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra behandling med basalinsulin er anbefalt startdose 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. **Streng glukosekontroll** anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Som tillegg til orale glukosesenkende legemidler:** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetiskbehandling. Anbefalt startdose er 10 dosetrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre >65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargelos skal ikke brukes. Preparat som har vært froset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosetrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosetrinn. Dosetelleren viser antall dosetrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderampullen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tettenål, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivt behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemiafall. **Hypoglykemi:** Utilstrekkelig dosering og/eller avbrøytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hypoglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativt diabetesbehandling blir fulgt. **Annens samtidig sykdom, især infeksjoner,** kan føre til hypoglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. **Administrering av hurtigvirkende insulin** bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. **Ubehandlete hypoglykemiske tilfeller** fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardialet symptom. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akkutt pankreatitt:** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke bør preparatet seponeres. Bekreftede akutte pankreatitt, bør behandling ikke gjenopptas. **Thyreoidea:** Thyreoideabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom. Preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Felmedisinering:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsikket forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosetrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. **Betablokkere** kan maskere symptomer på hypoglykemi. **Oktreotid/lanreotid** kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. **Alkohol** kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: **Antidiabetika,** MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: **Orale antikoagulantia,** tiiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. **Farmakokinetiske interaksjonsstudier** viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. **Hypoglykemi** er observert ved bruk av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. *Dyrestudier* med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. *Dyrestudier* med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. **Human risiko** er ukjent. *Amming:* Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amming pga. manglende erfaring. *Insulin degludec* utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. *Dyrestudier* har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. *Prekliniske studier* med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekst hos diende rotter. *Fertilitet:* Ingen klinisk erfaring. *Reproduksjonsstudier* på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet.

Bivirkninger: *Hypoglykemi:* Hyppig rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. *Svært vanlige (>1/10):* Stoffsifte/ernæring: Hypoglykemi. *Vanlige (>1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, obstipasjon, dyspepsi, gastritt, magesmerter, gastroøsofageal reflukssykdom, abdominal distensjon. Stoffsifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. *Øvrige:* Reaksjoner på injeksjonsstedet¹. *Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Gulping/raiping, flatulens. Hud: Hudutslett, kløe, ervervet lipodystrofi². Immunsystemet: Urticaria, overfølsomhet. *Lever/galle:* Gallesten, kolecyttitt. *Stoffsifte/ernæring:* Dehydrering. *Undersøkelser:* Økt hjertefrekvens. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. *Øvrige:* Perifer ødem. ¹ Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeneffal, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall. ² Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling. ³ Inkl. lipohypertrofi, lipofatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen. **Overdosering/Forgiftning:** Begrensede data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftnormasjonsanbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: *Klassifisering:* Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. *Virkningsmekanisme:* Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec binder spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosesenkende effekt av insulin degludec skyldes at oppskottet av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra leveren hemmes. Etter s.c. injeksjon dannes insulin degludec oppløselige multihexamerer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsamt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukosesenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insulin-effekt. **Kardiovaskulær sikkerhet** av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. **Mekanismen med blodglukosesenkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming.** Liraglutid reduserer kroppsvækt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryselementet. Skal ikke fryses. La pennethetten sitte på for å beskytte mot lys. Etter bruk: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennethetten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd. **Pakninger og priser:** 3 × 3 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 1474,80.

Refusjon:

'A10A E56_1Insulin degludec og liraglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225	
		E11	Diabetes mellitus type 2
			225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

Sist endret: 28.06.2018 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 07.06.2018 **Pris per oktober 2018**



changing
diabetes®

Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Xultophy[®] – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept¹

Insulatard[®] (NPH-insulin)

Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard[®] eller andre basalinsuliner?

Overgang til Xultophy[®] fra 20-50 enheter basalinsulin/døgn er undersøkt i klinisk studie²



Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

16 dosetrinn⁴
Xultophy[®]

i kombinasjon med metformin

Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

For bedre glykemisk kontroll³

Xultophy[®] (Insulin degludec + liraglutid)

Xultophy[®]:

1 injeksjon daglig⁴

Kan tas uavhengig av måltid²

1 blodglukosemåling daglig

Juster Xultophy[®]-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost⁴

Se under for refusjonsbetingelser¹



Xultophy[®] er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll²

Indikasjon³

Xultophy[®] er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

Kontraindikasjon⁵

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Refusjonsberettiget bruk¹

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁶

- **Xultophy[®]** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- **Kardiovaskulære sikkerhetsstudier** er gjennomført for insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER) respektivt
- **Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- **Glemte dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- **Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$ brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- **Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning ($\geq 1/10$ brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- **Overføring** til Xultophy[®] fra doser av basalinsulin < 20 og > 50 enheter er ikke undersøkt
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy [®] kan benyttes	Xultophy [®] anbefales ikke
Alder	Voksne, inkludert eldre (≥ 65 år) Hos eldre (≥ 65 år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	Barn/ungdom under 18 år
Nyrefunksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt. Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	Terminal nyresykdom
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild og moderat nedsatt Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	Alvorlig nedsatt

Unngå feilmedisinering.

Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktede forveksling mellom Xultophy[®] og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen før forskrivning av Xultophy[®].



Da Vigdis Jarness Reisæter delte innlegget i sosiale medier, fikk det bein å gå på.

Sykepleieren som sa opp

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Privat**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier som meddelte i sosiale medier at hun sluttet som sykepleier.

Alder: 37 år

Bakgrunn: Vigdis Jarness Reisæter delte 6. november et innlegg på Facebook-siden sin: «Førrige uke sluttet jeg som sykepleier». Innlegget ble delt i hopetall og ble snappet opp av VG, Nettavisen, NRK, P4, Sykepleien og flere lokalaviser.

Hun skrev: «Å aldri strekke til er en tung bær å ta med seg hjem etter endt vakt.» Hun elsker yrket, og tror hun er skikkelig god. Hjertet banker for eldre, og hun er aldeles ikke arbeidssky. Hun trodde hun skulle jobbe i eldreomsorgen til hun ble pensjonist. «Slik ble det ikke», skrev hun.

Innlegget tok skikkelig av?

– Ja, veldig. Ikke i min villeste fantasi hadde jeg trodd at det skulle skje. Det traff tydeligvis en nerve. Vi er mange i samme båt.

Hvorfor delte du saken på Facebook?

– Jeg var så frustrert, måtte bare få det ut. Egentlig var det tiltenkt mine kjære og nære, så fikk det bein å gå på.

Hvor lenge hadde du tenkt før du sa opp?

– Hadde kjent på det i hvert fall ett år. Bestemte meg for at jeg skulle gi sommeren for å se det an, men 1. august sa jeg opp.

Hvor jobbet du?

– Høyås sykehjem i Oppegård. I Akershus.

Er det verre der enn andre steder?

– Min erfaring er at mange sliter med det samme: For lav grunnbemanning, for få fagfolk og en pasientgruppe som bare blir dårligere og dårligere.

Hva nå?

– Jeg har innvilget meg selv noen måneders tenkepause. Jeg er ikke helt sikker på hva jeg skal. Kanskje noe helt annet.

Du har små barn – blir det hjemmejobb?

– Har en datter på seks og en sønn på ti. Jeg skal ikke være hjemmевærende, nei. Men jeg har en snill mann, som gjør det mulig å ta en pause, slik at jeg får fundert over veien videre.

Hva var det verste – den utløsende dråpen?

– Å aldri få gjort jobben skikkelig. Uansett hvor mye jeg løp og hvor effektivt jeg jobbet, var det noe jeg ikke rakk. Alltid noen som ikke fikk den hjelpen de hadde krav på. Jeg hadde konstant dårlig samvittighet og høy puls.

Hva var det du ikke rakk?

– Spesielt var det for lite tid til miljøarbeid. Demente trenger ro. Ofte har vi ikke tid til å sette oss med dem og ender opp med å gi beroligende. Dette strider mot hvordan vi skal jobbe.

Forlater du sykepleieryrket for godt?

– Tror det. Så lenge det ikke er tegn til endring, går jeg ikke tilbake. Det er trist.

Hva med å jobbe på sykehus?

– Tror ikke det er så mye bedre der.

Noe annet du vil si?

– Til tross for dårlige arbeidsvilkår, så skjer det mye fint på sykehjem. Fantastiske sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter lager hverdagsmagi, selv om forholdene ikke er tilrettelagt for det. De som står i det, er helter.

Noe som har gjort ekstra inntrykk?

– Jeg har fått mange meldinger fra frustrerte sykepleiere fra hele landet – og utlandet. De kjenner seg igjen i det jeg beskriver. Det er ikke ålreit at så mange sliter seg ut på jobb.

Hva sier de til deg?

– Mange sier de fikk et spark bak, så de tør å gjøre det samme som jeg. De takker meg fordi jeg tør å sette ord på hva jeg, og de, tenker. Jeg er rørt over den massive støtten.

Tror du flere vil si opp?

– Man skal ikke gå på jobben med klump i magen hver dag. Jeg vet at svært mange sykepleiere har det sånn. Når de som bestemmer, ikke hører etter, er kanskje oppsigelse det skarpeste våpenet man har for å få til endring. Trist, men kanskje nødvendig for at de skal forstå alvorret? ●

marit.fonn@sykepleien.no





– Sykepleie er ferskvare

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

RØYKEN: Alle sykepleierne i hjemmetjenesten i Røyken kommune skal sertifiseres i fem emner. På den måten håper kommunen å få på plass en modell som gir en systematisk kompetanseheving.

– Vi ønsker å ende opp med en sertifiseringsordning innenfor de mest grunnleggende ferdighetene som vi mener alle sykepleiere skal ha, sier prosjektleder Berit Elisabeth Nygård.

For å teste ut modellen er det i første omgang valgt ut fem emner. I løpet av to dager skal sykepleierne få undervisning og gjennomgå praktiske tester.

– Målet er at alle sykepleierne i vår kommune skal være faglig oppdaterte på prosedyrer, og at brukerne skal være trygge på at alle kan det samme, sier Nygård og legger til:

– Sykepleie er ferskvare.

Piloten er utviklet lokalt, men de har kikket litt til England hvor sykepleiere hvert tredje år må gjennom en sertifisering for å kunne jobbe som sykepleier.

Sykepleierne skal få undervisning og testes i blodtrykk, puls, picc-line, midt-line (infusjonskatter), kompresjonsbehandling og behandling av venøse sår.

– Vi bruker lokale krefter til å undervise, sier Nygård.

Men før undervisningsbolken starter, skal deltakerne ta en multiple choice-test.

– Etter teoridelen og øving på praktiske ferdigheter, skal de ta testen en gang til. Det gjør vi for å se om de skårer bedre etter å ha vært igjennom teoriundervisningen og øvingen, sier Nygård.

Deltakerne får ikke vite hvor høy skår de har fått før de er ferdig med hele programmet.

– *Hvorfor har dere valgt akkurat de fem temaene?*

– Det har vi gjort ut fra en kartlegging som ble gjennomført i mars. I tillegg viser Pia Bings forskning at for eksempel blodtrykk og puls er et område som sykepleierne tror de kan mer om enn de faktisk kan, sier Nygård og utdyper:

– Det gjelder for eksempel hvordan kroppens stilling er under målingen og hvilke type mansjett sykepleierne velger.

De andre tre ferdighetene er valgt ut ifra en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle sykepleierne i hjemmetjenesten i starten av prosjektet.

– Dette er områder sykepleierne selv sier de trenger mer oppdatert kompetanse på, sier Nygård.

Våren 2018 testet de ut modellen på noen tilfeldig valgte sykepleiere.

– Resultatene viste at 15 av 29 sykepleiere ikke hadde bestått dersom vi hadde satt 80 prosent rett svar som kriterier for bestått.

Nygård mener derfor det er nyttig med før- og etter-test for å se om det har skjedd en kompetanseheving. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«**Et bilde sier mer enn tusen ord**». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjermer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no



MINDRE DOSE: Sofia Ingebrigtsen har gått ned 23 kilo siden hun ble med på treningsgruppa for fire år siden. Hun spiser sunnere og har redusert legemidlene hun trenger på grunn av diabetes, fra 25 til 10 mg om morgenen og fra 20 til 5 mg om kvelden.



Trener bort pillene

Legene i Åsgårdstrand trener fast med pasientene sine tre dager i uka. Det har ført til at pasientene klarer seg med mindre enn halvparten av legemidlene de tok før.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Lysegule solstråler snitter mellom hvitmalt skipperhus og fjerner effektivt siste rest av hustrig oktober natt. De seks duene som har vaglet seg oppunder takmønet på legekantoret i Åsgårdstrand, begynner så smått å gløtte på øynene. Klokka ti på åtte svinger en hvit varebil inn og parkerer foran den gamle trebygningen.

16 KILO LETTERE

En eldre mann kommer ut, iført blå og rød treningsdrakt. Det er snekkerpensjonist Aage Henrik Johansen, 79 og et halvt år og 16 kilo lettere enn i november i fjor, selv om han spiser akkurat det samme som før.

– Jeg er alltid først. Denne treninga er alle tiders, sier han.

Snart fylles plassen av flere mennesker,

småprat og latter. Gjennomsnittsalderen ser ut til å være 60 pluss. Klokka åtte ankommer en yngre mann, fast i fisken og kledd i sort fra caps til joggesko: fastlege Ole Petter Hjelle.

Han ble kjent som Norges treningslege etter at han og kollegene ved legekantoret startet opp med treningsgrupper for pasientene sine for fire år siden, til tross for motstand fra både helsevesen og politisk hold:

«All ære til dere for det prisverdige prosjektet dere har startet i Åsgårdstrand. Jeg tror allikevel dette faller utenfor arbeidsoppgavene vi ønsker at en fastlege skal ha», lød en e-post Hjelle fikk fra en helsepolitiker.

EN TIME TRE GANGER I UKA

Til slutt kommer helsesekretær Eva Stranna, med pannebånd og et stort





LEDER AN: Aage Hendrik Johansen holder seg først i løypa sammen med Ole Petter Hjelle.



→ smil, løpende ut til gjengen utenfor legekantoret.

– Ok, da starter vi, sier Hjelle.

Aage Hendrik Johansen langer av gårde aller først. Høyrehånda holder han i lomma. Armen ble skadet da den hengte seg fast under et fall fra stigen da han var 74 år gammel. Det førte til at han måtte slutte som snekker. Siden da ble det naturlig nok mindre aktivitet, og kiloene la seg til på kroppen.

Bak ham går de 16 andre i ulikt tempo.

De tre fastlegene ved kontoret har fordelt treningsdagene mellom seg. Hver tirsdag, onsdag og torsdag går de til et åpent område ved sjøen hvor det er en bratt og en litt slakere bakke. Der tar alle flere runder opp og ned i sitt eget tempo og avslutter med styrkeøvelser. Til sammen trener de én time.

Treningen skjer uansett vær under mottoet: «hvorfør være inne når alt håp er ute». Er det for ille, tar de det likevel innendørs i gymsalen på legekantoret.

FÆRRE LEGEMIDLER

Rundt 50 stykker ble med da de startet opp i 2014. Siden den gangen har noen sluttet og andre begynt, men Hjelle og kollegene har fulgt opp de opprinnelige 50 for å se hvordan det går med dem. Flere av dem som sluttet, har fortsatt å trene på egen hånd.

– I starten var det kun én av ti som oppfylte myndighetenes anbefaling om 30 minutter med fysisk aktivitet fem dager i uken. Nå er det sju av ti, forklarer Hjelle.

«Vi må hjelpe pasientene til å omsette tanken på å bli fysisk aktiv til handling. Vi mennesker har en lat hjerne.»

Ole Petter Hjelle, fastlege

Det er ikke bare de ekstra kiloene som forsvinner.

– De har trent bort pillene også. Godt over halvparten av legemidlene er borte nå, forteller Hjelle og ramser opp: Kolesterol senkende statiner, blodfortynnende, antidepressiva og benzodiazepiner er blant det som er fjernet eller har minket i dose.

– Hvor fort forsvant legemidlene?

– Virkningen kom kjapt. Vi snakker uker. Flere fikk for lavt blodtrykk, ble svimle og fikk falltendens, så de måtte vi få vekk fra medisinen tidlig. For de kolesterol senkende midlene tok det litt lengre tid, kanskje to–tre måneder, anslår Hjelle.

Johansen har ennå ikke gått ned i dose på sine piller. Han tar både blodfortynnende og kolesterol senkende.

– Men jeg skal ha en legemiddelgjennomgang

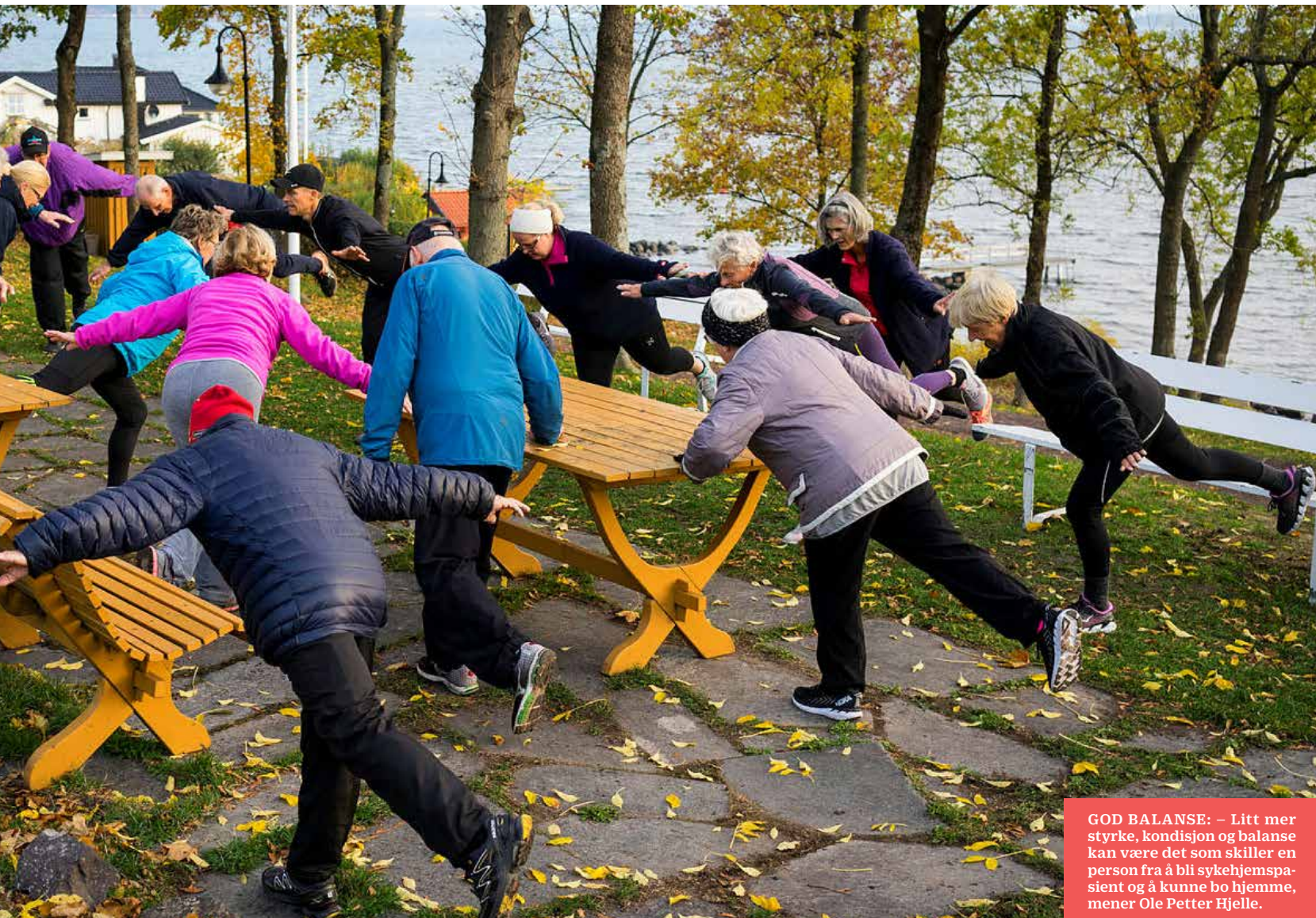
for å se om jeg kanskje skal gå ned i dose nå, sier han.

SVETT OG ANDPUSTEN

Mosjonsgjengen ankommer åstedet for den mer intensive delen av treningen. En byste av Edvard Munch overvåker seansen. Johansen leder fremdeles an og går for seg selv ned til sjøen og opp igjen. Om igjen og om igjen. Noen tar seg pauser og prater litt. Smilene sitter fremdeles løst, selv om pusten nå går fortere. Noen av de yngre småløper opp bakken.

– Hvor hardt må man trene for å få effekt?

– Det er ikke mye som skal til. Å gå en tur med hunden er bra, men det er ikke nok. Trening er når du blir andpusten og svett på ryggen. Det bør du aller helst bli 30 minutter tre til fem ganger i uka.



GOD BALANSE: – Litt mer styrke, kondisjon og balanse kan være det som skiller en person fra å bli sykehjemspasient og å kunne bo hjemme, mener Ole Petter Hjelle.

– Hei, gutter. Dette er ikke noen syklubb, roper Hjelle til to av mennene som heller skravler enn å gjøre dips, en av styrkeøvelsene de avslutter med.

De ler. Den ene forklarer og får legegoddkjent skravlingen.

SER KOGNITIVE EFFEKTER OGSÅ

– Vi har målt oppmerksomhet, hukommelse og livskvalitet hos de 50 som opprinnelig var med, og har fått statistisk signifikante forbedringer, sier Hjelle.

Aage Hendrik Johansen har ikke merket noe til dette, og ikke tror han kona har gjort det, heller. Men han har i utgangspunktet god hukommelse og godt humør.

Hjelle forteller at han har fått blomster fra

noen av konene til mennene som har vært med i treningsgruppa. En av dem skrev på kortet:

«Jeg vet ikke hva dere driver med på mosjonsgruppen, men det er tydelig at det fungerer. En-

«Jeg er alltid først. Denne treninga er alle tiders.»

Aage Hendrik Johansen, pensjonist

delig følger mannen min med når jeg snakker til ham. Takk!»

Hjelle mener hjernen er det organet som har

aller mest nytte av trening, og har nylig skrevet bok om temaet.

– NYTTER IKKE Å BARE SITTE BAK EN PULT OG GIRÅD

Hjelle mener i motsetning til helsepolitikeren med den småsure e-posten at fastleger bør spille en enda viktigere rolle i forebygging av sykdommer enn de gjør i dag. Han bruker en time hver torsdag på dette og får betalt en gruppetakst for inntil sju deltakere, selv om de er mange flere enn sju.

Pasientene betaler det en vanlig legetime koster, men betaler ingenting når frikortgrensen på rundt 2000 kroner er nådd, en grense disse pasientene sannsynligvis likevel ville kommet opp i, siden



mange av dem lider av livsstilssykdommer.

– Vi må hjelpe pasientene til å omsette tanken på å bli fysisk aktiv til handling. Vi mennesker har en lat hjerne. Trikket er å gjøre treningen lystbetont og lavterskel, sier Hjelle.

– VI HAR DET MORO

Her er det ingen pulsmålere eller annet fancy utstyr å se.

– Det kreves motivasjon for å komme seg opp av sofaen, men det krever at det blir en vane for å holde det gående. Vår største suksess er at vi har lyktes med å gjøre treningen til en vane. Dette er gøy og veldig sosialt. De fleste trener mellom tre og fem ganger i uka nå. Det er blitt like naturlig som å pusse tennene.

«Virkingen kom kjapt. Vi snakker uker.» Ole Petter Hjelle, fastlege

Ole Kjærnes puster ekstra tungt i oppoverbakene. Han har kols, men har vært med to ganger i uka i fire år. I tillegg trener han to ganger med fysioterapeut også.

– Det er et veldig samhold her. Vi har det moro. Og noe av det beste er at vi får så god kontakt med legene. Vi kan spørre dem om ting vi lurer på. Jeg bruker å si at jeg har to fastleger, sier han og ler.

Til å begynne med sendte legekantoret tekstmeldinger med påminnelser kvelden før treningsmorgenen. En gang det tekniske streiket og det ikke ble sendt ut noen melding, kom det nesten ingen på trening. Men etter et års tid var vanen innarbeidet, og legekantoret kunne slutte med meldingene.

SKOPPUMS RÅESTE

Aage Hendrik Johansen mener han trengte et spark bak for å komme i gang. Det fikk han av legen.

– Første gang jeg var med, klarte jeg ikke å gå hele oppoverbakken uten å stoppe. Jeg var helt ferdig etterpå og kastet opp, forteller han.

– Hvordan klarte du å motivere deg sjøl opp av sofaen til neste trening?

– Det var rein stahet. Jeg regnet med at det vil bli bedre etter hvert, og det ble det.

I sommer meldte sønnen ham på løpet «Skoppums råeste», et fem kilometer langt løp hvor han blant annet måtte gjennom en 20 meter lang vanddam med vann opp til over brystet. Johansen vant i sin klasse.

– Det var bare én i klassen, da, sier han og ler.

– Men jeg ble ikke sist av alle som var med, heller! ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



– Fysisk aktivitet er blant våre mest potente medisiner

Fastlege og hjerneforsker Ole Petter Hjelle mener hjernen er det organet som sannsynligvis påvirkes mest av fysisk aktivitet.

Hjelle har skrevet bok om hvorfor topplokket har godt av at kroppen blir svett og andpusten.

– De fleste sykepleiere og leger vet at fysisk aktivitet senker blodtrykket, reduserer kolesterolnivået og bedrer blodsukkerreguleringen. Men det få er klar over, er at hjernen vår sannsynligvis er det organet som påvirkes aller mest av fysisk aktivitet, sier fastlege og

hjerneforsker Ole Petter Hjelle.

– INAKTIVITET ER LIKE FARLIG SOM Å RØYKE

Hjelle underviser også sykepleierstudenter, og sier han ser at de lærer minimalt om den gode effekten fysisk aktivitet har på hjernen.

– Inaktivitet er like farlig som å røyke, og tenk hvor mye de har på pensum om hvor farlig det er å røyke!



SYKEPLEIER-RELEVANT:
Ole Petter Hjelle mener sykepleiere og leger bør kunne like mye om effektene av fysisk aktivitet som de kan om legemidler.

Hjelle mener sykepleiere og legers tiltro til behandling ofte er proporsjonal med hvor dyr og avansert behandlingen er.

– Men fysisk aktivitet er blant våre mest potente medisiner, og det er gratis. Det enkleste er ofte det beste, sier han.

MINDRE DEPRESJON OG DEMENS

Nå har Hjelle skrevet en bok som omhandler dette. *Sterk hjerne med aktiv kropp* er spekket med eksempler fra siste års forskning innen feltet og resultatene fra egen praksis som fastlege i Åsgårdstrand. Der trener han fast med pasientene sine.

– Hjernen vår er helt avhengig av fysisk aktivitet for å fungere optimalt. Den blir rett og slett

oppgradert til en bedre versjon ved at vi er fysisk aktive, hevder han.

I boka skriver han at mosjon, i tillegg til å gi oss et lengre og bedre liv, gjør oss mer kreative, bedrer stressmestring og hukommelse samt reduserer risikoen for depresjon og demens.

– Hadde fysisk aktivitet vært en pille, ville alle tatt den, har han sagt i mange intervjuer denne høsten.

TRE VEKSTFAKTORER I HJERNEN

I boka belyser Hjelle de viktigste årsakene til at fysisk aktivitet virker så bra på hjernen.

Det handler blant annet om tre kjemiske stoffer som kalles vekstfaktorer. De finnes i hjernen, og fysisk aktivitet øker produksjonen av disse stoffene.

- Den ene vekstfaktoren er BDNF (brain-derived neurotrophic factor). BDNF kalles ofte hjernens gjødsel, og har tre oppgaver: beskytte nerveceller, stimulere til nydannelse av celler i hjernen og forsterke forbindelsen mellom nerveceller, slik at de kommuniserer bedre.
 - Det andre er VEGF (vascular endothelial growth factor), som sikrer blodtilførsel til nydannede celler.
 - Det tredje er IGF-1 (insulin-like growth factor), som også viktig for nydannelse av både nerveceller og blodårer.
- Hva ved fysisk aktivitet som gjør at vi skiller ut disse vekstfaktorene, forskes det in-

«Hadde fysisk aktivitet vært en pille, ville alle tatt den.»

Ole Petter Hjelle, fastlege

tenst på over hele verden. Det er fortsatt en del biter som mangler før puslespillet er komplett, sier Hjelle.

Men én av årsakene har en norsk forskergruppe funnet: Melkesyre er viktig for å regulere blodstrømmen til hjernen etter fysisk aktivitet.

VIKTIG FOR SYKEPLEIERE

Fastlegen mener ikke at sykepleiere bør kunne alt om vekstfaktorer eller melkesyreproduksjon.

– Men de bør være enda mer oppmerksomme enn de tradisjonelt har vært på hjerneeffektene av fysisk aktivitet, sier han og ramser opp:

- Jordmødre bør vite at trening under svangerskapet påvirker både den gravide og barnet positivt.
 - Helsesøstre og barnesykepleiere bør vite at barn lærer bedre og husker bedre det de lærer, dersom de er fysisk aktive før, under og/eller etter læring.
 - Sykepleiere som jobber med eldre, bør vite at dette er den gruppen pasienter hvor fysisk aktivitet har den største praktiske betydningen for funksjonsnivå.
- Bare ti minutter med aktivitet per dag gir positiv effekt på hukommelsen. Klarer du 30 minutter tre–fem ganger i uken, vil du ha hentet ut mesteparten av alle de positive helsegevinstene ved fysisk aktivitet. Og de er ikke få, sier Hjelle. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Referanser:

1. Tresiba® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 10.07.2018)
2. Marso SP, McGuire DK, Zinman B, et al for the DEVOTE Study Group. Efficacy and Safety of Degludec versus Glargine in Type 2 Diabetes. New England Journal of Medicine 2017;
3. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 10.07.2018)
4. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 10.07.2018)

Tresiba«Novo Nordisk»

C Insulinanalog, langtidsvirkende. ATC-nr.: A10A E06

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i sylinderrampulle 100 enheter/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E) tilsv. 3,66 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml og 200 enheter/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E), resp. 200 enheter (E) tilsv. 3,66 mg, resp. 7,32 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Flexibilitet i valg av administreringstidspunkt tillates når det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag, men klinisk erfaring med dette mangler hos barn og ungdom. Glemte dose anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Doserer i overensstemmelse med pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold, eller annen samtidig sykdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetisk behandling, må ev. justeres. Insulin degludec 1 enhet (E) tilsv. humaninsulin 1 internasjonalt enhet (IE), insulin glargin (100 E/ml) 1 enhet (E) eller insulin detemir 1 enhet (E). **Diabetes mellitus type 1:** Skal kombineres med hurtigvirkende insulin for å dekke insulinbehovet ved måltider. Tas 1 gang daglig sammen med måltidsinsulin, etterfølgende individuelle dosejusteringer er påkrevd. Overgang fra andre insulinpreparater: En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalinsulin eller den tidligere basalkomponenten i et kontinuerlig s.c. insulininjeksjonsregime bør vurderes, etterfulgt av individuell dosejustering basert på glykemisk respons. **Diabetes mellitus type 2:** Kan administreres alene eller i enhver kombinasjon med orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister og bolusinsulin. anbefalt daglig startdose er 10 enheter, etterfulgt av individuell dosejustering. Ved tillegg av insulin degludec til GLP-1-reseptoragonister er anbefalt startdose 10 enheter daglig etterfulgt av individuelle dosejusteringer. Ved tillegg av GLP-1-reseptoragonister til insulin degludec anbefales det å redusere dosen av insulin degludec med 20%, for å minimere risikoen for hypoglykemi. Dosen justeres deretter individuelt. Overgang fra andre insulinpreparater: For pasienter som behandles med basalinsulin 1 gang daglig, basalbolusbehandling, eller behandling med blandingsinsulin eller selvblandet insulin, kan overgangen fra basalinsulin til insulin degludec gjøres enhet for enhet basert på tidligere basalinsulindose, etterfulgt av individuelle dosejusteringer. En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalinsulin bør vurderes ved overgang fra basalinsulin 2 ganger daglig og ved overgang fra insulin glargin (300 E/ml), etterfulgt av individuell dosejustering. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Måling av glukose må intensiveres, og insulinindosen justeres individuelt. **Barn og ungdom <18 år:** Ingen klinisk erfaring med bruk av dette legemidlet til barn <1 år. Kan brukes av ungdom og barn fra 1 år. Ved endring av basalinsulin til Tresiba er det nødvendig å overveie individuell dosereduksjon av basal- og bolusinsulin for å minimere risikoen for hypoglykemi. **Eldre >65 år:** Måling av glukose må intensiveres, og insulinindosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Skal ikke etterfylles, deles med andre eller blandes med andre legemidler. Skal ikke tilsettes infusjonsvæsker. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **FlexTouch ferdigfylt penn:** Med ferdigfylt penn 100 enheter/ml kan det administreres en dose fra 1-80 enheter pr. injeksjon, i trinn på 1 enhet. Med ferdigfylt penn 200 enheter/ml kan det administreres en dose fra 2-160 enheter pr. injeksjon, i trinn på 2 enheter. Dosestellet viser antallet enheter uansett styrke, og det skal ikke foretas noen doseomregning ved overgang til ny styrke. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderrampullen som er i den ferdigfylte pennen. **FlexTouch brukes sammen med NovoFine nåler med lengde opptil 8 mm.** Se pakningsvedlegg. **Penfill sylinderrampuller:** Brukes sammen med NovoFine nåler og insulininjeksjonssystemer fra Novo Nordisk. Se pakningsvedlegg.

Administrering: Kun til s.c. injeksjon i låret, overarmen eller abdominalveggen. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. Skal ikke administreres i.e., da dette kan gi alvorlig hypoglykemi. Skal ikke administreres i.m., da dette kan endre absorpsjonen. Skal ikke brukes i insulininfusjonspumper.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: **Hypoglykemi:** Utelattelse av et måltid, ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, eller for høy insulinindose i forhold til insulinbehovet kan føre til hypoglykemi. Hos barn (spesielt ved basal-bolusregimer) er det viktig å tilpasse insulinindoser med matinntak og fysisk aktivitet for å minimere risikoen for hypoglykemi. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivt insulinbehandling), kan oppleve endring i vanlige varselsymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselsymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og feber, øker vanligvis insulinbehovet. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendringer. Den forlengede effekten av insulin degludec kan forsinke restitusjon etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjonen og reaksjonsevnen, og ved bilkjøring bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå dette. Det bør overveies om bilkjøring er tilrådelig for pasienter som har nedsatte eller manglende forvarer på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemiafall. **Hyperglykemi:** Administrering av hurtigvirkende insulin anbefales ved alvorlig hyperglykemi. Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av behandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til diabetisk ketoacidose. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og økt insulinbehov. Ved diabetes mellitus type 1 fører ubehandlet hyperglykemi etter hvert til diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. Skifte til insulin av annen type, annet merke eller fra annen tilvirker, må skje under medisinsk kontroll og kan kreve doseendring. **Kombinasjon med pioglitazon:** Tilfeller av hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes, og pasienten skal observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. **Hvordan unngå feilmedisinering:** Insulinetiketten skal kontrolleres for hver injeksjon, for å unngå utilsiktede forveksling mellom de to styrkene av ferdigfylt penn, samt forveksling med andre insulinpreparater. Antall valgte enheter på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/

svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med god syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandling med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Insulinantistoffer:** Administrering av insulin kan føre til dannelse av insulinantistoffer. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike insulinantistoffer kreve justering av insulinindosen for å korrigerer tendens til hyper- eller hypoglykemi.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/larotrid kan enten redusere eller øke insulinbehovet. Alkohol kan forsterke eller redusere insulinets hypoglykemiske effekt. Følgende kan redusere insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke insulinbehovet: Orale antikonsepsjonsmidler, tiazider, glukokortikoider, thyreoideaormoner, sympatomimetika, veksthormon og danazol.

Graviditet, amning og fertilitet: **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring med bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenisitet. Intensivert blodglukosekontroll og overvåking anbefales generelt hos gravide med diabetes, og ved planlagt graviditet. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og stiger deretter i 2. og 3. trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til samme nivå som før graviditeten. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Hos rotter ble insulin degludec utskilt i melk; konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Ukjent om insulin degludec skilles ut i morsmelk hos mennesker. Det forventes ingen metabolsk effekt på nyfødte/spedbarn som ammes. **Fertilitet:** Reproduksjonsstudier på dyr har ikke indikert negativ effekt på fertilitet.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Stofskifte/ernæring: Hypoglykemi¹. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet². Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Lipodystrofi³. Øvrige: Perifer ødem. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Overfølsomhet⁴, urticaria. **Spesielle pasientgrupper:** Ingen indikasjon på forskjeller mht. frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger observert hos eldre, barn og ungdom (>1 år til <18 år) og hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon i forhold til den generelle populasjonen.

¹ Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfoll, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskada eller t.o.m. dødsfall.

² Inkludert hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

³ Inkludert lipohypertrofi, lipodatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

⁴ Manifestert ved hevelse i tunge og lepper, diaré, kvalme, tretthet, kløe.

Overdosering/Forgiftning: Hypoglykemi kan utvikles i sekvensielle faser. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi, der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftnformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: **Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog, fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. **Virkningsmekanisme:** Binde spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosenedsettende effekt skyldes at opptak av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. **Absorpsjon:** Etter s.c. injeksjon dannes oppløselige og stabile multiheksamerer som danner et insulindepot i det subkutane vevet. Insulin degludec monomerer spaltes gradvis av fra multiheksamerene og fører til en sakte og kontinuerlig tilførsel av insulin degludec inn i sirkulasjonen. I løpet av en 24-timers periode med behandling 1 gang daglig, er glukosenedsettende effekt jevnt fordelt gjennom første og andre 12-timers periode. Virkningstiden er >42 timer innenfor terapeutisk doseområde. Steady state-konsentrasjon i serum nås etter 2-3 dager ved daglig administrering. Doseproposjonalitet ved total eksponering er observert etter s.c. administrering innenfor terapeutisk doseområde. Kravene til bioekvivalens er oppfylt for styrkene 100 enheter/ml og 200 enheter/ml. Sammenligning med komparator (se SPC for mer informasjon): Ved diabetes mellitus type 1 er det ved steady state vist 4 x lavere dag til dag variasjon i glukosenedsettende effekt, og betydelig antall færre alvorlige hypoglykemiske episoder. Ved diabetes mellitus type 1 og 2 er det vist betydelig antall færre nattlige hypoglykemiske episoder. Reduksjon i hypoglykemi oppnås ved lavere gjennomsnittlig fastende plasmaglukosenivå og likt HbA1C-resultat. **Proteinbinding:** >99%. **Halveringstid:** Ca. 25 timer, uavhengig av dose. **Metabolisme:** Metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra kjølelementet. Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Frosset insulin skal ikke brukes. **Etter anbrudd eller medbrakt som reserve:** FlexTouch (ferdigfylt penn): Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 8 uker. La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Penfill (sylinderramp.): Legemidlet skal ikke oppbevares i kjøleskap. Oppbevares <30°C i maks. 8 uker beskyttet mot lys.

Pakninger og priser: **Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml:** 5 × 3 ml¹ (Penfill sylinderramp.) kr 743,80. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml:** 5 × 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 743,80. **200 enheter/ml:** 3 × 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 885,30.

Refusjon: **'A10A E06_1 Insulin degludec**

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 1 diabetes mellitus

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	E10	Diabetes mellitus type 1
			180, 181

Vilkår: (180) Refusjon yrkes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middele langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodglukosekontroll (181) Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Sist endret: 22.06.2018

Basert på SPC godkjent av SLV: 10.07.2018

Pris per august 2018



changing
diabetes®

Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo

Telefon: +47 22 18 50 51
www.novonordisk.no
E-post: Kundenservice-norge@novonordisk.com

TRESIBA®
insulin degludec

Tresiba® (insulin degludec) ved type 2-diabetes:

En kardiovaskulær sikkerhetsstudie:
**Bekreftet kardiovaskulær sikkerhet*
og lavere forekomst av alvorlige hypoglykemier**
sammenlignet med Lantus® (insulin glargin 100 E/ml)¹**

*HR 0,91 [95 % KI 0,78; 1,06] $p < 0,001$ **HR 0,60 [95% KI 0,48; 0,76] $p < 0,001$

Tresiba® gir en flat og stabil glukosenedsettende effekt^{1,2}



■ Kan gi opptil 80 enheter per injeksjon (1-80)³

■ Kan gi opptil 160 enheter per injeksjon (2-160)³

DEVOTE^{1,2}

Randomisert, dobbeltblindet kardiovaskulær sikkerhetsstudie. 7637 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko ble studert i median 2 år.

Primært endepunkt^{1,2}

Kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt, ikke-fatal hjerneslag. (for non-inferiority). Kardiovaskulær sikkerhet av Tresiba® ved sammenligning med insulin glargin ble bekreftet (HR 0,91 95% KI 0,78; 1,06, $p < 0,001$ for non-inferiority).

Sekundært endepunkt^{1,2}

Tresiba® var overlegen sammenlignet med Lantus® (insulin glargin 100 E/ml) med hensyn til en lavere frekvens av alvorlige hypoglykemiske hendelser og en lavere andel personer som opplevde alvorlig hypoglykemi. Adjudikerte alvorlige hypoglykemier (HR 0,60 95% KI 0,48; 0,76, $p < 0,001$ for superiority), eventrate (Tresiba® vs Lantus®): 3,70 pr 100 pasientår vs 6,25 pr 100 pasientår.

Indikasjon

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Refusjonsberettiget bruk

Behandling av type 1 diabetes mellitus.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdokter eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. I de tilfeller der det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag tillater Tresiba® fleksibilitet i valg av tidspunkt for administrering av insulinet. Glemte dose anbefales tatt så snart det oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Det er ingen klinisk erfaring med fleksibilitet i doseringstidspunkt hos barn og ungdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater må ev. justeres. Hypoglykemi kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet. Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme, disse er milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. En egen kardiovaskulær sikkerhetsstudie (DEVOTE) er gjennomført for insulin degludec (Tresiba®)¹. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk.

Tresiba® i ferdigfylt penn finnes i to styrker

Ved forskrivning skal legen forsikre seg om at korrekt styrke er angitt på resepten. Pasienten skal ha opplæring i riktig bruk av Tresiba® ferdigfylt penn. Se felleskatalogen.no for ytterligere informasjonsmaterieell.

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning av Tresiba®.



Emre får lystgass

En nål som skal stikkes fem–seks centimeter inn i ryggen – hvem hadde ikke gruet seg til det? Barn og unge må tåle mye smerte – men nå kan flere få lindring med lystgass.

• Tekst og foto **Nina Hernæs**

SPINALPUNKSJON, OG SÅ BLODPRØVER: 13 år gamle Emre må tåle flere stikk. Men på Sykehuset Østfold Kalnes får han lystgass under prosedyrene.





KLAR FOR SPINALPUNKSJON: Emre Daniel Özkan får prøve på masken med lystgass. Barnesykepleier Cathrine Iren Iversen forklarer, mens lege Kristian Stakkevold forbereder prosedyren.

Tretten år gamle Emre ligger i fosterstilling. Bak ham gjør lege Kristian Stakkevold klar for spinalpunksjon.

– Jeg har egentlig ikke problemer med dette. Jeg er bare stresset for at jeg skal kjenne noe.

Barnesykepleier Cathrine Iren Iversen beroliger:

– Du er ikke den eneste som er redd for det, sier hun.

– Vi skal hjelpe deg.

I hånden holder hun en gul maske. Den er koplet til en blå og hvit kolbe i hjørnet av rommet.

Snart skal Emre få lystgass.

MÅ GJØRE PROSEDYRER

I 22 år har Cathrine Iren Iversen jobbet med barn på sykehus. Hun har mange ganger opplevd å komme til kort.

– Vi må gjøre ting som er skremmende og vonde, og som barn ikke alltid har forutsetning for å forstå hensikten med. Det er vanskelig å håndtere og har plaget meg i alle år.

Smarter hos barn har lenge blitt underbehandlet på norske sykehus. Flere sykehus tar nå i bruk lystgass for å lindre. Sykehuset Østfold Kalnes ligger i tet.

Å ta blodprøver, sette sprøyter, fjerne sting

og legge inn perifer venekanyler er eksempler på prosedyrer som er for små til å forsvare risikoen ved narkose. Det samme er spinalpunksjon.

– Hvem hadde ikke grudd seg til det? Å ligge i en ubehagelig stilling og få en nål i ryggen?

Cathrine Iren Iversen skutter seg litt.

Beroligende medikament har vært et alternativ.

– Men effekten varierer, og noen har motsatt effekt og blir urolige. Vi har trengt noe mer, for vi kommer ikke utenom alle de skremmende og smertefulle prosedyrene vi utsetter barna for.

Iversen sier at sykepleierne har mange ikke-medikamentelle tiltak for å lindre og avlede.

– Men det er ikke alltid nok.

VANILJE, ELLER KANSKJE KAREMELL?

En nål skal stikkes fem–seks centimeter inn i ryggen på Emre for å hente ut litt av spinalvæsken som omgir ryggmargen. Analyser av den kan gi viktig informasjon ved ulike typer sykdom.

Cathrine Iren Iversen kopler Emre til en monitor som måler puls og oksygenmetning. Hun gir ham den gule masken og forklarer hvordan han skal puste rolig inn og ut. Han får prøve.

Lystgass har beroligende og til en viss grad smertelindrende effekt. Navnet viser til at

den kan gi en nesten euforisk tilstand. På dansk kalles den lattergass. Iversen har vært med på at små barn har ledd seg gjennom hele prosedyrer.

Gassen er uten smak og lukt, men det er mulig å tilsette aroma av for eksempel jordbær eller vanilje. Den mest populære, cola, er det tomt for. Emre tar en sniff vanilje og en sniff karamell, men takker nei. Han løfter opp masken.

– Da trenger vi fire minutter for at gassen skal virke, sier Iversen til lege Kristian Stakkevold.

– Fint, svarer han.

– Blir jeg dopet ned på de fire minuttene, undrer Emre.

– Ja, sier Iversen.

– Ingen får lov til å gjøre noe med deg før jeg sier at det er greit.

EN BEGEISTRET OVERLEGE

Iversen ble introdusert for lystgass i 2013. En overlege hadde vært i Hammerfest, der de brukte lystgass til barn under prosedyrer, og ble så inspirert at han ville gjøre det samme i Østfold. Barneavdelingen ble smittet av entusiasmen, og i juli i 2013 ble lystgass gitt her for første gang.

– Siden har vi gitt det til flere enn 400 barn, sier hun.

– Ikke så mange det første året, for det var litt



Lystgass

- Dinitrogenoksid (N₂O) eller lystgass er en fargeløs og nesten luktfri gass.
- Lystgass har en beroligende og til dels smertelindrende effekt når den inhaleres. Den tas effektivt opp av lungene og skilles raskt ut igjen. Kan gi bivirkninger, og de vanligste er svimmelhet og uro.
- I flere internasjonale retningslinjer nevnes lystgass som en mulig metode for å sedere barn som skal gjennom små, smertefulle prosedyrer.
- Restitusjonstiden er kort ved bruk av lystgass, og det kan effektivisere prosedyrer barn må gjennom på sykehus.

Kilde: Metodevurdering av sikkerhet og effekt ved bruk av lystgass for barn



VIKTIGE FORBEREDELSE: Cathrine Iren Iversen sjekker barnebagen, som er i beredskap dersom barnet skulle få problemer med å puste.

skepsis, og systemet vi hadde for å administrere lystgassen da, var litt trøblete.

Men i 2015 oppdaget ortopedene hva barneavdelingen holdt på med.

– Vi ga lystgass ved noen små reponeringer og fjerning av pinner, og det fungerte kjempefint. Ortopedene så at lystgassen sparte narkoser, forteller hun.

Skadepoliklinikken, som gjør mange ortopediske prosedyrer på barn, begynte med lystgass på egen hånd. Det ga en kjempestor økning i bruken. Etter hvert ble lystgass brukt mer også på barneavdelingen.

Iversen tror de har spart noen narkoser også her.

– Men det er ikke der gevinsten ligger for oss, understreker hun.

– Det vi vinner, er at vi kan gi barna en bedre opplevelse.

SER TRE AV CATHRINE

Emre puster inn og ut i den gule masken. Iversen skrur på gassen. En susing fyller rommet.

– Er det farlig å sovne, spør Emre.

– Nei, beroliger hun.

For å ha effekt skal lystgass gis i minimum tre minutter før prosedyren starter. Cathrine Iren Iversen sier de har erfart at fire minutter er optimalt. Da er effekten maksimal. Hun gir en fast blanding av 50 prosent lystgass og 50 prosent oksygen. Det er ikke mulig å gi høyere dose eller overdosere. Det gir henne en trygghet.

Mens Emre puster, snakker hun rolig til ham. Alle som er i rommet, har senket stemmeleiet. Fordi lystgass kan fordreie sansinntrykk, er det viktig ikke å snakke høyt eller lage unødige støy.

Emre blir sløv i blikket. Iversen gjentar at han skal slappe av.

– Hvor mange ser du av meg, a, spør hun etter litt.

– Tre, svarer Emre.

Lystgass kan gi dobbeltsyn, eller som her, trippelsyn.

Etter litt spør han:

– Er øynene mine åpne?

– Ja, det er de, svarer hun.

Han puster. Inn og ut.

Hun følger med på klokken som henger over døren. Det går to minutter, tre og så fire. Hun nikker til legen.

– DA KOMMER DET ET LITE STIKK

– Jeg skal vaske litt, det er litt kaldt, sier Kristian Stakkevold og begynner å desinfisere innstikksstedet.

– Au, sier Emre.

«Jeg ser noe som hopper opp og ned.» Emre Daniel Özkan

– Det er kaldt, bekrefter legen.

Med myk stemme ber Iversen Emre om å slappe godt av.

Det blir helt stille i rommet.

– Da kommer det et lite stikk, sier Stakkevold.

– Bare pust helt rolig, sier Iversen til Emre.

Han leer ikke på seg.

– Jeg er inne nå, sier Stakkevold.

Det pipler spinalvæske. Den drypper ned

i et rør som medisinstudent Ingunn Elise Setterberg holder.

– Jeg føler meg skikkelig høy, sier Emre plutselig.

– Jeg liker dette her.

Han blir stille. Nålen står fremdeles i ryggen.

– Hvordan går det med Emre, lurer legen.

Emre mumler. Iversen bøyer seg frem.

– Han sier han koser seg, sier hun.

– Jeg ser noe som hopper opp og ned, sier Emre selv, nå med høyere stemme.

– Det er som om jeg har en drøm.

Mamma Marianne Özkan, som har sittet stille på en stol, bryter ut i latter.

– Unnskyld at jeg ler, sier hun.

– Men det er helt fantastisk at dette går så bra.

INGEN ALVORLIGE BIVIRKNINGER

Lystgass har vært vanlig å gi på norske fødeavdelinger, men ikke barneavdelinger. Det har vært forsøk, for eksempel på St. Olavs i Trondheim, men også en viss skepsis. I Sverige og Danmark har lystgass blitt gitt til barn i mange år.

Før oppstart i Østfold ble det gjort en grundig gjennomgang og laget en prosedyre. Alt som gjøres, registreres. Iversen sier de følte seg sikre på at dette var trygt.

I 2018 gjorde Folkehelseinstituttet en fullstendig metodevurdering av lystgass brukt under prosedyrer på barn og konkluderte med at slik bruk ikke har alvorlige bivirkninger, verken for barn eller helsepersonell.

Mens fødeavdelinger har sluttet med lystgass på grunn av en antatt økt risiko for spontanabort hos helsepersonell, frykter man ikke bivirkninger ved bruk under enkeltprosedyrer.

– Varigheten er begrenset. Ved prosedyrer skal ikke lystgass gis i mer enn 30 minutter, og vi setter grensen ved prosedyrer som er forventet å være i underkant av 20 minutter, forklarer hun.

I gjennomsnitt varer prosedyrene de gjør, i rundt ti minutter.

– Barna puster inn og ut i et lukket system, så det skal ikke komme gass ut i rommet. Men for å være på den helt sikre siden får ikke gravide være med på prosedyrer som gjøres i lystgass.

SKILLES RASKT UT

Cathrine Iren Iversen anslår at det gis lystgass til barn på Sykehuset Østfold nesten hver dag. På barne- og ungdomsklinikken har de mulighet hele døgnet. Gassen gis på et eget rom, og det skal være to som er helsepersonell til stede. En som gir gassen og overvåker barnet, og en som gjør prosedyren, enten sykepleier, lege eller bioingeniør. Hun mener det ikke er spesielt tidkrevende.

– Å holde fast barn for å gjøre prosedyrer er i hvert fall tidkrevende. Og det er akkurat som det blir verre for hver gang. Å avlede og å gjøre fantasireiser krever også



FERDIG MED ALT: Også blodprøvene, til en viss forundring for Emre.



tid. Da vi brukte beroligende medikament, måtte vi vente 20 minutter på at det skulle virke, og observere i etterkant. Med lystgass er barnet klar til å gå noen minutter etter avsluttet prosedyre.

Lystgass skiller raskt ut av kroppen. Det tar et par minutter fra tilførselen stanses til den er helt ute. Det gjør det lett å reversere eventuell hemming av pusten, en bivirkning som kan oppstå. Om det skjer, tas lystgassen vekk, og barnet får oksygen på maske for å lufte ut gassen.

– Vi har opplevd noen få slike tilfeller, men ingen alvorlige, sier Iversen.

– Ingen har trengt hjelp til å puste eller assistanse fra anestesi. Alle kom seg raskt, og ingen opplevde situasjonen traumatisk.

Men hun presiserer at det må være beredskap i tilfelle noen skulle få pusteproblemer. Det ligger alltid en bag i barnets størrelse klar til bruk.

– HAR JEG SOVET?

– 17, 18, 19, 20.

Kristian Stakkevold teller dråper med spinalvæske.

– Sovet han, spør Marianne Özkan og nikker mot sønnen.

– Han har nesten ikke sovet i natt, han har gruet seg veldig.

– Da går nålen ut, sier Stakkevold.

Iversen bøyer seg mot Emre:

– Der gikk nålen ut, gjentar hun.

Han glipper med øynene.

«Å holde fast barn for å gjøre prosedyrer er i hvert fall tidkrevende.»

Cathrine Iren Iversen

– Har jeg sovet?

Døren går opp, og en bioingeniør kommer inn. Hun hilser på Emre og forklarer at hun skal ta blodprøver fra armen hans. Iversen sørget for å tilkalle bioingeniør da hun så at Emre skulle ta blodprøver, slik at han får gjort også det mens han får lystgass. Bioingeniør Linda Østerdahl teiper en tupfer over stikkstedet og forlater rommet med to glass blod.

– Da er vi ferdig med alt, Emre, sier Kristian Stakkevold.

Emre legger seg over på ryggen.

– Dette var ganske behagelig, sier han.

– Jeg koste meg. Det var hyggelig å ligge her.

NEDRE GRENSE PÅ FIRE ÅR

Cathrine Iren Iversen er helt avhengig av at barnet eller ungdommen samarbeider når de får lystgass. Derfor er den nedre grensen fire år. Å tvinge noen er uaktuelt. Og det er viktig å gjøre andre smertelindrende tiltak i tillegg. Som å gi Emla-krem i forkant eller smertestillende medisiner. Hun minner om at lystgass først og fremst

virker beroligende, og bare litt smertestillende.

Ved veldig smertefulle prosedyrer er lystgass ikke egnet.

På Sykehuset Østfold fungerer lystgass ni av ti ganger. En av ti ganger må de avbryte, for eksempel hvis barnet opplever det ubehagelig, får mare-ritt eller fall i oksygenmetning.

De som har god effekt, kan etterpå fortelle at de svevde eller de var et annet sted. Noen ler underveis, noen snakker, noen synker ned i en dypere tilstand. Ett barn ble veldig lei seg. Lystgass kan ha slik effekt, men det er ikke vanlig.

Alt i alt sier Iversen at erfaringen er så god at hun ideelt sett ville brukt lystgass mer. Foreløpig prioriteres lystgass til de største prosedyrene og til barn som tidligere har hatt dårlige erfaringer med prosedyrer.

– Lystgass er ikke et perfekt tiltak for alt, men vi har erfart at den gir mange barn en bedre opplevelse, sier hun.

– Som barnesykepleier er det fantastisk å kunne redusere ubehaget deres.

EN TUR TIL MÅNEN

Med et knepp forsvinner susingen. Emre tar av den gule masken og får på oksygenmaske. Metningen ligger stabilt på hundre, men ekstra oksygen fortrenger gjenværende lystgass. Gradvis kommer han til seg selv. Han ser nedover armen sin.

– Er blodprøvene tatt?

Han sperrer opp øynene.

– Det føles som jeg har ligget her i ett minutt.

– Egentlig har vi holdt på i til sammen en halv time, sier Iversen.

– Det viktigste for meg er at du har hatt det kjempebra.

Emre tenker.

– Sa jeg det, at jeg følte jeg var på månen?

Han ler.

– Den lyden, det var litt Star Wars.

Iversen spør om han hadde vondt.

– Jeg kjente jo at det var noe i ryggen. Det føltes litt som et vepsestikk.

Iversen lurar på hvor vondt han syntes det gjorde.

– På en skala fra en til ti, hva sier du da?

– En.

– Bra, sier Iversen.

– Det var rundt der jeg tolket smerten din og.

Blikket hans er klart. Han reiser seg fra benken og får på jakka. Finner frem mobilen.

– Neddopet, er det i ett eller to ord, spør han før han snapper kompisene.

Mamma Marianne Özkan smiler.

– Jeg trodde ikke dette skulle gå, sier hun og rister litt på hodet.

– Jeg var stressa i starten, innrømmer Emre.

– Men jeg skal ta lystgass igjen. ●

nina.hernes@sykepleien.no



INFORMERER VENNERNE:
Mens Cathrine Iren Iversen
gjør ferdig registrerings-skje-
maet, tar Emre frem mobilen.



Skaff deg Esso Mastercard

- 50 ø/l rabatt på drivstoff (inkl. mva. på pumpepris)*
- 20% rabatt på bilvask og hver 6. vask gratis**
- Ingen årsavgift
- 15% rabatt på merida.no
- 500 kr rabatt hos STS Alperiser
- Superbillig strøm hos NorgesEnergi
- 15% på Nordic Choice Hotels i helger og ferier
- E-Shop med knalltilbud på merkevarer

Effektiv rente ved kreditt på kr 15 000 o/12 mnd. er 31,13%.
Total kredittkostnad kr 1 947.

Finn ut mer og søk på essomastercard.no/unio



An ExxonMobil Brand

* Drivstoffrabatt forutsetter bruk av et Esso Mastercard. Full utnyttelse av den økonomiske gevinsten med rabatt, forutsetter at utestående kreditt betales ved forfall, slik at det ikke påløper renter.
** Når du bruker rabattheftet på stasjoner hvor rabatthefte tilbys.



Eksklusive «helsebrødre»

Blant landets rundt 3000 helsesøstre finnes det kun elleve menn. Hvorfor det?

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

Det er langt igjen før alle barn og unge som måtte ønske det, kan få snakke med en mannlig helsesøster når noe er ekstra pinlig, tungt eller sårt.

Tall fra blant annet NOVAs Ungdata-undersøkelser viser at gutter oppsøker skolehelsetjenesten i langt mindre grad enn jenter. Årsakene er sammensatte, men det hjelper neppe at mannsandelen blant helsesøstre er så beskjeden at den best kan måles i promille.

Fra nyttår innføres etter planen den nye kjønnsnøytrale tittelen helsesykepleier, men vil den ha noen effekt?

– Jeg opplever den nye yrkestittelen som et viktig bidrag. Den signaliserer i alle fall tydelig at også menn er hjertelig velkomne i yrket.

Det sier Kristin Sofie Waldum-Grevbo, som er leder for landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund.

– Jeg mener ellers vi har gjort en god innsats for å fremheve mannlige rollemodeller der vi kan.

MANGFOLD BLANT DE FÅ

Waldum-Grevbo har lest intervjuene med de elleve mannlige helsesøstrene, som altså snart kan kalle seg helsesykepleiere.

– Alle ser ut til å uttrykke en glede over yrket og en entusiasme, noe jeg synes er veldig positivt.

– Det er også interessant å se at disse mennene jobber på såpass ulike steder. Selv om det

er en liten gruppe, så er det et mangfold her.

– Men hvorfor er det ikke flere av dem?

– De skal jo rekrutteres fra en allerede liten mannlig minoritet blant sykepleierne. Helse-søsterutdanningen konkurrerer med mange andre spennende retninger om å lokke gutta til seg.

ETTERLYSER INFORMASJON

Waldum-Grevbo påpeker at søkningen til helsesøsterutdanninger er større enn noen gang. Med mange om beinet til få plasser, faller gutta fort gjennom.

Opptaket til studiet baseres blant annet på karakter fra grunnutdanningen, og blant årets uteksaminerte sykepleiere oppnådde over 30 prosent av jentene, men kun 12 prosent av gutta, A eller B i snittkarakter.

– Flere av «helsebrødrene» etterlyser mer informasjon om yrket under grunnutdanningen og gjerne muligheter for praksis på helsestasjon.

– Jeg hører mange si at vi er lite synlige under utdanningen, og det er synd. Praksisplasser er vanskelig å få til mange steder, også for dem som tar videreutdanning. Da blir i alle fall ikke sykepleierstudenter prioritert.

– Helsesykepleiere i jobb må være seg sitt ansvar bevisst som veiledere i praksis, også for sykepleierstudenter. Studentveiledning bidrar til god refleksjon over egen praksis, sier Waldum-Grevbo.





SJELDNE MENN: Eirik Nagel Aldrin og Naresh Kumar Chhura er to av de elleve mannlige helsesøstre i Norge. Foto: Tom Hansen

Fakta

Mannlige helsesøstre

- Rundt 0,3 prosent av Norges drøyt 3000 helsesøstre er menn.
- Til sammenlikning er andelen blant medlemmer i Norsk Sykepleierforbund (NSF) 8,6 prosent.
- I mai gikk styret i Landsgruppen for helsesøstre i NSF inn for at yrkestittelen skulle endres til det kjønnsnøytrale helsefagterapeut.
- Den nye tittelen forventes å tre formelt i kraft 1. januar 2019.
- Etter det Sykepleien har klart å finne ut, finnes det per i dag elleve menn som jobber som helsesøstre i Norge.
- Da har vi kun inkludert menn med fullført helsefagterautdanning og ekskludert pensjonister.
- Flere mannlige sykepleiere tar for tiden videreutdanning som helsesøster, deriblant Kjetil Moseid i Stavanger og Daniel Eide Moltumyr i Ålesund.

Tips oss gjerne dersom vi har gått glipp av noen!

SUNT MED VARIASJON

Linda Marie Rustad er direktør for det nasjonale kunnskapssenteret Kilden kjønnsforskning.no. Hun advarer mot å tro at bedre kjønnsbalanse automatisk løser alle problemer.

– Man har ofte veldig høye forventninger om at bare vi får nok menn eller kvinner inn i et yrke, så vil ting løse seg. Slik er det ikke, sier hun.

Rustad forteller at det for tiden forskes mye på virkeligheten til barn og ungdom, på det å være gutt og jente og på forståelsen av seksualitet.

– Det er viktig å sørge for at alle helsesøstre, uansett kjønn, har muligheten til å oppdatere sin kompetanse og får tilgang til nyere forskning om kjønnsproblematikk.

Rustad understreker at det likevel alltid er sunt med variasjon innen en profesjon.

– Så for samfunnet og for de unge som helsefagterapeuter møter, kan det være viktig at det også finnes menn i yrket. Det er likevel ikke slik at alle gutter helst vil ha en mannlige helsefagterapeut eller omvendt. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

Les intervjuer med de mannlige helsesøstre på de neste sidene (s. 34–36)





Her er alle Norges mannlige helsesøstre

- **Hvor viktig er det at menn velger i helsesøsteryrket, og betyr det noe for yrkesutøvelsen å være mann i helsesøsteryrket?**
- **Hva synes de om at de snart kan kalle seg helsesykepleier, og hva må til for å øke andelen?**

Dette svarte landets elleve mannlige helsesøstre:



Peter Larsson (55)
Arbeidssted:
Langhus skole
i Ski
Helsesøster siden
1994

■ – Jeg tror mange gutter i alderen 15 til 25 år har ting de ikke ønsker å snakke med foreldre eller en kvinnelig helsesøster om. Gjerne ting knyttet til seksualitet, for eksempel fortelle om en kjønnssykdom de har fått. Mange jenter velger jo å gå til en kvinnelig gynekolog, om de har valget. Gutter trenger også en profesjonell person de kan snakke åpent med.

– Jeg er stolt av yrket mitt hver dag – det ligger meg så varmt om hjertet. Jeg ser et stort behov hos gutta og vil hjelpe dem så godt jeg kan.

– Da jeg selv fikk barn, så jeg at det kun var kvinner som ble fulgt opp gjennom graviditet og frem til fødsel. Som far opplevde jeg å bli satt på sidelinjen, og jeg tenkte at jeg vil gjøre noe for mennene. Det bidro til at jeg valgte å ta videreutdanningen som helsesøster. Deretter startet jeg opp pappagrupper.

– Punkt nummer én for å få flere menn til yrket er høyere lønn. Jeg mener også det er viktig at regjeringen øremerker midler til stillinger for menn, og at kommuner premieres for å satse på dette. Det trengs også en holdningsendring

– Jeg kjenner til flere kommuner der det i dag er en uttrykt motstand mot å ansette mannlige helsesøstre.

– Jeg liker ikke den nye yrkestittelen. Den gamle tittelen er så innarbeidet. Jeg vil heller beholde den, men supplere med «helsebror».



Roger Henriksen (52)
Arbeidssted:
Helsestasjon
i Rana
Helsesøster siden
1997

■ – Jeg er veldig glad hver dag jeg går på jobb, og i løpet av mine drøyt tjue år i jobben har jeg sett en voldsom utvikling – både innen faget og i arbeidet vi gjør på helsestasjonen, en utvikling til det bedre. Vi har i dag bedre tid til familiene og kan gi tidlig hjelp til dem som trenger det.

– Jeg var ganske ung da jeg bestemte meg for at jeg ville jobbe med barn. Da jeg så gikk sykepleien, hadde jeg en veldig fin praksisperiode på Gjøvik helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Helsesøster virket som en spennende, allsidig og selvstendig jobb. Samtidig hadde jeg en interesse for forebygging og folkehelse.

– For brukerne betyr det sjelden noe at jeg er mann. Det å være eneste mann, har stort sett vært veldig positivt, men en sjelden gang

også negativt. Ved et par anledninger har samarbeidspartnere latterliggjort min tittel i møter. Enkelte fedre kan nok ha lettere for å ta opp ting med meg fordi jeg er mann, og jeg bidrar til at helsestasjonen ikke oppleves som en ren kvinnebastion.

– Jeg har hele tiden ønsket en kjønnsnøytral tittel, noe som heldigvis kommer nå. Jeg mener og det er viktig med oppmerksomhet om helsesøsteryrket allerede under sykepleierutdanningen. Ordninger med guttepoeng for videreutdanningen tror jeg kan være en god løsning.



Steinar Fredriksen (54)
Arbeidssted:
På tre skoler og
en helsestasjon
i Bodø
Helsesøster siden
1997

■ – Jeg har en utrolig variert jobb der jeg får mulighet til å påvirke unge mennesker i deres valg.


– Jeg valgte å bli helsesøster av flere grunner. Det ene var at det virket spennende, og jeg var i praksis på helsestasjon under sykepleierutdanningen. Deretter jobbet jeg turnus på sykehjem i et par år, og det at helsesøstre kun jobber dag, var med i vurderingen.

– Av og til kan det hende noen av gutta synes det er greit å kunne snakke med en mann, men stort

sett har det ingen betydning at jeg er mann.

– For å flere menn til yrket, må det snakkes varmt om det, og sykepleierutdanningen bør inkludere praksis på helsestasjon eller i skolehelsetjenesten. Folk må få vite at det er en utrolig selvstendig og allsidig jobb. Det er veldig omfattende hva vi holder på med, og det trengs kunnskap.

– Jeg er fornøyd med den nye yrkestittelen. Det er bra at den er kjønnsnøytral og at ordet «sykepleier» er med.



Bjarne Jota (61)
Arbeidssted:
Lødingen
helsestasjon i
Nordland
Helsesøster siden
1998

■ – Jeg har aldri opplevd å bli kjønnsdiskriminert på grunn av mitt yrkesvalg, snarere tvert imot. Jeg føler jeg får ekstra kred for å være mannlige helsesøster.

– Det var ganske tilfeldig at jeg valgte å bli helsesøster. Jeg jobbet seksten år i eldreomsorgen og ønsket å se meg om etter en annen jobb. Det ble ledig en stilling som helsesøster i kommunen, jeg søkte og fikk den. Deretter tok jeg videreutdanningen som helsesøster. For meg har det vært et godt valg,

og jeg har hatt fine år som helsesøster i Lødingen.

– Jeg tror det betyr ganske mye at jeg er mann, i alle fall for tjenesten som helhet. Vi var lenge to helsesøstre her, en mann og en kvinne. Vi utfylte hverandre godt. Noen oppgaver var det naturlig at jeg tok, som å snakke med gutta om puberteten og slikt. Det ga brukerne valgmuligheter at vi var en av hver her, men nå er det bare meg igjen.

– Mange går gjennom sykepleierutdanningen uten å sette sine bein på en helsestasjon, og de får ikke opp øynene for hvilket fantastisk yrke dette er. Egentlig er det litt uforståelig for meg at vi er så få menn. Dette er et veldig selvstendig yrke, der du kan forme hverdagen ganske mye selv. Og du jobber ikke turnus.

– Jeg synes det er greit at vi har fått en kjønnsnøytral tittel, og om den kan øke mannsandelen, er ingenting bedre. Men helsesøstertittelen har aldri plaget meg.



Ulf Johansson (56)

Arbeidssted:
På helsestasjon for flyktninger i Lillehammer

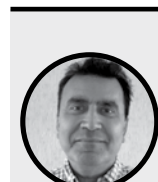
Helsesøster siden 2008

■ – Fedre er alltid velkomne på kontroller, men det er mest oppmerksomhet rettet mot mor og barn. Jeg tror det kan bli en forandring om det blir flere menn i yrket. I skolehelsetjenesten deler man dessuten gjerne inn i jente- og guttegrupper når de snakker om seksuell helse, og da kunne det nok vært en fordel om en mann snakket til gutta.

– Det betyr veldig mye for min yrkesutøvelse at jeg er mann. I dette flyktningshelseteamet er vi én kvinnelig helsesøster og meg. Vi utfyller hverandre godt. Vi har for eksempel hatt personer her som har opplevd systematisk tortur mot kjønnsorgan, og da kan det være godt å kunne snakke med en av samme kjønn. Systematiske informasjonskampanjer må til for å få

flere menn til å velge dette yrket. Kanskje allerede i videregående skole for dem som vurderer å bli sykepleiere. Jeg tror også kvinnelige helsesøstre i enda større grad må snakke frem at de vil ha flere menn til yrket.

– Mitt utgangspunkt har vært at det viktigste er hva man gjør, ikke hva man kaller seg, men jeg tror den nye tittelen kan bidra til å øke rekrutteringen av menn.



Naresh Kumar Chhura (53)

Arbeidssted:
Jobber på to barneskoler i Oslo, samt på helsestasjon for barn, helsestasjon for ungdom og litt for Blå Kors.

Helsesøster siden 2015

■ – Jeg tror min utenlandske bakgrunn har vært en fordel, siden jeg jobber i områder med høy innvandreretetthet. Jeg kan flere språk og har god kjennskap til ulike kulturer. Kanskje har også vi menn en annen måte å kommunisere på. Jeg kan være veldig direkte med både barna, deres foresatte og skoleadministrasjonen. Jeg kan for eksempel forklare tydelig for foreldre som ikke kjenner det norske systemet og norsk kultur så godt, at om de ikke gjør slik og slik, vil dette skje. I noen tilfeller kan det bidra til at barnevernet ikke trenger å bli involvert.

– Jeg valgte å bli helsesøster primært fordi jeg brenner for tidlig forebygging. Før jeg ble helsesøster, jobbet jeg innen rus og psykiatri og møtte mange barn og unge som sleit. Jeg tenkte at hvorfor ikke jobbe med dem helt fra begynnelsen – fra de er bitte små?

– Jeg trodde først det kunne være problematisk å være mannlig helsesøster, men det tror jeg ikke lenger. Overalt har jeg blitt godt mottatt, men mitt inntrykk er ikke at gutter kommer lettere til meg fordi jeg er mann. Når gutta trenger hjelp, kommer de uansett hvem som sitter her.

– Jeg er veldig imot den nye yrkestittelen. Ordet «syke» hører ikke med i noe som skal beskrive oss.



Gregory Mauquet (39)

Arbeidssted:
Jobber for fjerde til 7. trinn på Fjell skole i Drammen og på helsestasjon for ungdom.

Helsesøster siden 2016

■ – Jeg er så stolt av mitt yrke. Den hjelpen jeg kan gi til barn og ungdom som trenger det – det å se takknemligheten i et blick eller i et smil – å ha det som sin hverdag er fantastisk. Skolen har for øvrig en stor andel elever med innvandrerbakgrunn, og selv ikke når det er snakk om å informere for eksempel muslimske jenter om puberteten eller seksuell helse, har det bydd på noen problemer at jeg er mann.

– Min samboer tok helsesøsterutdanning. Da ble jeg inspirert av henne og mer kjent med yrket. Jeg ble veldig gira på å jobbe forebyggende, ha samtaler med ungdom og hjelpe dem så godt jeg kan.

– Mannlige helsesøstre i kommunene utgjør en veldig viktig ressurs. Jeg tror gutter har like mye problemer som jentene, og det må bli lettere for gutta å ta kontakt – både med fysiske og psykiske problemer. Mitt mål er etter hvert å åpne en egen helsestasjon for gutter i Drammen.

– En kjønnsnøytral tittel er nok viktig for å få flere menn inn i yrket, men det trengs også bedre informasjon til gutter som velger sykepleieryrket, slik at de får vite hva helsesøstre faktisk jobber med. Lønn betyr nok også mye.

– For meg har det aldri vært et problem å si helsesøster. At det trengs en kjønnsnøytral tittel, er jeg likevel hundre prosent med på. Det er kjempeviktig og kan gjøre at det rekrutteres flere menn. Jeg synes likevel ikke «helsesykepleier» er riktig tittel.



Aleksander Finland Foss (35)

Arbeidssted:
Dalgård skole og ressurscenter i Trondheim og på helsestasjon for ungdom

Helsesøster siden 2016

■ – Mange av samtalen jeg har med barn og unge er knyttet til psykisk helse, og jeg skulle gjerne sett at dette ble mer vektlagt, også i utdanningen. Jeg er mest stolt av å være helsesøster når jeg opplever at noen får hjelp av den jobben jeg gjør, enten det er i direkte samtale eller jeg er inne i klasserommet og sprer et budskap.

– Jeg jobbet ti år som sykepleier, primært med hjertepasienter på St. Olavs hospital. Det å hjelpe pasienter gjennom samtale, var alltid noe jeg satte pris på med jobben, og jeg følte jeg ville få større mulighet til dette gjennom å jobbe som helsesøster.

– Jeg tror nok jeg som mann kan treffe noen av gutta litt bedre på deres egne premisser og føler gutta på skolen oppsøker meg for å ha noen å samtale med.

– Det er viktig å bruke oss menn som allerede har valgt og tatt denne utdanningen, for å promotere at dette også er et yrke for menn.

– Det er bra at den nye yrkestittelen er kjønnsnøytral og bra at ordet sykepleier kommer inn i tittelen. Den nye tittelen klinger også mer av profesjonalitet. Min eneste innvending er at «helsesykepleier» kanskje er litt for lite beskrivende for den jobben vi faktisk utfører.



Per Arthur Andersen (31)

Arbeidssted:
Driver helsestasjon for gutter i Oslo

Helsesøster siden 2017

■ – Under utdannelsen var det spesielt å komme som eneste mann inn i klasserom med 59 damer. Jeg glemmer ikke det. Det var mange blick og mange som lurte på om jeg hadde gått feil. Det mest fantastiske med dette yrket er å komme i kontakt med ungdom som jeg ser vil få det bedre, og at det er noe jeg kan bidra til. For meg gir det dessuten mer mening å jobbe med forebyggende arbeid enn ildslukking.

– Jeg tror ikke det må en



mann til for å hjelpe gutter, men det kan være lettere for gutter å oppsøke hjelp når de vet det er en mann til stede. Mye unge gutter sliter med, er mer normalt enn det som har vært synliggjort før, og her tror jeg vi kan spille en rolle. Det er dessuten en utvikling på gang innen likestilling i helsevesenet, og da mener jeg det er viktig at menn i denne typen yrker synliggjøres mer.

– Mer konkret informasjon om hva yrket faktisk innebærer tror jeg kan få flere menn til å velge det, i første omgang sykepleieryrket. At omsorg ikke bare er en varm strykende hånd, men også en hånd som kan dytte deg litt fremover.

– Det er positivt at den nye tittelen er kjønnsnøytral, men jeg synes det blir litt smør på flekk. Det er forståelig at «sykepleier» skal være med i tittelen, men «helse» gjelder jo for alle sykepleiere. Ny tittel vil alltid smake rart i starten. Over tid så blir vi nok vant med å kalle oss helsesykepleiere.

	Daniel Kendrick (32) Arbeidssted: På ungdomsskole og videregående skole, samt på helsestasjon for ungdom i Oslo
Helsesøster siden 2018	

■ – Det er utrolig spennende å

være helsesøster og veldig variert. På skolen handler det mye om stress og press. Om livsbelastninger som påvirker ungdommen i større eller mindre grad. Storefri kan dessuten bli en minilegevakt, med skrubsår og mindre hodeskader. På helsestasjon for ungdom er det veldig mye seksuell og reproduktiv helse, men også mye psykisk helse. Jeg merker at når vi er lydhøre, så kommer det mye mer frem. I ni av ti tilfeller er det en takknemlig jobb. Jeg får jo kontakt med en del med ungdom, og noen situasjoner og skjebner er ikke alltid så lett å legge fra seg når man går hjem.

– Jeg valgte helsesøster fordi jeg synes det å forebygge sykdom og å fremme helse slik vi gjør, er spennende og utfordrende på andre måter enn «tunge løft og lange nattevakter».

– Det betyr nok noe at jeg er mann, men om jeg er til veldig mye større hjelp for gutter, vet jeg ikke. Kvinner og menn kan nok likevel ha ulik tilnærming til ulike utfordringer, og jeg tenker at balanse mellom kjønnene er en viktig forutsetning for likeverdige tjenester.

– Endring av tittelen tror jeg er et viktig grep for å rekruttere flere menn. Vi må få frem at det er sykepleie vi driver med, og at sykepleie er mer enn omsorg og varme hender. De må også en holdningsendring til, samt faste, trygge stillinger i

kommunene. Det burde også tilbys utdanningsstillinger for dem som ønsker å ta videreutdanning som helsesøster, slik det gjøres innenfor eksempel intensiv, onkologi og så videre.

– Jeg synes den nye tittelen er kjempeslett! For det første fordi den er kjønnsnøytral. For det andre fordi den fanger opp det at vi er sykepleiere.

	Eirik Nagel Aldrin (34) Arbeidssted: Bjerke videregående skole i Oslo
Helsesøster siden 2018	

■ – Det har vært elever som har satt seg ned utenfor kontoret mitt og ventet på helsesøster, selv om de kunne se at jeg satt der inne. Det falt dem ikke inn at det var meg, en mann, som var helsesøsteren. Aller mest stolt blir jeg når elever har vært innom flere ganger – jeg merker at de tester meg ut – og så åpner seg opp og lar meg hjelpe dem med noe vanskelig. Det er slike øyeblikk vi lever for, og som virkelig gjør jobben så meningsfull.

– Da jeg først begynte på sykepleierutdanningen, var planen å bli redningsmann, akuttisykepleier

eller liknende – noe actionfylt. Men jeg hadde tidligere jobbet seks år på en barneskole, og jeg merket raskt hvor mye jeg savnet å jobbe med barn. På den skolen hadde det dessuten jobbet en hyggelig helsesøster, som også var min helsesøster da jeg var barn.

– Rent kollegialt er det fint at man har alle kjønn representert. Alle mennesker er jo unike og forskjellige på sitt vis, men det å ha vært gutt og ung mann, gjør at man har visse erfaringer med seg. Enkelte unge vil kanskje ha lettere for å åpne seg for en mann enn for en kvinne. Da jeg startet var det noen som sa: «Ingen vil jo komme til deg og spørre om mensen eller bind», men det gjør de. Ingen har til nå sagt at de ikke vil snakke med meg fordi jeg er mann.

– Om vi skal rekruttere fra sykepleierutdanningen, er det viktig at helsesøstre får vært ute og snakket med studentene om hva vi faktisk driver med. At det er mer ved dette yrket enn «bare måling og veiing av babyer».

– Veldig bra at vi har fått inn «sykepleier», og at vi har fått en kjønnsnøytral yrkestittel, men jeg synes den er litt tam. Personlig hadde jeg håpet på folkehelsesykepleier. Det samsvarer også med det engelske public health nurse. Med det sagt, så skal vi nok klare å få jobbet inn helsesykepleier også. ●

ANNONSE

FOR HELSEPERSONELL	
 Hepatiitt A- og B-vaksine	
www.twinrix.no	Juni 2018: NOR/TWI/0003/17a ©2018 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 09 | 2018

Fagartikler – Etikk – Intervju

SOM 14 METER UNDER VANN: Pasienten tilbringer 90 minutter i trykkammeret. Illustrasjonsfoto: Katrine Sunde / Haukeland universitetssjukehus



Norsk som andrespråk. Bør tilrettelegge studier. **50**



«Å jobbe med barn er fantastisk!» Linda Berstad. **43**



Vitamin D-mangel. Kan gi tarm sykdom. **46**

Øker trykket!

Diabetessår og stråleskader. Behandling i trykkammer hjelper kroppen å danne nye blodkar. **56**



FORSKING MED BRUKARAR KAN GI FORBETRA KVALITET PÅ KOLS-TENESTER

Eit prosjekt der brukarar og tenesteytarar var medforskarar, identifiserte sårbare område, unytta ressursar og uimplementerte retningsliner i kols-omsorga.

SAMARBEIDSFORSKNING:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
 40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.73457



Anne-Grethe Halding
 Sjukepleiar og førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet

Brukarar av helsetenester eller pasientar (heretter kalla brukarar) vert i aukande grad involverte i fagutvikling og forskning, og eit formalisert samarbeid med «dei det gjeld», er no eit krav i søknader om forskingsmidlar (1, 2). Brukarmedverknad kan gi nye perspektiv og problemstillingar som er viktige bidrag til kunnskapsbaserte helsetenester, men det krev tilrettelegging og sterk involvering dersom medverknaden skal vere reell (3, 4).

I Noreg er det mest i helseforskning innanfor psykiatri- og rusfeltet ein har nytta brukarinvolvering (5, 6), og i mindre grad i somatikken. I denne artikkelen formidlar vi erfaringar og nokre resultat frå samarbeidsforskning på feltet kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols).

Forfattarane har tidlegare arbeid med oppfølgingstenester for personar som lever med kols, og vi har sett verdien av å nytte brukarkunnskap når ein utviklar slike helsetenester. Tilboda om oppfølgingstenester på kols-feltet er mangelfulle, og langtidsutbytet av eksisterande tenester er usikkert (7–10). Vi hadde òg erfart at eksisterande tilbod vart for lite nytta.

Samhandlingsreforma (11) har som mål å utvikle meir pasientsentrerte tenester, å betre samhandlinga mellom tenester og mellom tenesteniå, og å gi kommunane meir

ansvar for oppfølginga av langvarig sjuke. På kols-feltet kom det ei ny nasjonal fagleg retningsline i 2012 (10). Det er enno ikkje gjort nasjonal evaluering av desse tenestetilboda etter samhandlingsreforma og dei nye kols-retningslinene.

Spørsmåla vi stilte oss, var følgande: Korleis er situasjonen for denne

hoste, auka slimproduksjon og nedsett funksjonsnivå (7).

Kols kan ikkje lækjast, men tilpassa farmakoterapi og eigenomsorg, rehabilitering og pasientopplæring, i tillegg til oppfølging, kan redusere symptom, forverringsepisodar og progresjon, og betre livskvaliteten til den enkelte (7).

ULIKE TILBOD

Det er utarbeidd nasjonale og internasjonale retningsliner for behandling og oppfølging (7–10). Dei nasjonale retningslinene (10, s. 61) har spesifikke tilrådingar for oppfølging i stabile fasar, der hovudinnhaldet er

- oppfølging hjå allmennlege ein til to gonger årleg og innan fire veker etter sjukehusinnlegging
- røykeslutthjelp når det er aktuelt
- tilvising til fysioterapi ved moderat og alvorleg kols
- tilvising til ergoterapi dersom pasienten har vanskar med å greie daglege aktivitetar
- tidleg opplæring og motivering til livsstilsendring
- tilbod om rehabilitering etter sjukehusinnlegging på grunn av forverring
- rehabiliteringstilbod i alle kommunar
- spesialiserte rehabiliteringstilbod ved alle helseføretak etter ei tverrfagleg vurdering

I Noreg er rehabilitering, pasientopplæring og oppfølging ulikt

«Kols er den fjerde hyppigaste dødsårsaka i verda.»

gruppa etter samhandlingsreforma og nye nasjonale retningsliner? Korleis kan vi bidra til kvalitetsutvikling av tenestene? Dette prosjektet vart planlagt og gjennomført i samarbeid mellom brukarar, tenesteytarar og forskarar.

KVA ER KOLS?

Kols er den fjerde hyppigaste dødsårsaka i verda, og sjukdommen representerer ei stor utfordring for samfunnet og dei som lever med han. Kols progredierer, gir degenerering av respirasjonssystemet, og forverringsepisodar og komorbidity som hjartesjukdom, vektta, fatigue, smerter, depresjon og angst reduserer livskvaliteten til den enkelte. Typiske symptom er dyspnoe,

Fakta ●●●

Hovedbudskap

I Noreg er samarbeidsforskning lite nytta i helseforskning innan somatiske helsetenester. Vi har gjennomført eit samarbeidsforskningsprosjekt på kols-feltet, der vi har hatt sterk brukarinvolvering. Ein slik design synes godt egna for kunnskapsutvikling innan oppfølgingstenester. I studien fann vi òg at nasjonale retningsliner slett ikkje var tilstrekkeleg implementerte.

Nøkkelord

- Brukermedvirkning
- Helsetjeneste
- Lungesykdom
- Rehabilitering
- Kols

ALVORLEG SJUKE: Brukarane bidrog med erfaringskunnskap og motivasjon, men var samtidig sårbare. Illustrasjonsfoto: Barbro Wickström / Mostphotos



organisert i dei ulike kommunane og helseføretaka: lokalmedisinske senter, kols-meistringskurs i kommunar, lærings- og meistringskurs (LMS) i spesialisthelsetenesta, rehabilitering i helseføretak og i regi av pasientorganisasjonar, og kontrollar i helseføretak eller hjå fastlege.

SAMARBEIDSFORSKING

Kols-retningslinjene tilrår òg opplæring til eigenomsorg (10). Sjukdomsspesifikk og samarbeidsbasert eigenomsorg er ein viktig del av oppfølginga, og då må brukaren ha hovudrolla i samarbeid med helsevesenet (12, 13). Brukarerfaringar er difor ein sentral del av kunnskapsgrunnlaget for oppfølginga.

Forskningsdesign som inkluderer brukarar, kan kallast samarbeidsforskning eller medforskning, og brukarane kan kallast medforskarar (5, 6).

Samarbeidsforskning skal inkludere sentrale aktørar i den praksisen ein studerer. Hovudprinsippet er at dei som bruker tenestene, og i nokre tilfelle tenesteytarane, skal delta likeverdige. Ved sterk involvering delte medforskarane i alle fasar av eit prosjekt. Metodologien er enno lite utvikla (4, 14, 15).

PLANLEGGING AV PROSJEKTET

Vi etablerte ei prosjektgruppe med deltakarar frå nærområdet: fire brukarar, to tenesteytarar og tre forskarar. Brukarane vart rekrutterte frå ei pasientforeining, frå ei brukarstyrt nettverksgruppe og på ein fagdag, og tenesteytarane var ein sjukepleiar og ein ergoterapeut tilsette i oppfølgingstenesta i spesialist- og primærhelsetenesta. Både tenestebraukarane og tenesteytarane blir i denne artikkelen kalla medforskarar.

Forskarane hadde erfaring frå samarbeids- og kols-forskning, og fleire i gruppa kjende kvarandre frå tidlegare fagleg samarbeid. Høgskulen i Sogn og Fjordane og Extrastiftelsen via Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har finansiert prosjektet, og Flora kommune og Helse Førde har late tenesteytarane delta i prosjektet i arbeidstida.

Gjennom gruppesamarbeid utvikla vi eit forprosjekt og eit hovudprosjekt. Ein viktig del av forprosjektet var medforskararkurset på 24 timar, inspirert av ein medforskararskule arrangert av Regionalt forskingsnettverk for stemningslidningar, Moodnet (16). Kurset inneheldt grunnleggjande opplæring om kvalitetsforbetring og forskning, gjennomført med førelesingar, diskusjonar og øvingar, og vi fekk hjelp frå fagfolk med spesialkompetanse på

områda og brukarar med erfaring frå samarbeidsforskning.

HOVUDPROSJEKTET

Hovudprosjektet vart utvikla parallelt med kurset, og innhaldet kunne difor tilpassast prosjektet. Vi prøvde å oppnå likeverdig deltaking i alle delar av planlegginga og gjennomføringa: behovsutgreiing, mål og metodar i tråd med prinsipp for sterk brukarinvolvering (17). Arbeidet vart fordelt etter kompetanse, til dømes gjorde forskarane litteratursøk, skreiv søknader og underviste, og medforskarane bidrog med erfaringskunnskap og med prioriteringar ut frå personlege erfaringar og samarbeid med andre brukarar.

Gjennom heile prosessen la vi vekt på praktisk tilrettelegging og godt samarbeidsklima, mellom anna ved å





setje av god tid til diskusjonar, uformelle samtalar og jamlege prosess-evalueringar. Forprosjektet vart evaluert med fokusgruppeintervju, og hovudinntrykket frå evalueringsstudien var at dette hadde vore «eit givande, men krevjande samarbeid for å betre tenestene» (4).

Isamsvar med dei prioriteringane medforskarane ønskte, utvikla vi hovudprosjektet med to delstudiar:

1. Ein tverrsnittstudie med survey for å kartlegge behov, tilbod og bruk av oppfølgingstenester
2. Ein deskriptiv kvalitativ intervju-studie for å utdjupe sentrale funn i delstudie I

Prosjektet vart tilrådd av REK Vest (referansenummer 2013/1301) med løyve frå Personvernombodet i Helse Førde (referansenummer 2013/5651).

METODE

Populasjonen i kartleggingsstudien var personar registrerte med kols som hovud- eller bidiagnose i Helse Førdes elektroniske pasientjournal-system. 400 personar vart inviterte til å delta. Vi sende invitasjon med informasjon, spørjeskjema og samtykkeformular i vanleg post, og seinare ei purring til dei som ikkje hadde svart. Brukarane hadde stand der dei informerte om studien og medverka til rekruttering. Data vart samla inn i 2013–2015.

Instrumenta i delstudie I var dei norske versjonane av kols-vurderingstest (CAT, GlaxoSmithKline 2009) (18), Patient Activation Measure (PAM 13, Insignia Health) (19), Social Provision Scale (SPS, 16 spørsmål, omsette til norsk) (20) og eit ad hoc-spørjeskjema som inkluderte sosiodemografiske variablar.

Medforskarane var sterkt involverte i utviklinga av det siste skjemaet, og prosjektgruppa testa alle skjema ved å fylle dei ut sjølve. Forskarane gjorde statistiske analysar, og alle var med på å velje ut funn til publisering og utforming av publikasjon (21). Forskarane laga førsteutkast til tekst på norsk, og dette vart presentert og diskutert på prosjektmøte der brukarane kom med kommentarar og innspel. Artikkelen vart til sist omsett til engelsk.

Til delstudie II gjorde vi eit

strategisk utval av deltakarar frå delstudie I som hadde sagt ja til intervju, og som hadde CAT-skår 21–29, tilsvarande høg symptombyrde på grunn av kols (19). Gruppa utvikla intervjuguiden i samarbeid på grunnlag av formålet med studien og eksisterande kunnskap, inkludert funn frå delstudie I.

Prosjektleiaren og ein av medforskarane gjennomførte kvart intervju saman, og gruppa gjennomførte ein kvalitativ innhaldsanalyse og utforma manus i fellesskap. Ein artikkel om denne studien er no publisert i eit vitskapleg tidsskrift (22).

NOKRE FORSKINGSRESULTAT

Det overordna målet med prosjektet var å identifisere sårbare område og unytta ressursar i kols-omsorga, og å vurdere funna opp mot faglege og politiske føringer. 116 personar deltok i delstudie I, og gjennomsnittsalderen var 69 år. 86 prosent hadde kols-symptombyrde mindre enn «svært høg» (CAT-skår <30).

Berre 44 prosent hadde vore til fastlegekontroll, og 26 prosent hadde vore til kontroll i spesialisthelsetenesta det siste året. 40 prosent hadde fått tilbod om LMS-kurs (86 prosent av desse gjennomførte), og 19 prosent hadde fått tilbod om rehabilitering (95 prosent gjennomførte). Om lag halvparten hadde middels eller høg grad av aktivisering for eigenomsorg målt med PAM 13 (20).

UTFORDRINGAR I KVARDAGEN

I delstudie II gjorde vi individuelle kvalitative intervju med seks menn og fem kvinner i alderen 62–76 år. Alle budde heime og fekk ikkje hjelp til dagleg eigenomsorg, og tre budde åleine. I intervju kom det fram at kvardagen gav dei store utfordringar med å lære seg sjølv og sjukdommen å kjenne, og dei brukte mykje tid og krefter på å trene og meistre daglege utfordringar.

For å klare kvardagen hadde dei god nytte av rehabilitering og opplæring, om dei fekk det, men dei hadde framleis kontinuerleg behov for trygg tilgang til kompetent hjelp. Det kom òg fram at dei ikkje trudde fastlegane hadde god nok kompetanse. Dei kjende seg meir trygge

på spesialisthelsetenesta, men ved akutte innleggingar vart dei utrygge av å møte stadig nytt helsepersonell som ikkje kjende problema deira (22).

TILRÅDINGAR IKKJE FØLGDE

Ifølgje brukarrapporterte data frå dette utvalet er tilrådingane om oppfølging i stabil fase (10) ikkje følgde. Data syner òg at eigenomsorgsaktiveringa burde vore høgere, og at brukarane i høg grad har nytta seg av dei tilboda dei har fått om opplæring og støtte.

Den kvalitative studien fortel om ein strevsam kvardag med behov for opplæring og rehabilitering for å meistre kvardag og forverringsepisodar, og behov for sikker tilgang til kvalifisert hjelp, spesielt når det oppstår akutte forverringar. Manglande tillit til fastlegane gjorde at dei som hadde kontaktar i spesialisthelsetenesta, føretrekte å ta kontakt med den når dei trong hjelp.

Desse studiane tyder på at sårbare område for denne brukargruppa er faktisk å få tilbod om opplæring og rehabilitering, jamlege kontrollar og rask tilgang til kvalifisert hjelp ved akutte kolsforverringar, noko som vanlegvis oppstår mange gonger i sjukdomstida. Unytta ressursar er den kunnskapen og viljen brukarane har til å gjennomføre god eigenomsorg dersom dei får nødvendig støtte til dette frå kompetent helsepersonell som dei har tillit til.

VÅRE ERFARINGAR

Prosjektet har gitt oss nyttig erfaring med samarbeidsforskning på kolsfeltet. Medforskarane var svært motiverte for å delta i arbeid som skulle gi innspel til betre tenester. Dei hadde tydelege prioriteringar for kva dei ønskte å undersøkje, og gav verdifulle bidrag til utforming av problemstillingar, informasjonsskriv og ad hoc-spørjeskjema, analysar, utforming av manus og innlegg på fagmøte.

Det var likevel svært krevjande for brukarane å delta på kurs og forskning, og delar av medforskarkurset låg på eit for avansert fagleg nivå. Denne tilbakemeldinga er viktig for å justere seinare kurs: Dei må nøye tilpassast føresetnadene til deltakarane. Medforskarane brukte mykje tid og krefter, og arbeidet tok lengre tid enn det som var planlagt.

Brukarane stilte med egne

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscript-central.com/sykepleien>

ressursar i form av erfaringskunnskap og motivasjon, men var samtidig sårbare. Ein brukar måtte ha pause undervegs på grunn av helseplager, og ein brukar døydde undervegs i prosjektet. Vi meiner difor at det er viktig å inkludere mange brukarar. Eit prosjekt med deltakarar som er alvorleg sjuke, må tole fråfall. Det er òg viktig å ha med mange medforskarar for å oppnå maktutjamning og likeverdige dialogar (17, 23).

Det er ei felles oppfatning i gruppa at god praktisk tilrettelegging, tid til diskusjonar og uformelt samvær, og vektlegging av samarbeidsklimaet har vore viktig for å oppnå likeverdig deltaking for alle partar. Ein annan viktig føresetnad har vore at det vart løyvd midlar til slikt samarbeid: ekstra tid, driftsutgifter og løn til medforskarane.

KONKLUSJON

Hovudkonklusjonane etter dette arbeidet er difor 1) at samarbeidsforskning er eit godt design for kvalitetsforbetring av oppfølgingstenester, og 2) at studiane viste at kols-retningslinene frå 2012 og samhandlingsreforma ikkje var tilstrekkeleg implementerte i dei undersøkte utvala. ●

REFERANSAR:

1. Forskningsrådet. Brukermedvirkning i helseforskningsprogrammene. 2017. Tilgjengeleg frå: https://www.forskningsradet.no/prognett-globvac/Artikkel/Brukermedvirkning_i_helseforskningsprogrammene/1254019674478?langno (lasta ned 11.12.2017).
2. Helse Vest. Nasjonalt program for klinisk behandlingssforskning. 2018. Tilgjengeleg frå: <http://kliniskforskning.hf-forsk.org/brukermedvirkning/> (lasta ned 20.01.2018).
3. Moltu C, Stefansen J, Svisdal M, Veseth M. Negotiating the co-researcher mandate-service users' experiences of doing collaborative research on mental health. *Disability and Rehabilitation*. 2012;34(19):1608–16.
4. Halding AG, Fossøy AB, Moltu C, Grov EK. «Eit givande, men krevjande lagspel for å betre tenestene». Brukarerfaringar frå samarbeidsforskning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2016;12(1):34–48.

5. Borg M, Kristiansen K, Glover H, Volden O, Beston G, Hauge S, et al. Medforskning: å forske sammen for kunnskap om psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
6. Johannessen A, Natland S, Stokken AM. Samarbeidsforskning i praksis: erfaringer fra HUSK-prosjektet. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
7. GOLD. Global strategy for the diagnoses, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2017. Tilgjengeleg frå: <file:///C:/Users/sigfla/Downloads/wms-GOLD-2017-FINAL.pdf> (lasta ned 10.12.2017).
8. Bratås O. Multidisciplinary rehabilitation in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – incentives for choosing rehabilitation and short- and long-term effects. (Doktoravhandling). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2011.
9. Halding A, Heggdal K. Patients' experiences of health transitions in pulmonary rehabilitation. *Nursing Inquiry*. 2012;19(4):345–56.
10. HelseDirektoratet. Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Oslo: HelseDirektoratet; 2012. Tilgjengeleg frå: <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols> (lasta ned 10.12.2017).
11. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (lasta ned 10.12.2017).
12. Bourbeau J. The role of collaborative self-management in pulmonary rehabilitation. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine*. 2009;30(6):700–7.
13. Zwerink M, Brusse Keizer M, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Moninkhof EM, van der Palen J, et al. Self-management for patients

- with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;19(3):CD002990.
14. Oliver S, Liabo K, Stewart R, Rees R. Public involvement in research: making sense of diversity. *Journal of Health Services & Policy*. 2015;20(1):45–51.
 15. Domecq J, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014;14:89. DOI:10.1186/1472-6963-14-89.
 16. Svisdal M, Moltu C, Sletvold E. Forskerskole for medforskere: evalueringsrapport. Stavanger: Helse Vest, Det regionale samarbeidsorganet, Regionalt forskningsnettverk for stjerningslidelser; 2010.
 17. Larsen T, Sagvaag H. Brukermedvirkning: mer enn fordeling av makt i tjenesteutvikling. I: Johannessen A, Natland S, Stokken AM, red. *Samarbeidsforskning i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. s. 52–67.
 18. COPD Assessment test [internet]. Middlesex: COPD; 2016 [oppdatert 10.2016, sitert 14.10.2016]. Tilgjengeleg frå: <http://www.catestonline.org/>
 19. Insignia Health. The Patient Activation Measure® (PAM®) 2018. Tilgjengeleg frå: <https://www.insigniahealth.com/products/pam-survey> (lasta ned 14.10.2016).
 20. Bondevik M. The life of the oldest old: studies concerning loneliness, social contacts, activities of daily living, purpose in life and religiosity. (Doktoravhandling.) Universitetet i Bergen; 1997.
 21. Halding A, Grov E. Self-rated health aspects among persons living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2017;12:1163–72.
 22. Halding AG, Aarshheim EI, Jensen AJ, Stavøstrand S, Grov E. Chronic Obstructive Pulmonary Disease transitions in health and self-management: service users' experiences from everyday life. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018;13:2075–88.
 23. Pauravaara K. Reflections on collaborative research: to what extent and on whose terms? *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2015;17(3):272–83.

ANNONSE

Jobber du med mennesker i risikogruppen for hepatitt C?

Nå kan flere få hjelp!
LES MER PÅ MSDHEPATITTC.NO



MSD (Norge) AS, Grønland 51, 3002 Drammen, Tlf 32207300, www.msd.no
Copyright © 2018 MSD (Norge) AS. All rights reserved. INFC-1254758-0007 09/18

Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

Del bilder fra din sykepleierhverdag og tagg dem med **#yrkesykepleier**.



@szocsandi

Three short weeks, five more shifts and an exam. And then I get to fly back home to spend the holidays with my family & friends.



@dagrunnn

Takk for 3 fine år på Haukeland Universitetssykehus!
Aldri har jeg lært så mye.



@aawzml

Idag har jeg vært så superheldig og fått lov til å være med i det fantastiske kirurgteamet på vakt i akuttmottaket, og åpen hjertekirurgi for å sette inn ny hjerteklaff!



@simenlan

Dagens kontor. #ambulanse



@nasandal

Because CPR saves lives



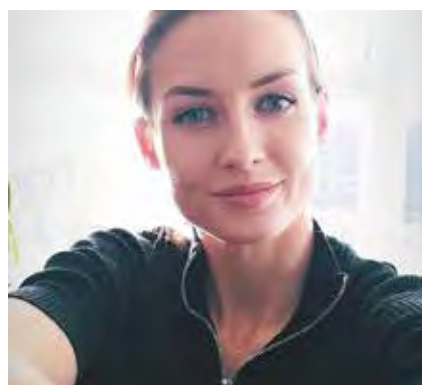
@miraodden

Repøvelse er ikke så verst



@rut91

Soooo Rut, are we gonna do a handstand tonight?



@kariname.k

When the sun peaks through the clouds, and monday is your day off ...



@helenestykket

3/3 #nattevaktshelg



– Vi var godt forberedt da vi startet opp NAST-team, sier Linda Berstad.

Lærer nyfødte å spise hjemme

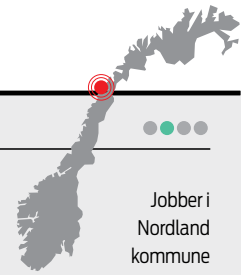
● Fortalt til **Monica Hilsen**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2008

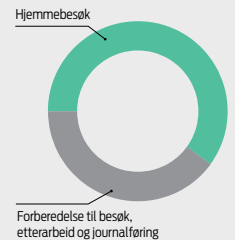
CV

2008–d.d.: Nyfødt-intensiv avdeling
2016–2017: Videreutdanning i barnesykepleie ved Nord universitet



Jobber i Nordland kommune
67°N

Når jeg jobber, driver jeg med ...



Nyfødtintensiv ambulerende sykepleietjeneste (NAST) er et frivillig tilbud til spedbarn i spisetreningsfasen. Tjeneren fungerer veldig bra hos oss her i Bodø.

For at foreldrene kan reise hjem fra nyfødtintensiv med barnet, må gitte kriterier oppfylles. Barnet må: være stabilt uten overvåkning, være født etter 34. svangerskapsuke, ha økende vektkurve, klare å spise litt selv og holde stabil temperatur i senga.

Det kreves at to omsorgspersoner kan ta vare på barnet i hjemmet. Alle barn som reiser hjem fra sykehuset, har sonde. Omsorgspersonene må beherske den og føle seg trygge.

Målet vårt er å få flere inn i ordningen, fordi vi ser hvordan foreldrene vokser på å komme hjem. Når vi er på hjemmebesøk, blir det de som styrer showet, og vi blir observatører. Stresset rundt spisetreningen reduseres mye.

I dag har jeg NAST-vakt. Jeg skal på to besøk, og det tar meste-parten av dagen. Etter hjemmebesøkene drar jeg tilbake til kontoret, hvor jeg journalfører hvordan besøket gikk, og hva som er planen videre.

I gjennomsnitt har hver pasient fem hjemmebesøk, og til nå har teamet besøkt 40 barn siden oppstarten i mars 2017. Cirka 90 prosent av disse ammet. Dette er veldig positivt.

Når barnet spiser og legger på seg, skrives det ut fra NAST til helsestasjonen.

Vi er fem barnesykepleiere som rullerer på NAST-vakt. Hvis det oppstår situasjoner hvor foreldrene trenger hjelp utenom vakttidene, kan de ringe til nyfødtintensiv eller dra innom sykehuset. Barnet har åpen retur, og det gjør at flere tør å benytte tilbudet.

Jeg hadde ingen planer om å ta videreutdanning innenfor barn. Men da jeg hadde min siste praksis under grunnutdanning ved nyfødtintensiv avdeling, trivdes jeg veldig godt. Jeg fikk en stilling her i etterkant av praksisen og har blitt værende her siden.

Å jobbe med barn er fantastisk. ●

monica.hilsen@sykepleien.no



sykepleien.no

Les mer:

Historiene til 100 andre sykepleiere finner du her: Tema/yrke sykepleier



MESTRING: Linda Berstad er på hjemmebesøk hos Stine Johnsen med tvillingene Emrik (som mor holder) og Emilia (som ligger i forgrunnen). Foto: Bjørn Erik Olsen



Hvordan mestre tilværelsen som småbarnsmor når både du og de rundt deg har slitt med rus hele livet?

Forsker på de mest sårbare: mor og rusavhengig

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Eli Marie Wiig har tatt doktorgrad på en av samfunnets mest sårbare grupper.

11. september i år forsvarte sykepleieren og pedagogen sin doktorgradsavhandling om rusmiddelavhengige kvinner som blir mødre. Om deres utenforskap. Om hvordan rusproblemer ofte går i arv. Om helsepersonells utfordringer i behandlingen av denne gruppen.

– Vi ser at over halvparten av pasientene på rusinstitusjoner har vokst opp i familier med rusproblemer. Forskningen sier også at rusavhengighet er en av de mest arvelige sykdommene som finnes.

– *Hva gjør den arvelig?*

– Det er en ganske stor genetisk faktor, men det er selvfølgelig en disposisjon man arver, og ikke avhengigheten i seg selv. I tillegg er det naturligvis en klar psykologisk og sosiologisk arv. Den sosiologiske arven tror jeg henger mye sammen med skam og utenforskapet disse familiene opplever.

KOMPLEKS BEHANDLING

I doktorgradsarbeidet har Wiig blant annet dybdeintervjuet ni mødre innlagt ved en større norsk rusinstitusjon og deres nærmeste støttepersoner. Institusjonen har en egen familieenhet, hvor rusavhengige småbarnsforeldre blir lagt inn sammen med barna sine. Her skal de lære å bli foreldre gjennom barnets første år, samtidig som rusavhengigheten behandles.

– Det er en veldig kompleks behandling, og hvis både mor og far er med, er stort sett begge to rusavhengige. Ofte har de ikke vært rusfrie sammen. De har truffet hverandre i rusmiljøet og aldri levd et vanlig liv.

Alle mødrene Wiig intervjuet, hadde selv

vokst opp i familier med rusproblemer.

Wiig forteller at hun identifiserte fem store utfordringer hos kvinnene:

1. De skulle bli mødre, men manglet rollemodeller.

2. De skulle bli rusfrie.

3. De måtte bygge et nytt sosialt nettverk utenom rusmiljøene som kjærester og andre familiemedlemmer tilhørte.

4. De hadde ofte store traumer fra barndommen som de trengte behandling for.

5. De måtte bli integrert i samfunnet, etter å ha levd et liv i utenforskap.

DEN VIKTIGE STØTTEN

Fortellingene hun hørte om hele liv levd utenfor eller i randsonen av samfunnet, gjorde sterkt inntrykk på Wiig. For alle nybakte mødre betyr støtte fra de nærmeste mye. Tilgang på engasjerte besteforeldre og en pålitelig partner kan være alfa og omega. Flere av mødrene Wiig intervjuet, måtte derimot jobbe med å distansere seg fra kjæreste og foreldrene.

Alle intervjuobjektene klarte likevel å peke på én person de trodde de ville kunne få støtte av – enten det var partner, mor, søster eller venninne. Wiig intervjuet også disse støttepersonene.

– Disse relasjonene hadde tålt utrolig mye belastning. Likevel var de der. Det var imponerende. Det gir tro på fremtiden.

Wiig påpeker at det helst bør være stor grad av gjensidighet dersom gode relasjoner skal vare.

– Når det er nær familie, så ser det derimot ut til at relasjonen tåler mer å være enveis.

Mange av støttepersonene hadde selv slitt med rusavhengighet eller hatt psykiske

vanskeligheter. De hadde gjerne dårlige nettverk, i likhet med mødrene.

Likevel er Wiig opptatt av at man bygger på slike relasjoner i behandlingen.

– Men for at de skal hjelpe mødrene med å bygge et nettverk, så må også støttepersonene ha støtte.

Tross pasientgruppens enorme utfordringer opplevde Wiig også mange lyspunkter og lot seg imponere av kvinnene hun intervjuet.

– Det slo meg hvor utrolig sterke og modige mange av mødrene var. De hadde hatt fryktelig odds og mye dårligere muligheter enn det mange av oss andre har.

Noen av mødrene klarte å slutte med rus på egen hånd før de ble lagt inn.

KREVENDE FOR DE ANSATTE

– *Hva kan sykepleiere i ulike deler av helsevesenet bidra med?*

– For det første er det jo mange sykepleiere som jobber i rusinstitusjoner, både i behandlergruppa og som miljøterapeuter. Helsesøstre er selvsagt sentrale, og også sykepleiere i psykisk helsetjeneste ute i kommunene.

Wiig trekker frem programmet Nurse-Family Partnership som et eksempel.

– Det handler om at utsatte familier får besøk av en sykepleier og gis tett oppfølging fra svangerskapet og frem til barnet er to år. Det er flott, men vi trenger noe mer.

Wiig har også intervjuet ansatte ved institusjonen der mødrene var innlagt.

– Behandlingsformen er svært kompleks. De skal både behandle en rusavhengig voksen, bygge et godt mor/barn-samspill og samtidig se til at et lite nyfødt barn får en trygg start i livet.



ENGASJERT: Barn som ikke har det bra, har alltid opprørt og engasjert sykepleier og pedagog Eli Marie Wiig ved KoRus-Sør.

Det er veldig omfattende og krevende.

Wiig forteller at ansatte ofte ender med å prioritere enten mor eller barn.

– *Handler det da om hvor de selv kommer fra faglig?*

– Det kan se sånn ut. De som hadde arbeidet lenge i en rusinstitusjon, hadde en tendens til å ville behandle rusavhengigheten først. De sa at hvis en rusavhengig mor skal fokusere på samspillet med barnet i starten av behandlingen, vil hun bare få nye opplevelser av mislykkethet.

– De som satte barnet fremst, mente på sin side at det å bli mor i seg selv kunne gi nok motivasjon. Altså at når mor så hva hun fikk til i samspill med barnet, vil det gjøre henne motivert og sette rusen i bakgrunnen.

De ulike tilnærmingene til behandlingen kan

ifølge Wiig føre til spenninger mellom ansatte. Hun tar til orde for kollegabasert veiledning, for å skape forståelse for ulike synspunkt og for at de ansatte skal utfylle hverandre.

«Rusavhengighet er en av de mest arvelige sykdommene som finnes.» Eli Marie Wiig

– De bruker jo av seg selv, til de grader. Og hvem blir ikke berørt av et lite barn som ikke har det bra? Det er gode argumenter for å fokusere på barnet, og det er gode argumenter for å fokusere på rusbehandlingen. Begge sider har gode insensjoner og ønsker virkelig å hjelpe.

OSS, IKKE DEM

– *Hvilke praktiske konsekvenser håper du kan følge i kjølvannet av avhandlingen din?*

– Jeg håper først og fremst på mer åpenhet og forståelse for at rusmiddelavhengighet er en sykdom på linje med andre sykdommer. Vi har jo sett at samfunnet har forandret seg veldig når det gjelder andre tabuområder, for eksempel psykiske lidelser, som det er blitt mye mer «lovlig» å snakke om. Så har vi homofili, som var tabu da jeg vokste opp. Det er det ikke lenger. Heldigvis.

– Vi ser at det går an å endre ting i samfunnet. Alle kjenner dessuten noen som i det minste drikker for mye. Det gjør at vi burde skjønne at rusproblematikk ikke nødvendigvis handler om «de andre», men om oss selv. Ikke sant? ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



HVORDAN PÅVIRKER VITAMIN D INFLAMMATORISK TARMSYKDOM?

Vitamin D-mangel kan forverre inflammatorisk tarmsykdom (IBD).
Hvilke anbefalinger bør gastrosykepleiere gi til denne pasientgruppen?

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.73952



Kristin Kirkestuen
Gastrosykepleier, Medisinsk undersøkelsesenheter, Sykehuset Innlandet, Divisjon Lillehammer

I sykepleiekonsultasjoner på poliklinikken møter vi ofte pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD – Inflammatory Bowel Disease) som har vitamin D-mangel. Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom er autoimmune sykdommer som går under fellesbenevnelsen IBD. Begge gir inflammasjon i tarmslimhinnen med varierende grad av betennelse og sykdomsaktivitet og alternerer mellom gode perioder der sykdommen er i remisjon, og perioder med tilbakefall.



Marit Hegg Reime
Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Crohns sykdom kan ramme deler av hele fordøyelsessystemet, fra munnen til endetarmen, men rammer hyppigst siste del av tynntarmen (terminale ileum) eller tykktarmen. Ulcerøs kolitt rammer tykktarmen og endetarmen (1).

VITAMIN D-MANGEL

Det er antatt at en milliard mennesker i verden har vitamin D-mangel, og studier viser at forekomsten er mye høyere hos pasienter med IBD. Fire av fem pasienter med nyopplaget IBD har lav vitamin D-status (2).

Det er mange årsaker til vitamin D-mangel. De viktigste er lavt inntak, malabsorpsjon av vitaminet, lite soleksposering, økt tap av vitaminet (nefrotisk syndrom),

økt metabolisering (antiepileptika) eller perifer resistens (3). Studier har vist at evnen til å absorbere vitamin D er cirka 30 prosent lavere hos pasienter med Crohns sykdom enn hos friske (4).

Vitamin D er en fellesnevner for en gruppe steroidliknende hormoner. Hovedfunksjonen er å regulere kalkstoffskiftet, men i de

«Det er antatt at en milliard mennesker i verden har vitamin D-mangel.»

senere årene er det blitt avdekket at vitamin D kan påvirke en rekke andre tilstander, deriblant autoimmune sykdommer (3, 5). En studie som fulgte pasienter med IBD over fem år, avdekket at det var sammenheng mellom lav vitamin D-status og økt sykkelighet, økt bruk av steroider og biologisk behandling samt større behov for helsetjenester (6).

LITTERATURSØK

Disse funnene fanget interessen vår for å kartlegge hvilke anbefalinger en gastrosykepleier bør gi IBD-pasienter med vitamin

D-mangel. Vi utførte et litteratursøk etter metaanalyser, systematiske oversikter, retningslinjer, oversiktsstudier, randomiserte, kontrollerte studier og kohortstudier i databasene Cochrane Library, Medline, Joanna Briggs, UpToDate, Epistemonicos, Embase, PubMed, McMasterPlus og Helsebiblioteket høsten 2017, basert på søkeordene «Inflammatory Bowel Disease*», «vitamin D», «therapy*», «treatment*», «guideline» og «nurse*».

FOREKOMSTEN AV SYKDOM

Den høyeste prevalensen av disse sykdommene finner vi i Nordvest-Europa og Nord-Amerika.

I Norge er forekomsten på 5,8 per 100 000 for Crohns sykdom og 13,6 per 100 000 for ulcerøs kolitt, men med økende forekomst de siste årene (7). Årsaken til IBD er ennå ukjent, men den ledende hypotesen er at det oppstår en feilaktig immunrespons på tarmens egne bakterier hos genetisk disponerte individer (1, 7).

AUTOIMMUNE SYKDOMMER

Det er motstridende evidens for hvorvidt vitamin D har en terapeutisk effekt på IBD. Studier har vist en sammenheng mellom lav vitamin D-konsentrasjon i blodet og aktiv sykdom, flere tilbakefall, flere sykehusopphold og behov for

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Flere studier viser at vitamin D-mangel er assosiert med sykdomsforverring, flere sykehusopphold og behov for kirurgi hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD). Det er også holdpunkter for at en optimalisering av vitamin D-statusen kan ha en terapeutisk effekt, spesielt for pasienter med Crohns sykdom. Gastrosykepleierne spiller en viktig rolle ved å gi disse pasientene kunnskapsbaserte anbefalinger om hvordan de kan optimalisere vitamin D-nivået.

Nøkkelord

- Inflammatorisk tarmsykdom
- Vitamin D
- Gastrosykepleier
- IBD



KOSTHOLD: Vitamin D finnes mest i matvarer som blant annet fet fisk, tran, melk tilsatt vitamin D, egg og ost. Illustrasjonsfoto: Magnar Kirknes / VG / NTB scanpix

Forklaringer på fagbegreper

Cytokiner: Signalproteiner som regulerer immunsystemet.

Kjemokiner: Et molekyl som T-cellen skiller ut. Kjemokiner kan mobilisere både lymfocytter, andre leukocytter og øvrige celler i kroppen til å forsvare den mot invaderende mikroorganismer.

Tarmepitel-barrierefunksjon: Tarmveggen jobber sammen med immunforsvaret for å opprettholde absorpsjonsfunksjonen samtidig som at farer fra miljøet holdes ute.

Hydroksylaser: En gruppe enzymer som når de virker på visse organiske forbindelser, erstatter et hydrogenatom i vedkommende forbindelse med en hydroksylgruppe, OH.

Metabolitter: Metabolitter er stoffskifteprodukter. Metabolitter oppstår når organismen omdanner et stoff gjennom en serie av biokjemiske reaksjoner.

Immunmodulerende midler: Legemidler som brukes til å modifisere eller endre immunsystemet.

Kilder: Den store danske, Store medisinske leksikon, Store norske leksikon og BestPractice

kirurgi. Det er imidlertid uklart om vitamin D-mangel er en årsak til eller et resultat av IBD (8). Det pågår imidlertid flere store studier på dette området som vil kunne bidra til å avklare betydningen av vitamin D når IBD behandles (9–11).

INFLAMMATORISK TARMSYKDOM

Effekten av vitamin D på immunsystemet er kompleks (4, 8, 12). TNF (Tumor Necrosis Factor) er ett av flere proinflammatoriske cytokiner som blir produsert tidlig i en betennelsesreaksjon. Vitamin D hemmer frigjøringen av proinflammatoriske cytokiner (2, 5, 8, 12, 13). Ved for lite vitamin D reduseres tarmens motstandskraft mot bakterielle angrep.

Vitamin D kan også forbedre tarmepitel-barrierefunksjonen ved IBD. Pasienter med Crohns sykdom har økt slimhinnepermeabilitet i tarmen, som har vært assosiert med betennelse og ubalanse i tarmens bakteriesammensetning, noe som kan øke sjansen for klinisk tilbakefall i stabile perioder (2, 13, 14).

Flere studier viser at det er en sammenheng mellom lavt vitamin D-nivå og høyere sykdomsaktivitet ved IBD, med flere sykdomsutbrudd, sykehusopphold og operasjoner (4, 6, 13, 15, 16), mens andre studier ikke ser noen sammenheng (4, 13).

Forsøk som er gjort på mus, har vist at mus som blir påført vitamin D-mangel, kan utvikle betennelse

i tykktarmen (kolitt). Mus med kolitt som ble behandlet med vitamin D, hadde mye lavere nivå av proinflammatoriske cytokiner og kjemokiner, som igjen resulterte i mindre inflammasjon og epitel-skade (4, 8, 12–14). Imidlertid viser Meeker og medarbeidere (14) til variable resultater i museforsøk.

VITAMIN D I MATVARER

Vitamin D forekommer i to former: vitamin D2 (ergokalsiferol) og vitamin D3 (kolekalsiferol). De har den samme biologiske effekten hos mennesket, og begge formene finnes i maten. Vitamin D2 finnes blant annet i sopp – dog i små mengder.

Vitamin D3 finnes mest i fet fisk, tran, melk tilsatt





vitamin D, egg og ost. Vitamin D fra matvarer finnes i fettene i matvarene, fordøyes sammen med fettene i tarmen og suges opp fra tarmen og over i blodet sammen med fettene (17, 18).

NORMAL SERUMVERDI

Solen og kosten gir såkalt inaktivt vitamin D, som hydroksyleres i leveren til metabolitten 25-hydroksyvitamin D (25(OH)D). Denne hydroksyleres i nyrene til den aktive formen 1,25-dihydroksyvitamin D. Det har også vist seg at denne prosessen kan foregå i andre organsystemer, som lever, intracellulært i vev, bein, tarmepitel, prostataceller og immunceller. 25(OH)D målt i blodprøver er et anerkjent mål for vitamin D-status (19).

Nordisk ministerråds ekspertgruppe har basert sine inntaksanbefalinger på at befolkningen bør ligge på et 25(OH)D-nivå på >50 nmol/l (19), som også er sammenfallende med konklusjonen i Institute of Medicines rapport om vitamin D (12, 20). Nivået er satt etter en totalvurdering av tilgjengelig kunnskap om D-vitaminets påvirkning på helsen (19).

I egen praksis opererer man med referanseområder mellom 50–150 nmol/l. Hva som er optimale nivåer av vitamin D, er imidlertid mye diskutert. En studie av Hlavaty og medarbeidere (4) viste at sykdomsaktiviteten hos pasienter med IBD var lavest ved en serummåling på mellom 125 og 147,5 nmol/l, og det anbefales at man må unngå et serumnivå av 25(OH)D-nivå under 75 nmol/l (16).

ADMINISTRASJONSFORMER

Det finnes forskjellige former for vitamin D-tilskudd, både orale og parenterale administrasjonsformer. Det er anbefalt å ta vitamin D3 som tilskudd, og det er mest vanlig å ta tilskuddet i oral form, enten som dråper til barn eller tablett til voksne (4). Pasienter med kort tarm-syndrom må ha vitamin D-tilskudd parenteralt. Pasienter som har operert bort <300 cm tynntarm, kan ta vitamin D3 oralt (4).

VITAMIN D-FORGIFTNING

Det man er redd for ved høye doser vitamin D, er vitamin D-forgiftning eller hyperkalsemi. Forgiftningen oppstår fordi vitamin D øker opptaket av kalsium. Hyperkalsemi kan føre til nyrestein, muskelsvakhet, tretthet, depresjon, forstyrrelser av hjerterytme, kvalme og oppkast. Disse bivirkningene forekommer imidlertid svært sjelden (2, 20). For å få hyperkalsemi må man stå på store doser vitamin D, >10 000 IE/d i mange måneder, kanskje år (2).

NÆRINGSSTOFFANBEFALINGER

De nordiske næringsstoffanbefalingene er basert på at befolkningen bør ligge på et vitamin D-nivå på >50 nmol/l, og det anbefales et daglig inntak på 10 µg (400 IE) vitamin D. Eldre over 75 år anbefales en døgndose på 20 µg (800 IE) (19, 20). Det kan være nødvendig med høyere doser for personer med dårlig kosthold, lav soleksponering og mørk hud samt overvektige og personer som bor langt nord eller i institusjoner (12, 20).

Forskrift om endring i forskrift om kosttilskudd innførte nye maksimumsgrenser for vitamin D per døgn. Disse grensene er inndelt i fire alderstrinn: 1–3 år, 3–11 år, 11–18 år og over 18 år. Her er maksimumsgrensen for barn fra 11 til 18 år satt til 40 µg, og for voksne til 80 µg per døgn (20, 21).

ØKE VITAMIN D-STATUSEN

En spiseskje tran eller en porsjon laks (150 g) vil gi henholdsvis 24 µg og 15 µg vitamin D (19). Nilsen og Moan (22) anbefaler 2 spiseskjeer tran om dagen, altså 20 ml, som tilsvarende cirka 1600 IE vitamin D for å holde konsentrasjonen i blodet på rundt 100 nmol/l. Vitamin D-tilskudd er også et alternativ for å få i seg nok vitamin D. For tilskudd er anbefalt døgndose 20 µg (800 IE).

Ved vitamin D-mangel og serumkonsentrasjon på 25–50 nmol/l anbefales 1–2 kapsler daglig (800–1600 IE). Ved serumkonsentrasjoner <25 nmol/l anbefales 1–4 kapsler (800–3200 IE)

daglig i 12 uker, ifølge Felleskatalogen (23). Ved regelmessig bruk av tran og inntak av fet fisk dekkes det daglige D-vitaminbehovet for de fleste (19).

SOLEN ER VIKTIGST

Vitamin D produseres i huden når huden utsettes for solens stråler. Produksjonen skjer ved at kolesterol omdannes til kolekalsiferol (vitamin D3) når huden utsettes for UVB-stråler. Produksjon av vitamin D3 er avhengig av soleksponering, årstid, breddegrad, påkledning, hudpigmentering og bruk av solkrem (4, 19).

I vinterhalvåret har vi lite sollys i Norge, og derfor må vi sørge for å få nok vitamin D fra andre kilder (3). Mørkhudede må også være lenger i sola enn lyshudede for å få samme konsentrasjon av vitamin D

i blodet (12). En dag i solen uten klær gir omtrent 10 000 IE (22).

Florence Nightingale mente at solen hadde en terapeutisk effekt, og la derfor alle sine sykehus i solhellinger (22). Det er kjent at forekomsten av IBD øker med høyere breddegrad, og at sykdomsaktiviteten ofte er høyere på sen vinteren og våren. Lav soleksponering har også vist seg å være en risikofaktor for å utvikle IBD (24).

OPPFØLGING AV STATUS

Forskningen viser at vitamin D-nivået hos IBD-pasienter er viktig. Derfor spiller gastrosykepleierne på IBD-poliklinikken en viktig rolle ved å gi pasienten oppfølging, råd og veiledning. Dette kan bidra til at pasienten får et mindre uttalt symptombylde og dermed bedre livskvalitet. Vitamin D-statusen til IBD-pasienter bør kontrolleres ved diagnosetidspunktet, årlig i hvilende sykdomsfaser og ved hver episode av aktiv sykdom (2).

Det er viktig at gastrosykepleiere er oppmerksomme på at pasienter som blir behandlet med

«Effekten av vitamin D på immunsystemet er kompleks.»

immunmodulerende thiopurine, slik som steroider og Imurel, har større risiko for å utvikle hudkreft og bør derfor være forsiktige med å oppholde seg i sola (12).

For disse pasientene er det ekstra viktig å gi anbefalinger om kosthold og vitamin D-tilskudd. European Crohn's and Colitis Organisation anbefaler også at pasienter som står på steroidbehandling og pasienter som har redusert bentetthet, skal ha tilskudd av vitamin D (4).

OPPSUMMERING

Forskning viser noe motstridende evidens, men flere studier viser at vitamin D-mangel er assosiert med sykdomsforverring, flere sykehusopphold og behov for kirurgi hos IBD-pasienter. Det er også holdepunkter for at en optimalisering av vitamin D-statusen kan ha en terapeutisk effekt for disse pasientene, spesielt for pasienter med Crohn's sykdom.

Selv om det er behov for flere randomiserte, kontrollerte studier av god kvalitet for å fastslå den terapeutiske effekten, er det på den andre siden ikke holdepunkter for at det gir bivirkninger å behandle med vitamin D-tilskudd i anbefalte doser. IBD-pasientens vitamin D-status bør vurderes både ved diagnostidspunktet og i det videre sykdomsforløpet.

Gastrosykepleierne spiller en viktig rolle ved å gi disse pasientene kunnskapsbaserte anbefalinger om hvordan de kan optimalisere vitamin D-nivået. Avhengig av pasientens sykdomsbilde og vitamin D-statusen bør gastrosykepleierne veilede pasienten om kosthold og matvarer som inneholder vitamin D, og viktigheten av å få tilstrekkelig soleksponering. De bør også, i samråd med lege, anbefale vitamin D-tilskudd om nødvendig.

Takk til førsteamanuensis Fred Ivan Kvam ved Institutt for helse- og omsorgsuitskap, Høgskulen på Vestlandet for nyttige kommentarer til artikkelen. ●

REFERANSER:

- Ericson E, Ericson T. Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling. Lund: Studentlitteratur; 2012.
- Rafferty T, O'Morain C, O'Sullivan M. Vitamin D: New roles and therapeutic potential in inflammatory bowel disease. *Current drug metabolism*. 2012;13(9):1294–302.
- Dahl SR, Thorsby PM. Hvordan måle vitamin D-status. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2014;134(7):729–31.
- Hlavaty T, Krajcovicova A, Payer J. Vitamin D therapy in inflammatory bowel diseases: who, in what form, and how much? *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;9(2):198–209.
- Abdo J, Rai V, K Agrawal D. Interplay of immunity and vitamin D: interactions and implications with current IBD therapy. *Current Medicinal Chemistry*. 2017;24(9):852–67.
- Kabbani TA, Koutroubakis IE, Schoen RE, Ramos-Rivers C, Shah N, Swoger J, et al. Association of vitamin D level with clinical status in inflammatory bowel disease: a 5-year longitudinal study. *The American Journal of Gastroenterology*. 2016;111(5):712.
- Buer LC, Moum BA. Inflammatorisk tarmsykdom – diagnostikk og behandling. *Indremedisineren*; 2016. Tilgjengelig fra: <https://indremedisineren.no/2016/08/inflammatorisk-tarmsykdom-diagnostikk-og-behandling/> (nedlastet 05.06.2017).
- Nicholson I, Dalzell AM, El-Matary W. Vitamin D as a therapy for colitis: a systematic review. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2012;6(4):405–11.
- Limketkai BN, Kavuru R, Parian A, Al Kazzi ES, Hutfless SM. Vitamin D for the treatment of inflammatory bowel disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(7). Art. nr.: CD011806. DOI: 10.1002/14651858.CD011806.
- Folkehelseinstituttet. Høydose vitamin D som behandling av autoimmune sykdommer Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: https://nyemetoder.no/Documents/Forslag/ID2016_081_Hoydose%20vitamin%20D.pdf (nedlastet 29.09.2017).
- Mousa A, Misso M, Teede H, Scragg R, de Courten B. Effect of vitamin D supplementation on inflammation: protocol for a systematic review. *BMJ open*. 2016;6(4):e010804.
- Ghaly S, Lawrence I. The role of vitamin D in gastrointestinal inflammation. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2014;8(8):909–23.
- Reich KM, Fedorak RN, Madsen K, Kroeker KI. Vitamin D improves inflammatory bowel disease outcomes: basic science and clinical review. *World Journal of Gastroenterology*; WJG. 2014;20(17):4934.
- Meekeer S, Seamons A, Maggio-Price L, Paik J. Protective links between vitamin D, inflammatory bowel disease and colon cancer. *World Journal of Gastroenterology*. 2016;22(3):933.
- Ananthakrishnan AN, Cagan A, Gainer VS, Cai T, Cheng S-C, Savova G, et al. Normalization of plasma 25-hydroxy vitamin D is associated with reduced risk of surgery in Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2013;19(9):1921–7.
- Nielsen OH, Rejnmark L, Moss AC. Role of Vitamin D in the natural history of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2018;12(6):742–52. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jiy025.
- Sjoven RJ, Thoresen L. Sykepleierens ernæringsbok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
- Norsk Helseinformatikk. Vitamin D. Trondheim; 2016. Tilgjengelig fra: <http://nevro.legehandboka.no/handboken/nel/prover-og-svar/klinisk-kjemi/blodprover/vitamin-d/> (nedlastet 05.06.2017).
- Brustad M, Meyer HE. Vitamin D – hvor mye er nok, og er mer bedre for helsen? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2014;134(7):726–8.
- Reiter L, Stenberg-Nilsen H. For høyt innhold av vitamin D i kosttilskudd? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2017;(1). DOI: 10.4045/tidsskr.171013.
- Forskrift 30. mai 2017 nr. 671 om endring i forskrift om kosttilskudd. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-05-30-671> (nedlastet 13.03.2018).
- Nilsen F, Moan J. Unga hudkreft og andre sykdommer [podkast]. *Mentaltreneren*. (Nedlastet 25.06.2017).
- Felleskatalogen. Nycoplus vitamin D3. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/nycoplus-vitamin-d3-internis-633282> (nedlastet 20.10.2017).
- Frigstad SO, Høivik M, Jahnson J, Dahl SR, Cvancarova M, Grimstad T, et al. Vitamin D deficiency in inflammatory bowel disease: prevalence and predictors in a Norwegian outpatient population. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2017;52(1):100–6.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Sunnaas sykehus tilbyr høyspesialisert rehabilitering til mennesker som har vært utsatt for alvorlig sykdom eller skade. Sunnaas er Norges største spesialiserte sykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering og ett av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst. Sunnaas har hovedsakelig regionale, men også nasjonale oppgaver, og er et sykehus med universitetsfunksjoner.

Sunnaas sykehus er akkreditert etter de internasjonale standardene til Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARF.

Du kan lese mer om sykehuset på www.sunnaas.no

Sunnaas sykehus HF

Er du vår nye fagsjef innen sykepleie?

Vi ser etter en ny fagsjef innen sykepleie. Du har pågangsmot og er god på å skape relasjoner internt og eksternt. Vi ser etter deg som har grunderånd og interesse for å kommunisere sykepleiefaget på en profesjonell og engasjerende måte.

Du vil få jobb med engasjerte kolleger i landets fremste miljø for rehabiliteringsforskning. Stillingen er en 100% stilling som fagsjef, hvor 50 % av tiden er satt av til egen relevant forskning i tråd med sykehusets strategier og målgrupper. Eksempler på målgrupper for oss er pasienter med redusert kognitiv funksjon og bevegelsesvansker, livsløpsstudier samt studier om rehabiliteringsrettede helsetjenester.

Stillingen som fagsjef sykepleier er for tiden knyttet til Forskningsavdelingen som består av en forskningsenhet med fagsjefer, universitetsansatte og stipendiater, samt klinisk laboratorievirksomhet. Det samlede årsverket er på 36 årsverk. Det er tett samarbeid mellom Forskningsavdelingen og de kliniske tjenestene på sykehuset hvor fagsjef vil ha veilednings- og fagutviklingsansvar. Det er også tett samarbeid med ulike internasjonale miljøer. Fagsjefen kan kople seg til aktuell (internasjonal) gjesteprofessor i tillegg til at han/hun også kan være aktuell for bistilling ved OsloMet.

Hos oss vil du:

- bidra til fagutvikling og kunnskapsbasert sykepleiepraksis i sykehuset
- bidra til sykehusets forskningsproduksjon
- stimulere til nye doktor- og mastergradsprosjekter
- lede sykehusets "Sykepleiefaglig råd"
- gi veiledning til fag- og gruppeansvarlige sykepleiere
- gi faglige råd og samarbeide med klinisk ledelse om utvikling av sykepleietjenesten
- bidra til kunnskapsbaserte behandlingsprogrammer
- ha kontakt med universitet og høyskoler og eksterne miljøer innen fagfeltet

Kontaktinfo: Forskningsjef Johan K. Stanghelle, tlf. 982 24 331

Søknadsfrist: 6. januar 2019

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.sunnaas.no Søknad sendes elektronisk via link på hjemmesiden.



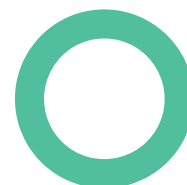


STUDENTER MED NORSK SOM ANDRESPRÅK MANGLER NØDVENDIGE SPRÅKFERDIGHETER

Sykepleierstudentene hadde liten fagforståelse, misforsto instruksjoner og blandet fagterminologi, viser en studie. Derfor bør undervisningen legges opp annerledes.

CASESTUDIE:

Artikkelen bygger på **100 % praksis**



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.72471



Kari Mari Jonsmoen
Professor,
Oslomet – storbyuniversitetet

Ikke alle sykepleierstudenter har utviklet tilstrekkelige ferdigheter i norsk for å beherske sykepleiestudiets rådende språkpraksiser. Noen studenter møter utfordringer både med å tilegne seg kunnskap fra praktiske og teoretiske studier og med å utøve sykepleiefaget. Hensikten med denne artikkelen er å belyse andrespråkstudentenes norskspråklige ferdigheter ved å sammenlikne ferdighetene med kravene som stilles til en sykepleier.



Marit Greek
Dosent, Oslomet – storbyuniversitetet

Andrespråk (N2) defineres som det språket man har lært i tillegg til førstespråket, og som er samfunnets allmenne språk.

Määttä og Segested hevder at «språket er det viktigste og mest frekvent anvendte hjelpemiddel når det gjelder å forstå menneskers sykdom og lidelse, og hjelpe, lindre og bidra til velbefinnende» (1, s. 10). Å diskutere sykepleierstudentenes mestring av norsk er derfor relevant.

SLIK UNDERSØKTE VI

Studien vi presenterer, er kvalitativ og deskriptiv og ble gjennomført som en casestudie i forbindelse med kurset Fag og språk i sykepleie. Kurset var et frivillig tilbud til N2-studenter i første studieår ved en

bachelorutdanning i sykepleie. Tilbudet besto av tolv samlinger i perioden oktober 2015 til mai 2016. Tjueen studenter deltok på kurset.

Studentene fikk muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet. Samtlige samtykket i å være informanter i studien gjennom en skriftlig samtykkeerklæring. Vi deltok i alle samlinger og vekslet mellom å være observatører i klasserommet og aktive deltakere i undervisning og veiledning.

Vi valgte en kvalitativ tilnærming for å få mest mulig kunnskap om informantenes språk-

klasseromsobservasjoner og studenttekster som læringslogger, diktater, faglige resymeer og sykepleiefaglige oppgaver.

I tillegg foretok vi 19 individuelle semistrukturerte samtaler med informantene. Tema for samtaler var den enkeltes reseptive ferdigheter, som å lytte og lese, og produktive ferdigheter, som å snakke og skrive, i norsk.

I denne artikkelen ser vi spesielt på data fra samtaler. Disse samtaler ble opprinnelig transkribert lydrett, men her er uttalefeilene fjernet der det ikke har betydning for budskapet. Informantene er anonymisert. Analysen av dataene fra undervisning og samtaler ble sammenholdt med resultatene fra nærlesing av ulike studenttekster.

BRUKTE FAGUTTRYKK FEIL

Sykepleieutøvelse innebærer å kommunisere på en faglig og presis måte i ulike situasjoner – i møte med pasienter, pårørende og kolleger. Det vil variere fra situasjon til situasjon hva et funksjonelt språk er. Å kommunisere fordrer ord, uttale, grammatikk og mestring av relasjonelle og kulturelle forhold (5).

Her kom informantene til kort, noe som skapte utfordringer både i samtaler om hverdagslige og

«Mange av informantene var vanskelige og til tider umulige å forstå.»

ferdigheter, og om hvordan de forstår seg selv som språkbrukere i en sykepleierutdanning (2, 3). Å delta i feltet ga oss et rikt datamateriale, noe som er avgjørende i en casestudie (4).

Vi samlet inn data bestående av våre logger fra planleggingsmøter knyttet til undervisning,

Fakta ●●●

Hovedbudskap

En betydelig andel sykepleierstudenter med et annet førstespråk enn norsk trenger å utvikle et funksjonelt språklig verktøy for studiet og profesjonen. For å gi disse studentene studiekvalitet og karrieremuligheter kan det være en idé å integrere språkundervisning i fagundervisningen og la de studentene som trenger det, ta første studieår over to år.

Nøkkelord

- Språk
- Sykepleierstudent
- Sykepleierutdanning
- Casestudie
- Andrespråk



BEDRE STUDIEKVALITET: Å integrere språkundervisning i fagundervisningen eller la studentene ta første studieår over to år kan bedre språkferdighetene til sykepleierstudenter med norsk som andrespråk. Illustrasjonsfoto: Marit Fonn

faglige temaer. Først og fremst manglet informantene ord for det de ønsket å uttrykke. Når informantene skulle snakke om fag, var de ofte upresise og brukte faguttrykk feil. I samtaler med informantene om språklige upresisheter svarte informantene gjerne «mm», «ja» eller gjentok det vi hadde sagt.

Det var vanskelig å avgjøre om årsaken til at informantene uttrykte seg upresist, var utilstrekkelige norskspråklige ferdigheter og/eller manglende fagforståelse.

Mange av informantene var vanskelige og til tider umulige å forstå.

De benektet at de har problemer med å forstå andre, og at andre ikke forstår dem.

De kunne utelate subjekt og verbal, ha en unorsk ordrekkefølge i setninger, bøye og bruke ord ukorrekt og snakke utydelig og lavt. En av informantene fortalte at hun skulle «følge bolgene». Det hun forsøkte å si, var at hun skulle følge kurssets fagblogg.

En annen informant holdt et innlegg om respirasjon og brukte konsekvent ordet «spiserør» om

«luftrør». Ordene ble forklart av faglæreren, men likevel brukte informanten «spiserør» om «luftrør» da han to uker senere skulle snakke om luftrøret.

BENEKTET SPRÅKPROBLEMER

Utilstrekkelige norskspråklige ferdigheter forstyrrer samtalen og gjør det

vanskelig å få tak i ytringens innhold. I det teoretiske studiet misforsto ofte informantene innholdet i lærernes forelesninger, undervisning, oppgaveinstruksjoner, informasjon og samtaler.

Da vi spurte dem om de opplevde språkproblemer i praksisperioden, svarte samtlige informanter benektende. I samtalen var imidlertid kommunikative utfordringer i praksis et stadig tilbakevendende tema. En informant fortalte følgende: «Det kunne være litt utfordring ... for eksempel





understell som ... av og til må jeg bare ikke snakke lang setning ... når vi nå for lang så kanskje det ikke riktig.»

Utsagnet viser hvordan manglende norskferdigheter kommer til uttrykk. I spontan tale er det få muligheter til å planlegge og redigere ytringene, og dermed kan innholdet bli vanskelig å oppfatte for andre, selv om situasjonen er kjent.

Til tross for tilbakemeldinger fra utdanningens lærere om at norskferdighetene måtte bedres dersom informantene skulle kunne innfri kravene som stilles til studiet, mente informantene at de ikke hadde problemer med å forstå eller bli forstått: «Det som er utfordrende for meg, er fagspråk», sa en av informantene.

Uttalelsen er typisk for deltakerne på kurset. De oppfattet fagspråk som latinske og greske betegnelser på sykdommer og kroppens anatomi, og som det språket de skulle bruke når de skrev studieoppgaver.

En annen informant uttrykte det slik: «Når det kommer til fagspråket – det er der jeg har problemer. Hvis jeg klikker på det som er ... som dere trenger som ... som lærerne mine vil, så blir det lettere. Jeg tror jeg mangler bare denne klikken.»

De fleste av informantene deltok på kurset først og fremst for å få fagundervisningen gjentatt. Ingen av dem trakk slutningen om at behovet for ekstra fagundervisning kunne være forårsaket av mangelfulle norskferdigheter.

UTFORDRENDE Å LESE FAG

Dataene tyder på at det er vanskelig å ha full innsikt i sin egen andrespråkskompetanse, og at informantene vegret seg for å erkjenne at språkforståelse er en forutsetning for fagforståelse, noe de følgende eksemplene viser.

Det var en stor utfordring for informantene å lese fagtekster. De leste tekstene sakte og flere ganger fordi ordene var ukjente. Enkelte mente at de kunne klare

seg uten å lese pensum: «Jeg husker da jeg var elev i landet mitt. Jeg trengte ikke lese de bøkene. Jeg måtte bare være der ... læreren snakker, og jeg lagde mine egne notater. Og det leste jeg og fikk de beste karakterene. Det er det jeg vil gjøre her.»

På kurssamlingene arbeidet studentene med pensumlitteratur knyttet til nylig gjennomgått fagstoff i ordinær undervisning. Informantene ble bedt om å stille spørsmål ved det de ikke forsto, eller var usikre på om de forsto. Informantene stilte sjelden spørsmål. Likevel kunne de som oftest ikke gjengi innholdet og misforsto gjerne det sentrale.

Flere av informantene hevdet like fullt at det ikke var vanskelig å forstå faglige tekster. En informant sa følgende: «Jeg leste og forstår stort sett hva det er som står der. Men jeg tror det er formulering da ... det er litt vanskelig.»

Gjennomgangen av pensumlitteraturen avdekket at informantene ikke etterspurte betydningen av hverdagsord og -uttrykk som hoste, surkle, tungpustet, stikkende, knip og sting. Det videre arbeidet på kurset viste imidlertid at de færreste av informantene forsto disse ordene. Slike ord og uttrykk er betydningsfulle i sykepleieutøvelse, datasamling og viderefremming av observerte data om enkeltpasienter.

UTFORDRENDE Å SKRIVE

Det var et gjennomgående trekk at informantene hadde vanskeligheter med å forstå skriftlige og muntlige instruksjoner. Om fenomenet skyldes språklige misforståelser, manglende fagforståelse eller manglende kontekstforståelse, er vanskelig å fastslå. Samtlige informanter ble konfrontert med at de ikke svarte på oppgaveordlyden i oppgaver gitt i kursamlingene, men også her benektet de at manglende språklig mestring kunne være årsaken.

En av informantene forklarte at problemet var som følger:

«Å vite hvordan jeg skal skrive på en rekkefølge, sånn at det blir en sammenheng i hele oppgaven min, er veldig vanskelig. Å finne de nøkkelordene. Det er ikke alltid jeg finner alle dem som læreren vil at jeg skal finne.»

Informantene syntes dessuten det var vanskelig å ta notater fra undervisningen og pensumlitteraturen. Når de ble bedt om å ta notater, svarte de gjerne som denne informanten: «Jeg synes det er meget vanskelig å skrive notater, da jeg ender opp med å skrive meningsløse setninger som er til ingen nytte.»

Trolig skyldes det at de ver-

ken har forstått faginnholdet eller har ord til å forklare hva de har forstått. Hvordan klarer de da å ta notater fra en vaktskifterapport eller skrive rapporter som inngir tillit og er forståelige for helsepersonell og pasienter?

Her følger to eksempler på språket i innleverte oppgaver: «Det kan være lurt å forslå pasient om å benytte

bleier sammen med til hyppig toalett besøk dersom pasient er tilstand til å gå selv» og «Vi er forpliktet for utføre våre arbeid i samvær med overensstemmelse pasienten selvbestemmelsesautonomirettighetslov.»

LITE REFLEKSJON

I sykepleiens etiske retningslinjer punkt 1.7 står følgende: «Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.» (6)

Funn fra studien vår viser at informantene ikke var bevisste sin norskkompetanse og ikke så sammenhengen mellom denne kompetansen og faglig forståelse. Informantene var derfor ikke i stand til å erkjenne grensene for sin kompetanse og ville dermed

«Informantene stilte sjelden spørsmål. Likevel kunne de som oftest ikke gjengi innholdet og misforsto gjerne det sentrale.»

heller ikke søke veiledning. De benektet at de har problemer med å forstå andre, og at andre ikke forstår dem, og reflekterte i liten grad over hvordan de opptrer språklig i profesjonell sammenheng.

Christensen hevder at studentenes samhandlingsferdigheter må utvikles, og at det krever bevisst refleksjon omkring egne kommunikative ferdigheter (7). For å utvikle ferdigheter i henhold til profesjonelle standarder må studentene kunne artikulere muntlig og skriftlig sin forståelse av situasjonene de er en del av, kritisk evaluere sin evne til å håndtere dem, og kunne motta veiledning av sykepleiere.

SYKEPLEIEUTØVELSEN

I utøvelsen av sykepleie praktiseres fag i interaksjon mellom mennesker. Fordi menneskene og sykepleiehandlingene man utfører, er ulike, blir også kommunikasjonsmåtene forskjellige (5, 8, 9). Fag og kommunikasjon går således hånd i hånd, og begge elementene har betydning for sykepleieutøvelsen.

Når N2-brukere får fagundervisning på norsk, kan de ifølge Selj (10) «ikke skille faglæring fra språkforståelse og språklæring». Når ikke informantene erkjenner sine språklige utfordringer og søker veiledning, er det lite trolig at deres norskspråklige ferdigheter utvikles i tilstrekkelig grad. Det vil påvirke både fagtilegnelsen og kommunikasjonen i sykepleieutøvelsen.

I likhet med våre funn viser Bekkeli at de færreste sykepleierstudenter med N2 synes pasientkontakten er vanskelig. Muntlige rapporter i forbindelse med vaktskifter kan imidlertid oppleves som problematiske fordi N2-studentene ikke alltid får med seg hvilken pasient det snakkes om, og hvilke problemer pasienten har (11).

En studie av sykepleieres skriftlige dokumentasjon viser dessuten at vaktskifterapporter skrevet av N2-sykepleiere ofte er

mer mangelfulle enn rapporter skrevet av sykepleiere med norsk som førstespråk (12).

For å kunne gi individuell sykepleie må sykepleieren innhente spesifikk informasjon om pasienten, noe som fordrer samhandlingsferdigheter og fagspesifikke ferdigheter (7).

DEN VIKTIGE SMÅPRATEN

Hverdagslig småprat er en viktig faktor når det gjelder å skape et godt klima for utøvelsen av sykepleie (8). I tillegg til fagkunnskap er det derfor nødvendig med et bredt språklig repertoar, kunnskap om norsk kultur og erfaring med å samtale på norsk med mennesker i ulike aldre.

Funnene våre tyder imidlertid på at samtlige informanter har for lite kunnskap om og erfaring fra norsk kultur og hverdagsliv og har ikke et stort nok språklig repertoar til å mestre det som forventes. I tillegg kan det stilles spørsmål ved deres faglige kunnskap. En sykepleier kan ikke omtale spiserøret som luftrør når vedkommende er ansvarlig for å informere pasienten og hans eller hennes pårørende.

Faglige upresisheter og feil bruk av ord og begreper bidrar til en følelse av utrygghet om informantens fagkunnskap. Når veilederen ikke når frem med sin veiledning fordi informantene ikke svarer, eller svarer på siden av spørsmålene som stilles, forsterkes følelsen av utrygghet. Usikkerheten er høyst reell.

Forskning viser at N2-brukere med tilsynelatende gode norskspråklige ferdigheter kan ha vansker med å få med seg det sentrale innholdet i lærebøker, uten at de selv er klar over det (10, 13).

KONKLUSJON

Dataene fra studien viser at et betydelig antall sykepleierstudenter med N2 i liten grad har metalingvistisk forståelse, noe som innebærer liten evne til å reflektere over språkets forside og hva de selv kan og ikke kan. I tillegg har N2-studentene få eller

ingen strategier for språkutvikling. Skal N2-studenter utvikle et funksjonelt språklig verktøy for sykepleie, er det viktig å skape en kultur for språkrøkt i studiet.

Norsk språk, og spesielt egen språkbuch og egne språklige utfordringer, må tematiseres og ses i sammenheng med ulike situasjoner en sykepleier vil møte i profesjonsutøvelsen. Det vil kunne bidra til å normalisere det faktum at det å arbeide med språklige spørsmål, er en del av sykepleiefaget. Selve sykepleierutdanningen med sitt språkmangfold er en velegnet arena for å opparbeide det brede språklige repertoaret som er nødvendig for en sykepleier.

Studien vår har ført til bedre kunnskap om N2-studenter og deres behov. Noen kan, med god språklig veiledning i studiene, utvikle språket samtidig som de studerer. Andre, derimot, får verken tilstrekkelig faglig utbytte eller oppnår god nok språkutvikling i ordinær undervisning til at de kan fullføre studiet innen normert tid.

For å gi N2-studentene studie-kvalitet og karrieremuligheter kan det være en idé å integrere språkundervisning i fagundervisningen og la de N2-studentene som trenger det, ta første studieår over to år. Å lære språk for utdanning og profesjon tar sin tid (14). ●

REFERANSER:

1. Määttä S, Segested K. Vårdens språk – en antologi. Stockholm: Liber; 2007.
2. Alstad GT. Andrespråk og flerspråkighet i barnehagen: forskningsperspektiver på barnehagepraksiser. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
3. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
4. Stewart A. The ethnographer's method. London: Sage; 1998.
5. Andenæs E. Språk og språkopplæring på jobb: fag, relasjoner og deltaking. Språkrådets skrifter nr. 6. Sykehuset, samfunnet og språket. Oslo; 2016. s. 94–102.
6. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-vl-YER-hefte_pdf.pdf (nedlastet 02.11.2017).
7. Christiansen B. Cultivating authentic concern: exploring how Norwegian students learn this key nursing skill. Journal of Nursing Education. 2009;48(8):429–33.
8. Wangen MG, Torjuul K, Sørli W. Hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse – en kvalitativ intervjuundersøkelse. Nordic Journal of Nursing Research. 2010;30(4):43–7.

9. Ragan SL. Sociable talk in women's health care contexts: two forms of non-medical talk. I: Coupland J, red. Small Talk. London: Longman; 2000. s. 269–88.
10. Selj E. Skrivning når norsk er andrespråk. I: Selj E, Ryen E, red. Med språklige minoriteter i klassen. Oslo: Cappelen Akademisk; 2008. s. 132–56.
11. Bekkeli LH. Å være minoritetsstudent i grunnutdanning i sykepleie. Høgskolen i Hedmark; 2004. Rapport nr. 5.
12. Johannesen LM. Språklig og sykepleiefaglig kvalitet i et utvalg vaktskifterapporter forfattet av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som et andrespråk. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for lingvistiske og nordiske studier; 2016.
13. Kulbrandstad LI. Lesing på et andrespråk: en studie av fire innvanderingsdommers lesing av læreboktekster på norsk. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det historisk-filosofiske fakultet; 1998.
14. Engen TO, Kulbrandstad LA. Tospråkighet, minoritetsspråk og minoritetsundervisning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.

Faglige upresisheter og feil bruk av ord og begreper bidrar til en følelse av utrygghet om informantens fagkunnskap.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



I sine mest sårbare øyeblikk kan pasienter oppleve å få en kreftdiagnose slengt ut i en bisetning eller få kroppen sin omtalt på en nedlatende måte.

Når hjelperen krenker



Fakta

Per Nortvedt

Professor emeritus,
Senter for medisinsk
etikk, Universitetet i Oslo

I den kliniske undervisningen møtte vi en pasient med tykktarmskreft. Pasienten var i begynnelsen av 30-årene og overvektig. Han var smertepreget og med redusert allmenntilstand. Han var i tillegg korridorpatient, og opp- og nedtak av sykehistorie og undersøkelse foregikk uten skjerm Brett i korridoren.

Legen ønsket å rektaleksplorere pasienten i korridoren, men dette var pasienten ikke informert om og uforberedt på. Undersøkelsen ble likevel utført, og underveis i undersøkelsen begynte pasienten å prate, noe som forstyrret undersøkelsen. Da sa legen «Nå må du holde kjæft» til pasienten. Pasienten ble da brått stille. Vi oppfattet at pasienten var veldig ukomfortabel i situasjonen.

Dette er et eksempel fra en undervisningssituasjon ved medisinstudiet ved et av universitetssykehusene i Norge. Eksempelet er omskrevet for å anonymisere.

RESPEKTLØS OPPFØRSEL

Etter å ha arbeidet i helsevesenet og undervist i medisinsk etikk i mange år vet jeg at det er situasjoner der pasienter i sine mest sårbare øyeblikk ikke blir hørt, ikke blir møtt på sine spørsmål, eller blir informert om sin sykdom på en ufølsom måte.

Det er situasjoner der pasienter og pårørende blir uverdige behandlet og grovt krenket av lege og helsepersonell.

«Holdningsdannelse i klinikken forutsetter en tanke om at det kunne vært meg.»

Det er situasjoner der syke mennesker blir omtalt i uhøflige ordelag, og der til og med deres kropp blir omtalt i krenkende og nedlatende ordelag.

Det er situasjoner der pasienter får sin kreftdiagnose slengt ut i en bisetning, noe som kan skje på en fredag ettermiddag i en sykehusvestibyle eller endog formidlet på en måte som er ydmykende og brutal.

Ikke bare blant leger, men også blant sykepleiere og annet

helsepersonell kan man se slik krenkende oppførsel og respektløse holdninger overfor pasienter eller pårørende. Det skjer i hjemmetjenester, på sykehjem og i sykehusavdelinger.

NÅR OGSÅ UNDERVISNINGEN KRENKER

Ekstra ille er det at mangel på empati og krenkende holdninger også blir formidlet i læresituasjoner, både i medisins- og i sykepleierutdanningen, der helsepersonell burde fremstå som en positiv rollemodell for studentene.

Både medisins- og sykepleierstudenter skriver refleksjonsrapporter fra sin utplassering i sykehus og sykehjem, der de skiller ut situasjoner med til dels grove krenkelser av pasienter i klinisk undervisning.

Pasienter får intetanende presentert en mulig kreftdiagnose i klinisk studentundervisning, og i tillegg på en lite omtenk-som måte. Studentene rapporterer om systematiske brudd på taushetsplikten. Sykepleierstudenter erfarer urettmessig bruk av tvang overfor eldre, eller krenkende oppførsel under stell av pasient, omtale av døde pasienter på en uverdige måte, osv.

Samtidig kommer det frem at verken sykepleierstudenter eller medisinstudenter tør å ta disse problemstillingene opp med klinikere eller veiledere i praksis. De er redde for hvilke konsekvenser det kan få for dem selv dersom de varsler.

ROLLEMODELLENE SVIKTER

Studenter blir følgelig stilt overfor situasjoner der de selv, hvis de hadde oppført seg på en liknende måte, antakelig hadde blitt kastet ut av medisinstudiet eller sykepleierutdanningen. Både sykepleierstudenter og medisinstudenter må gjennom en skikkethetsvurdering. Hvordan kan man da tillate at de som skal være gode rollemodeller for studentene, svikter så fundamentalt i sin oppgave?

Det er et problem at vi per i dag ikke har noen systematisk oversikt over krenkelser av pasienter og pårørende i somatiske helsetjenester, og etter mitt syn er det et stort behov for forskning og kartlegging på området.

Eksempelene her uttrykker en manglende evne til medfølelse og forståelse for den enkelte pasients situasjon. Slike hendelser er ikke bare uttrykk for tankeløshet, men enda mer uttrykker de

en manglende bevissthet om hvor viktig det er å forstå pasientens opplevelse av situasjonen. Og man ser en sviktende evne til å se hvordan egen oppførsel virker inn og preger en pasient som på forhånd er svært sårbar.

Holdningsdannelse i klinikken forutsetter en tanke om at «det kunne vært meg, hva hvis jeg hadde vært i en slik situasjon?».

En slik tanke er noe av grunnstoffet i medisin og sykepleie som kliniske virksomheter, og det er noe av det første våre studenter må lære.

Å SKADE FOR Å HJELPE

Sykepleie, på samme måte som medisinsk behandling, forholder seg nesten alltid til et følende og tenkende menneske som ofte er i en veldig sårbar situasjon. På den annen side formidler ofte vitenskapen kunnskap om pasienten som objekt, kunnskap som er abstrahert fra individets egne opplevelser og følelser. Ubehag og smerte må lindres, men man kommer aldri bort fra at behandling og undersøkende virksomhet ofte balanserer hårfint mellom å tilstrebe det gode med midler som noen ganger kan være plagsomme. Man må stikke, skjære, informere om alvorlig sykdom. Helsepersonell må fremme det gode med midler som isolert sett kan påføre pasienten lidelse.

Både leger og sykepleiere må forholde seg til en pasients kropp som et objekt for behandlingen, samtidig som man må være åpen for pasientens kroppslige og personlige erfaring med det å være syk. Klarer ikke medisinen eller sykepleien å ivareta balansen i dette «å skade for å hjelpe», er dehumanisering av legens eller sykepleierens forhold til pasienten alltid en fare. Derfor er og blir holdningsdannelse uhyre viktig i daglig klinisk praksis og i undervisning av kommende leger og sykepleiere.

HVOR STORT ER PROBLEMET?

Vi vet ikke per i dag omfanget av problemet med krenkelse av pasienter i klinisk praksis. Mye av det vi vet, er ulike historier fra pasienter og pårørende, samt historier og erfaringer fra helsepersonell selv. Men vi kan ane at vi ser toppen av et isfjell, og det er et stort behov for kartlegging og forskning på dette temaet gjennom spørreskjemaundersøkelser og intervjustudier med helsepersonell og pasienter og pårørende. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

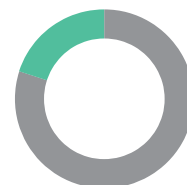


TRYKKAMMER KAN TILHELE SÅR OG REDUSERE PLAGER ETTER STRÅLING

Pasienter med diabetiske fotsår og stråleskader, spesielt i hode- og halsregionen, kan bli bedre med behandling i trykkammer, såkalt elektiv hyperbar oksygenbehandling.

ARTIKKELTYPE:

Artikkelen bygger på
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74030



Anne Grøttå
 Intensivsykepleier, Hyperbarmedisinsk seksjon, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Nasjonal behandlingstjeneste for elektiv hyperbar oksygenbehandling (HBO) er lokalisert til Haukeland universitetssjukehus, Yrkesmedisinsk avdeling. Her er det 6 enmannstrykkammer der 24 elektive pasienter behandles daglig.

Behandlingen er en poliklinisk seriebehandling der pasientene bor på sykehotellet, eventuelt hjemme, dersom de kommer fra nærområdet. Prinsippet om likt helsetjenestetilbud til alle følges, og pasientene kommer fra hele landet (1).

Den elektive HBO-behandlingen gjennomføres i enmannstrykkammer. Pasienten blir trykksatt med 100 prosent oksygen til 2,40 bar, som tilsvarer 14 meter under vann. Daglig behandling er på totalt 90 minutter. Luftpustepauser og dekompressjon av trykkammeret kommer i tillegg, slik at hver behandling varer i underkant av 2 timer.

En behandlingsperiode er på to til seks uker. Diagnosen avgjør behandlingsforløpet. Effekten av behandlingen kan først ventes seks til åtte uker etter avsluttet behandling (2, 3).

HVORFOR HBO-BEHANDLING?

I stråleskadet vev og ved diabetiske fotsår er mikrosirkulasjonen redusert, og det oppstår hypoksi i affiserte områder. Ved HBO-behandling dannes det nye blodårer i dårlig sirkulert vev, slik at oksygen og

næringsstoffer tilføres området.

Høy oksygenkonsentrasjon hjelper de hvite blodlegemene til å drepe bakterier. Formålet er å bedre sirkulasjonen i dårlig sirkulert vev, slik at skadeområdet heles og pasientens plager reduseres (2, 3).

KUNNSKAP OM TILBUDET

Tilbakemeldinger fra våre pasienter tyder på at det finnes for lite kunnskap om behandlingstilbudet, både innen primær- og spesialisthelsetjenesten. De mener vi må jobbe mer aktivt utadrettet for å informere om tilbudet. Denne artikkelen er et bidrag til å spre mer kunnskap

«Pasienten blir trykksatt med 100 prosent oksygen til 2,40 bar, som tilsvarer 14 meter under vann.»

om elektiv HBO-behandling innen sykepleietjenesten.

Vi ønsker at tilbudet skal være kjent for aktuelle brukere av behandlingstilbudet samt sykepleiere, leger og tannleger som behandler pasienter med godkjente

behandlingsdiagnoser. Formålet er at pasientene skal få en bedre livskvalitet etter gjennomført behandling ved seksjonen vår.

INDIKASJONER

De følgende punktene er indikasjoner for HBO-behandling:

- Stråleskade etter kreftbehandling i hode- og halsregionen i form av osteoradionekrose, xerosotomi, dysfagi, dysartri samt før og etter planlagt kirurgi eller tannbehandling i bestrålt område (2, 3). Ved tannbehandling eller kirurgi i bestrålt område skal det gjennomføres henholdsvis 20, eventuelt 30, preoperative samt 10 postoperative HBO-behandlinger. Diagnose er avgjørende for antall preoperative behandlinger.
- Stråleskader i bekkenregionen med stråleproktitt, strålecystitt samt ved osteoradionekrose i bekkenringen (2, 3).
- Kronisk osteomyelitt, der adekvat behandling (best practice) ikke har ført frem og mikroben er verifisert ut fra beinbiopsi. HBO-behandlingen vil være tilleggsbehandling til kirurgi og antibiotikabehandling (2, 3).
- Kroniske hypoksiske sår, der makrosirkulasjonen er vel bevart, som ved diabetiske fotsår (2, 3). Formålet med behandlingen er å bedre blodgjennomstrømmingen i dårlig sirkulert vev, noe som aktivt

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Ved hyperbar oksygenbehandling blir pasienter med ulike sykdomstilstander behandlet med 100 prosent oksygen under forhøyet omgivelsestrykk i trykkammer. Kombinasjonen av høy oksygenkonsentrasjon og høyt omgivelsestrykk gjør at store mengder oksygen blir tatt opp i blodet. Økt oksygenmengde stimulerer til dannelse av nye blodkar i oksygenfattig vev. Stråleskader etter kreft i hode- og halsområdet, stråleskadet tarm og blære og diabetiske fotsår er tilstander som kan ha effekt av denne behandlingen.

Nøkkelord

- Diabetes
- Hyperbar oksygenbehandling
- Stråleskade
- Bløtvevsinfeksjoner
- Trykkammer



MÅ VÆRE VÅKNE: Pasientene får ikke lov til å sove under behandlingen, og det er montert en TV-skjerm over hvert kammer. Illustrasjonsfoto: Katrine Sund / Haukeland universitetssjukehus

motvirkes av røyking på grunn av nikotinets karkontraherende effekt. Pasienter som skal til HBO-behandling, må derfor slutte å røyke eller snuse tre uker før behandlingen starter (2, 3).

KONTRAINDIKASJONER

Det følgende er kontraindikasjoner for HBO-behandling:

- Gravide, brukere av Antabus og personer med alvorlig hjertesvikt, nylig gjennomgått lungebetennelse, kronisk lungesykdom, pneumothorax, kunstige ørebeinknøler, bleomycinterapi i sykehistorien og aktiv kreftsykdom skal ikke ha HBO-behandling (2, 3).

HBO-PASIENTENS SYMPTOMER

Pasienter som har hatt stråling mot hals eller kjeve, er i stor grad plaget

av munntørretthet. De kan derfor ha store svelgevansker, og det kan være problematisk for dem å spise vanlig mat. En del er avhengig av sondeernæring, eller de lever på ernæringsdrikker.

Vi har mange pasienter med stråleskader i mage-, tarm- og bekkenregionen med symptomer som i stor grad er hemmende for dem i det daglige. Noen kan ha transfusjonskrevende blødninger – andre er svært plaget av hyppig vannlating eller tarmtømming, og må av den grunn holde seg i nærheten av et toalett.

I tillegg er smerter et problem for mange. Pasientene har gjerne vært gjennom ulike behandlinger for å redusere plagene uten å lykkes og kommer til oss med håp om å få hjelp.

Smerter er en vesentlig faktor for pasienter med mikrofrakturer. Mikrofrakturer kan ses i bekkenet etter stråling relatert til kreft i tarmen eller blæren og ved gynekologiske tilstander.

Hos pasienter med diabetiske fotsår gjennomføres regelmessige sårskift. Hos disse pasientene kan man visuelt følge effekten av behandlingen. Noen sår tilheler i løpet av behandlingsperioden, men ikke alle (4, 5).

FORBEREDELSE TIL BEHANDLING

I forkant av behandlingen får pasienten tilsendt mye informasjon, og alle pasienter som skal til førstegangsbehandling, er alltid på informasjonsmøte før behandlingsstart. Vi informerer om sikkerhetstiltak relatert

til risikoen ved behandling med 100 prosent oksygen samt aktuelle bivirkninger som kan oppstå.

Pasientene får også diverse praktisk informasjon. Informasjonen kan også finnes på seksjonens hjemmeside (se QR-kode), som vi henviser til i informasjonsmateriellet. Mye av informasjonen som gis på informasjonsmøtet, blir gjentatt av en sykepleier før oppstarten av første behandling.

SIKKERHETSTILTAK

Under behandlingen ligger pasienten på en bære i trykkammeret. Kammeret består av akrylglass og metall. På grunn av store trykkforskjeller forsegles kammeret under behandlingen. Kammeret fylles med 100 prosent oksygen, noe som utgjør en





Fakta

Forklaringer på fagbegreper

- **Hypoksi:** generell oksygenmangel, en tilstand med for lav oksygentilførsel til kroppens vev
- **Osteoradionekrose:** stråleskade av beinsubstans, vanligvis som senskade etter strålebehandling
- **Xerosotomi:** munntørret
- **Dysfagi:** svelgebesvær, problemer med å få ned maten
- **Dysartri:** utydelig tale eller vansker med å uttale ord på grunn av sykdom, skade i taleorganet eller nervene som kontrollerer dette
- **Proktitt:** betennelse i endetarmen
- **Stråleproktitt:** betennelse i endetarmen som senskade etter strålebehandling
- **Cystitt:** urinblærebetennelse, smertefulle vannlatinger, noen ganger også blod i urinen
- **Strålecystitt:** stråleskader i blæren
- **Osteomyelitt:** betennelse i bein og beinmarg
- **Pneumothorax:** luft i pleurahulen, som forekommer når luft slipper inn mellom den delen av pleura (brysthinnen) som kler lungenes overflate (pleura visceralis), og den delen som kler brystkassens innside (pleura parietalis)
- **Ørebeinsknotter:** hammer, ambolt, stigbøyle. Kalles også ørebein, høreknokler
- **Bleomycinterapi:** cellegiftbehandling av antibiotikatyppen
- **Paracentese:** punksjon av vegg i et hulrom for å drenere økt mengde væske

Kilde: Store medisinske leksikon, Tidsskrift for Den norske legeforening og Norsk medisinsk ordbok (1994)

stor sikkerhetsrisiko. Derfor er det påkrevd med strenge sikkerhetskrav (3, 6).

I trykkammeranlegget er det absolutt forbudt å medbringe fyrstikker, lightere og e-sigaretter. Avdelingens bomullstøy benyttes under behandlingen.

Brann i kammeret er forbundet med stor fare og er noe vi frykter og aktivt arbeider med å forebygge. For å unngå statisk elektrisitet får pasienten på seg et jordingsarmbånd under behandlingen.

Det er strenge regler for hva som er tillatt i kammeret. For å sikre en så trygg behandling som mulig gjennomgår vi en sjekklister med pasienten før hver behandling. Eksempelvis er fettholdige produkter kontraindisert, da fett kan være selvantennelig ved høy oksygenkonsentrasjon under forhøyet omgivelsestrykk (2, 6).

MULIGE BIVIRKNINGER

En kjent bivirkning med HBO-behandling er problemer med å utlikne trykket under trykksettingen. Da kan pasienten få sterke smerter i ørene (2, 3, 6, 7). En stor andel av våre pasienter opplever i større eller mindre grad smerter i ørene ved trykksetting.

Trykksettingen er en viktig fase i behandlingen. Sykepleieren må være svært oppmerksom overfor pasienten. Smerter kan oppstå plutselig, selv om pasienten ikke har opplevd smerter tidligere. Sykepleieren kan regulere tempoet på trykksettingen og sette i verk tiltak for å lette pasientens smerter, slik at han klarer å utlikne trykket, og trykksettingen kan fortsette.

Noen pasienter må i perioder benytte slimhinneavsvellende medikamenter i form av neseply eller tabletter for å klare å utjevne trykket. Enkelte pasienter må få utført paracentese for å klare å gjennomføre behandlingen.

En sjelden, men kjent bivirkning er oksygenkramper som følge av at pasientens hjerne tilføres høykonsentrert oksygen under behandlingen. For å forebygge kramper puster pasienten luft på maske 2 x 5 minutter i løpet av en behandling (2, 3, 6).

«Formålet med behandlingen er å bedre blodgjennomstrømmingen i dårlig sirkulert vev.»

Synsendringer i form av nærsynthet er en kjent bivirkning. Slike synsendringer er forbigående, og synet vil vanligvis gå tilbake til «normaltilstand» cirka tre måneder etter avsluttet HBO-behandling (8–10). En overvekt av våre pasienter opplever synsforandringer i løpet av behandlingsperioden.

Enkelte blir mer trøtte enn normalt når de gjennomgår HBO-behandling. Trøtthet er en kjent bivirkning ved dykking (2, 3, 6).

SJELDNE BIEFFEKTER

Av de mer sjeldne «bivirkningene» kan vi nevne klaustrofobi (2, 3, 7). Behandlingen foregår i et trykkammer i form av en forseglet sylinder. For å komme ut er pasienten helt avhengig av andres hjelp.

Informasjon i forkant av behandlingen og sykepleierens omsorg og nærvær er av stor betydning for hvordan pasienten takler oppholdet i trykkammeret.

Disse faktorene er ikke alltid nok; noen har behov for et beroligende medikament i forkant for å klare å gjennomføre behandlingen. Enkelte bruker medikamentet noen få dager, mens andre har behov for denne formen for «premedikasjon» i hele behandlingsforløpet. For noen er det også nyttig å vite at vi kan ta dem opp og ut av kammeret i løpet av vel ett minutt.

Over hvert kammer er det en TV-skjerm, slik at pasienten kan se film eller TV under behandlingen. Enkelte foretrekker imidlertid lydbok. Det er viktig at pasienten har noe engasjerende å fokusere på. Da går tiden raskere, og for mange blir den klaustrofobiske følelsen mindre dominerende.

Noen kunne nok tenkt seg å sove gjennom behandlingen, men det får de ikke lov til. Under søvn puster de ikke godt nok, og de er vanskeligere å observere.

EFFEKT AV BEHANDLINGEN

Som nevnt kan man ikke forvente



SER PÅ TV: Det er viktig at den som får behandling i trykkammer, har noe engasjerende å gjøre for å få tiden til å gå. Illustrasjonsfoto: Katrine Sunde / Haukeland universitetssjukehus

noen effekt av behandlingen før seks til åtte uker etter avsluttet behandling (2). Likevel hevder enkelte pasienter at de er blitt bedre i løpet av behandlingsperioden.

HBO-behandling er omdiskutert, men det er dokumentert gjennom randomiserte studier at den kan ha effekt på diabetiske fotsår (4, 5) og på stråleskader i hode- og halsregionen (5, 11). Det er mer omdiskutert hvorvidt behandlingen har effekt på stråleskader i mage-, tarm- og bekkenregionen, da forskningsresultatene peker i litt ulike retninger. Mange av studiene er små og retrospektive med risiko for skjevhet (5).

FORSKNING

Det er viktig med dokumentasjon av behandlingseffekten. Det er et lite miljø som driver elektiv HBO-behandling, og vi må gjerne jobbe sammen nasjonalt og internasjonalt

når vi forsker. Vår seksjon arbeider aktivt med forskning.

Vi er for tiden blant annet med i en felles nordisk multisenterstudie som gjennomfører en kontrollert, randomisert studie relatert til effekten av HBO-behandling ved strålecystitt. Resultatene av denne studien vil gi oppdatert kunnskap på fagfeltet. I tillegg til pågående studier er vi i planleggingsfasen av nye studier, der behandlingseffekten er en del av det vi skal studere.

MER INFORMASJON

Sykepleierne ved Hyperbarmedisinsk seksjon laget for en tid tilbake en video. Der kan du se hvordan behandlingen foregår (se QR-kode).

Videoen er publisert på YouTube og finnes også på seksjonens hjemmeside, der det er mer informasjon om behandlingstilbudet (se QR-kode). ●



Les mer om hyperbar oksygenbehandling på seksjonens hjemmeside



Se film: Behandling i trykkammer

REFERANSER:

1. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerreteighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 02.11.2018).
2. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus. Hyperbar oksygenbehandling, planlagt [internett]. Bergen: Helse Bergen; 2018 [oppdatert 05.04.2018, sitert 14.03.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/behandlinger/hyperbar-oksygenbehandling-planlagt>
3. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus. Nasjonal behandlingstjeneste for elektiv hyperbar oksygenbehandling [internett]. Bergen: Helse Bergen; 2018 [sitert 14.03.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/avdelinger/yrkesmedisinsk-avdeling/nasjonal-behandlingstjeneste-for-elektiv-hyperbar-oksygenbehandling>.
4. Löndahl M, Katzman P, Nilsson A, Hammarlund C. Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic

foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(5):998–1003.

5. Lauvrak V, Frønsdal KB, Ormstad SSO, Vaagbø G, Fure B. Effekt av hyperbar oksygenbehandling ved senskader etter stråleterapi eller diabetiske fotsår. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Rapport 4/2015.
6. Ørnhaugen H. Dykerimedisin og hyperbar fysiologi. Lund: Studentlitteratur; 2011.
7. Larson-Lohr V, Norvell HC. *Hyperbaric nursing*. Flagstaff, Arizona: Best Publishing Company; 2002.
8. Evanger K, Haugen OH, Irgens Å, Aanderud L, Thorsen E. Ocular refractive changes in patients receiving hyperbaric oxygen administered by oronasal mask or hood. *Acta Ophthalmol Scand*. 2004;82(4):449–53.
9. Evanger K, Haugen OH, Aanderud L, Thorsen E, Pierscionek BK. Hypermetropia-succeeded myopia after hyperbaric oxygen therapy. *Optometry and Vision Science*. 2006;83(3):195–8.
10. Evanger K, Vaagbø G, Thorsen E, Haugen OH. Phakic and pseudophakic eyes in patients during hyperbaric oxygen therapy. *Optom*. 2011;88(6):691–6.
11. Svalestad J, Thorsen E, Vaagbø G, Hellem S. Effect of hyperbaric oxygen treatment on oxygen tension and vascular capacity in irradiated skin and mucosa. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(1):107–12.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



NYLIG PUBLISERT



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelleverderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for studiesteder og studenter.

Sammendrag:



Helsepersonells anerkjennelse av personer med hydrocephalus påvirker selvfølelsen

Bakgrunn: Hydrocephalus er en kronisk sykdom som ofte krever livslang oppfølging fra helsepersonell. Sykdommen er imidlertid lite kjent, og symptomene er ofte usynlige. Dette kan gjøre det vanskelig for pasientene å bli tatt på alvor i møte med helsepersonell. Pasientperspektivet i behandlingen av hydrocephalus synes å være lite undersøkt.

Hensikt: Å undersøke og beskrive hvilken betydning opplevelser knyttet til anerkjennelse fra helsepersonell har for personer med hydrocephalus.

Metode: Forfatterne benyttet et deskriptivt og eksplorativt design med kvalitativ metodologi. De gjennomførte 13 individuelle intervjuer og 1 fokusgruppediskusjon med voksne personer med hydrocephalus. Hermeneutiske prinsipper er brukt generelt i analysen og fortolkningen. Analysen er inspirert av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Analysen avdekket fire hovedkategorier:

- å bli trodd og sett
- å bli mistrodd og oversett
- å bidra til mental og emosjonell balanse
- å bidra til mental og emosjonell ubalanse

Konklusjon: Det å oppleve anerkjennelse i møte med helsepersonell kan bli svært betydningsfullt for hvordan personer med hydrocephalus oppfatter seg selv og sin egen situasjon. Resultatene tyder på at anerkjennelse kan bidra til empowerment, mens manglende anerkjennelse kan bidra til maktesløshet. Empowerment på individnivå kan forklares som en opplevelse av kontroll over eget liv og egen helse.

Forfattere:

Merete Halvorsen,
Camilla Edeklev,
Dag-Willy Tallaksen
og Sidsel Tveiten



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no



Sammendrag:



Nesten halvparten fikk varig bedring etter behandling ved psykiatrisk poliklinikk

Bakgrunn: Andelen konsultasjoner ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) er økende. I et helseøkonomisk perspektiv er det viktig å beskrive effektene av den polikliniske behandlingen som gis ved DPS.

Hensikt: Målet med studien var å kartlegge endring i symptomtrykk og forekomsten av psykisk lidelse hos pasienter etter behandling ved DPS. Forfatterne ønsket dessuten å vurdere hvorvidt terapeutenes profesjon hadde betydning for disse variablene.

Metode: Ved DPS Elverum-Hamar ble 156 pasienter kartlagt før terapistart, og 65 pasienter (42 prosent) deltok ved oppfølging seks år senere. Egenrapportert symptombelastning og diagnostisk intervju ble gjort før terapistart og ved oppfølging. Separate analyser sammenliknet resultatet av behandlinger utført av psykiatrisk sykepleier (n = 31) med dem utført av psykolog eller psykiater (n = 34).

Resultat: Ved oppfølging viste 28 av 65 pasienter (43 prosent) klinisk signifikant bedring, og 27 av de 59 pasientene (46 prosent) som møtte til intervju, hadde ikke lenger noen psykisk lidelse. Disse resultatene skyldtes særlig bedring av affektive lidelser. Antall konsultasjoner i tidsperioden var i median 53 (spredning 4–328). Det var ingen signifikant forskjell mellom pasienter som var behandlet av psykiatrisk sykepleier eller av psykolog/psykiater. Bortsett fra høyere snittalder fant forfatterne ingen signifikant forskjell mellom de pasientene som viste klinisk bedring, og de som ikke viste bedring.

Konklusjon: Til tross for mange konsultasjoner ved DPS oppnådde bare en moderat andel av pasientene en signifikant symptomlette. Terapeutenes profesjon synes å være uten betydning for effektene på sikt.

Forfattere:

Ingrid Olsson
og Alv A. Dahl



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no





Sammendrag: ●●●

Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull

Bakgrunn: Alle voksne pasienter innlagt i somatiske avdelinger skal med få unntak vurderes for ernæringsmessig risiko. Ernæringsmessig risiko innebærer svekket ernæringsstatus som følge av økt ernæringsbehov samt redusert inntak eller opptak av ernæring grunnet sykdom eller behandling. Pasienter i ernæringsmessig risiko skal ha individuelle tiltak for å forebygge eller behandle underernæring, og tiltak skal dokumenteres i pasientjournalen.

Hensikt: Hensikten med studien var å vurdere hvorvidt ernæringspraksisen ved Haukeland universitetssjukehus samsvarte med anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Metode: Forfatterne benyttet retrospektiv kartlegging av ernæringsdata fra pasientjournaler.

Resultater: Forfatterne inkluderte 714 pasientjournaler fra 8 somatiske avdelinger. Vurdering av ernæringsmessig risiko ble dokumentert i 107 pasientjournaler (15 %), hvorav 64 pasienter ble vurdert innen 24 timer etter innleggelsen, og 26 pasienter ble identifisert for ernæringsmessig risiko. For 18 av pasientene med ernæringsmessig risiko var det dokumentert målrettet ernæringsstiltak, og for to av disse var energibehovet beregnet og energiinntaket kartlagt. 126 epikriser var det diagnosekoder for underernæring, men de samsvarte ikke med dokumentasjonen av ernæringsmessig risiko.

Konklusjon: Dokumentasjonen av ernæringspraksis i pasientjournalene ved Haukeland universitetssjukehus var mangelfull og ikke i tråd med nasjonale retningslinjer. En nasjonal satsing gjennom pasientsikkerhetsprogrammet er en unik mulighet til å forbedre sykehusets ernæringspraksis.

Forfattere:

Ken Åge Kårstad, Nina Rydland Olsen, Kari Sygnestveit, Gro Jamtvedt, Morten Aarflot og Randi J. Tangvik



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

Scann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no



Sammendrag: ●●●

Praksisveiledning av minoritetsspråklige sykepleierstudenter krever mer tid og tilrettelegging

Bakgrunn: Forskning blant sykepleierstudenter viser at studenter med minoritetsspråklig bakgrunn har et stort behov for veiledning og oppfølging på grunn av manglende språkforståelse. Det tar tid å tilegne seg både lingvistisk og kommunikativ kompetanse, og det er viktig at studentene får et tilpasset opplegg for å gjennomføre utdanningen.

Hensikt: Å belyse praksisveilederes erfaringer med å veilede minoritetsspråklige sykepleierstudenter i en sykehuskontekst.

Metode: Studien har et kvalitativt design med individuelle intervjuer med ti praksisveiledere fra ulike avdelinger ved et sykehus i et regionalt helseforetak i Helse Sør-Øst. Forfatterne analyserte dataene ved hjelp av manifest innholdsanalyse.

Resultat: Praksisveilederne syntes det var utfordrende å veilede minoritetsspråklige studenter på grunn av studentenes språkforståelse. Det er behov for mer tid til veiledning og forbedret samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet.

Konklusjon: Denne studien viser at minoritetsspråklige sykepleierstudenter har språkutfordringer, og at det trengs mer tid til veiledning. Praksisfeltet på sykehus og utdanningsinstitusjoner må samarbeide for å skape en god læresituasjon for de minoritetsspråklige sykepleierstudentene. Det er derfor et stort behov for å legge til rette for individuell oppfølging av minoritetsspråklige studenter i bachelorutdanningen i sykepleie.

Forfattere:

Anne Valen-Sendstad Skisland, Sylvi Monika Flatland, Anne K. Flaatten Tønnsberg og Ulrika Söderhamn



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

Scann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no





NYLIG PUBLISERT

På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelleverderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for studiesteder og studenter.

Sammendrag:



Oppringning før innleggelse fikk ikke flere ruspasienter til å gjennomføre avgiftning

Bakgrunn: Manglende oppmøte til og frafall fra rusbehandling er en stor utfordring.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke om prehospital telefonkontakt kunne øke oppmøtet til og gjennomføringen av et avgiftningsopphold. Forfatterne ønsket dessuten å få innsikt i hvilke erfaringer de som gjennomførte telefonsamtalene, hadde med telefonkontakten.

Metode: Det ble foretatt en kvantitativ datainnsamling for å sammenlikne en periode uten telefonkontakt med en periode med telefonkontakt. En kvalitativ datainnsamling ga innsikt i erfaringene til dem som ringte. Studien foregikk ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus.

Resultat: Telefonkontakten førte til at oppmøtet økte med beskjedne og ikke-signifikante 6 prosent. Det var heller ingen økning i gjennomføring av behandlingen. De som ringte, syntes tiltaket var positivt fordi det førte til avklaringer, utveksling av informasjon og en begynnende relasjonsbygging.

Konklusjon: Til tross for at tiltaket ikke førte til signifikante forskjeller i oppmøte og gjennomføring av avgiftningsbehandling, ble det likevel opplevd som et bidrag for å øke informasjonsflyten og tilrettelegge tjenesten.

Forfattere:

Anne Lene Årseth,
Berit Johannessen og
John-Kåre Vederhus



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no



Sammendrag:



Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering

Bakgrunn: Sykepleiere er den største gruppen helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det forventes at de allerede som nyutdannede har kompetanse i sykepleiefaglig ledelse for å kunne organisere og lede pasientarbeidet. Sykepleierutdanningen i samarbeid med praksisfeltet har ansvaret for å utvikle teoretisk og praktisk kunnskap slik at sykepleiere får handlingskompetanse i sykepleiefaglig ledelse.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan studentene erfarer sin egen utvikling av handlingskompetanse i sykepleiefaglig ledelse etter ny praksismodell i sjette semester. Studentenes erfaringer gir viktig kunnskap for å videreutvikle praksismodellen i henhold til praksisfeltets krav til nyutdannede sykepleiere.

Metode: Forfatterne valgte en kvalitativ tilnærming ved å bruke fokusgrupper med studenter etter endt praksisperiode våren 2016. I analysen ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Studien viser at en ny praksismodell kan bidra til å styrke studentenes ferdigheter i ledelse og organisering og dermed bidra til å minske gapet mellom utdanningen og sykehjemmenes forventninger til nyutdannede sykepleiere.

Konklusjon: Studentene ble utfordret i sykepleiefaglig ledelse, studentveiledning, involvering i kvalitetsarbeid samt tverrprofesjonell samhandling. Studien viser at balansen mellom utfordringer og refleksjon er sentral for læring og kritisk tenkning i sykepleie.

Forfattere:

Wivi-Ann Tingvoll,
Karin Ravn Pedersen
og Randi Inger
Johanne Nymo



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no





Sammendrag: ●●●

Sykepleierstudenter utvikler kulturell kompetanse på utveksling i Tanzania

Bakgrunn: Globalisering har ført til økt migrasjon, og sykepleierstudenter trenger kulturell kompetanse for å kunne møte helseutfordringene et multikulturelt samfunn kan medføre. Utveksling er en effektiv læringsmetode for å utvikle kulturell kompetanse fordi studentene møter mennesker i en annen kulturell kontekst over tid.

Hensikt: Å få innsikt i sykepleierstudenters erfaringer med egen utvikling av kulturell kompetanse da de var på utveksling i Tanzania.

Metode: Forfatterne foretok fokusgruppeintervjuer med sykepleierstudenter på tre måneders utvekslingsopphold i Tanzania.

Resultat: Utvikling av kulturell kompetanse var avhengig av at studentene fikk forklaringer på det de ikke forsto, og at de ble utfordret på sine egne holdninger. De utviklet større forståelse ved å delta i møter med andre mennesker over tid og ved å reflektere over egne erfaringer. En åpen holdning i møte med mennesker og situasjoner samt vilje til å gå ut av sin egen komfortsone bidro også til å utvikle kulturell kompetanse.

Konklusjon: Studentene som deltok på tre måneders utveksling, utviklet kulturell kompetanse ved å ha en åpen holdning og få forklaringer som bidro til større forståelse for kulturelle forskjeller. Det er behov for mer forskning om hvilke undervisningsopplegg som kan bidra til å styrke studentenes kulturelle kompetanse.

Forfattere:

Olav Johannes Hovland
og Berit Johannessen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no



Sammendrag: ●●●

Den tradisjonelle lege-pasient-rollen kan umyndiggjøre pasienten

Bakgrunn: Det trengs kunnskap om hvordan de sosiale rollene som henholdsvis lege og pasient virker inn på pasientenes bemyndigelse. Pasientenes medvirkning i helingsprosessen er ikke bare en rettighet, men har også potensielt stor betydning for utfallet av behandlingen som gis på et sykehus.

Hensikt: Artikkelen fokuserer på hvordan innarbeidede sosiale og kulturelle praksiser preger både lege- og pasientrollen når legevisitten gjennomføres. Hensikten er å peke på begrensninger og muligheter for å legge til rette for en mer bemyndigende kommunikasjon i legevisitten.

Metode: Artikkelen er basert på en kvalitativ feltstudie som forfatterne gjennomførte med deltakende observasjon av legevisitter. De ble benyttet en stegvis deduktiv-induktiv metode i analysen av datamaterialet.

Resultat: Resultatene viser at legers og pasienters rolleatferd på legevisitten kan bidra til umyndiggjøring. Legens rolle utøves på måter som ikke nødvendigvis er bevisst paternalistisk, men som likevel er tuftet på et syn om at legen er en «eksklusiv ekspert», og at pasienten dermed skal underordne seg legen. Pasienten har derfor en tendens til å nedvurdere kunnskapen sin om egen helse og generelt innrette seg etter en tradisjonell rolle som «passiv og avhengig».

Konklusjon: Med utgangspunkt i at umyndiggjøringen i stor grad skjer gjennom internalisert rolleatferd hos både pasienten og legen, diskuterer forfatterne behovet for både bevisstgjøring og konkrete virkemidler som kan utfordre disse rolleforståelsene. Det blir særlig pekt på hvordan legevisitten legges til rette på måter som offensivt utfordrer legens rolle som «eksklusiv ekspert», og pasientens rolle som «passiv og avhengig».

Forfattere:

Elin Saga og Ole Jacob
Thomassen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no



sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfatter-
veiledningen

sykepleien
forskning



Påfyll

Del 3 Sykepleien 09 | 2018

Bøker – Kultur – Fakta

FORMIDLER SYKEPLEIE:
Christie Watson har skrevet om sykepleie så hele Europa vil lese. Norge er først ut med oversettelse. Foto: Nina Hernæs



Elsker sykepleie

I trøbbel. Christie Watson er bekymret for sykepleien og vil at folk skal vite hva faget er. **68**



Fakta. Nei, Julius Cæsar fant ikke opp keisersnittet. **72**



«Vi kan ikke overlate fagutviklingen til selgere.» Liv Bjørnhaug Johansen. **67**



Bok. Skarp kritikk av tilnærmingen til rus- og psykiatrifeltet. **71**



Dikt

barna

*jeg jobber med barna
av samme grunn som vokteren jobber i fyrtårnet
vi trenger lys*

*vi trenger en liten gutt
som sier han ikke vil spise kylling
fordi han er redd for å få vinger*

*og ei jente med kritt
som tegner et øye i skolegården
så jorden kan få se himmelen*

Fra: *Nå solen med en finger*, Tiden, 2018

Om forfatteren

Alexander Bertin Øyhovden

Alexander Bertin Øyhovden (1984) debuterer som lyriker i høst med boken *Nå solen med en finger*. Øyhovden skriver i en klassisk sentrallyrisk tradisjon der han går løs på menneskelivets lidelse, men plasserer det hele i en hverdagsnær sfære. Bokens siste del er en dikt-syklus om å sitte igjen etter å ha mistet et søsken.



VIL GI HJELP OG STØTTE: Helsesøster Tone Bjørnson Aanderaa chatter med unge som har spørsmål om kjønn og kjønnsidentitet. Foto: Nina Hernæs



Ny chat om kjønns mangfold

MANGE SPØRSMÅL: –Vi har ikke ressurser til å hjelpe alle som henvender seg til oss, derfor tilbyr vi nå en chat, sier Tone Bjørnson Aanderaa ved helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo.

De siste årene har helsestasjonen opplevd en markant økning i henvendelser fra barn og unge som har spørsmål rundt kjønn og kjønnsidentitet.

– Vi ser et stort behov for hjelp over hele landet, og starter derfor en anonym chattetjeneste som er åpen for alle. De som svarer, er fagpersoner med kompetanse innenfor sexologi eller trans.

Chatten finnes på ichatten.no og er åpen mandag og torsdag mellom 16 og 19. Aanderaa er en av fem som vil svare på spørsmål. I tillegg til henne er det en helsesøster, en sykepleier, en sosionom og en barnevernspedagog. For å sikre anonymitet for dem som spør, vil man ikke vite hvem av fagpersonene som svarer.

Ichatten kan blant annet brukes til å få kunnskap om kjønns mangfold og utforske egen identitet, hjelp til å knytte kontakter til lokale hjelpetilbud og veiledning til foreldre og foresatte.

– Vi vet at unge som strever med kjønnsproblematikk, er en sårbar gruppe som trenger anerkjennelse og støtte på at de er akseptert som de er, sier Aanderaa.

– Hensikten med chatten er å hjelpe dem med nettopp dette.

Chatten er finansiert av Helsedirektoratet. ●

Håndbok for besteforeldre

Helsesøster Guri Midtgard har skrevet *Livet med barnebarna*, en bok som skal gi ny kunnskap og gode råd til besteforeldre. Hun tar blant annet for seg rollen som besteforeldre, barns utvikling og psykisk helse. I tillegg til pleie og førstehjelp ved vanlige sykdommer og skader.

Hpv – helt vanlig virus

Gynekolog Jorun Thørring og patolog Sveinung Wergeland Sørbye vil rydde opp i misforståelser og feilinformasjon med boken *Alt om hpv*. De forsøker å forklare hvilken betydning det har å være smittet av viruset, hva celledoendringer er, og hvordan de følges opp.

Forsøk på å forstå omsorg

Poesi og tekster om personlige anliggender kan være avgjørende kilder for å forstå omsorg, argumenteres det for i *Omsorgsforståelser – Mellom poesi, profesjon og politikk*. Bakgrunnen for boken er en opplevelse av at det sosialfaglige feltet styres for mye av en akademisk vinkling. Redaktør er Randi Edland Kroken.

Bøker. 3 om selvmord

Mørkt og personlig

TEGNESERIEROMAN: 18 år gammel mister Steffen Kverneland sin far i selvmord. I den dypt personlige *En frivillig død* forteller han gjennom tekst, tegninger og fotografier om farens selvmord og hvordan det har påvirket hans liv. Det blir en mørk og rystende bok. Kverneland regnes som en av landets sentrale tegneseriekunstnere. Hans biografi om Edvard Munch er oversatt til elleve språk.

No Comprendo Press, 2018



Familien som sitter igjen

ROMAN: Maria Navarro Skaranger brakdebuterte i 2015 med Stovnerromanen *Alle utlendinger har lukka gardiner*. I høst kommer hennes andre roman, *Bok om sorg (Fortellingen om Nils i skogen)*, om en familie som sitter igjen etter at en psykisk syk bror velger å avslutte livet. Boken har allerede høstet ros for original og presis skildring av sorg og psykisk sykdom.

Forlaget Oktober, 2018



Faglig om forebygging

FAGBOK: Vurdering av suicidalitet og forebygging av selvmord er en av kjerneøvelsene i psykiatrien. Øivind Ekeberg og Erlend Hem er redaktørene bak *Praktisk selvmordsforebygging*, som beskriver teorier om selvmord belyst med kasuistikker, ekspertråd og kartleggingsverktøy til praktisk selvmordsforebygging. Boken er ment som et praktisk verktøy for helsepersonell og redningsetatere.

Gyldendal, 2016



Påfyll. Petit



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier og bokansvarlig i Sykepleien



Til salgs for en kyllingbaguette

Åtti sykepleiere sitter i en seminarsal og noterer flittig mens ulike fagfolk belyser akkurat deres fagområde fra ulike vinkler.

Bakerst i salen står selgerne ved bodene sine. Det er lett å overse, men bak de pene blazerne, de glansede infobrosjyrene, som får selv en to meter lang silikonslange ment for å samle opp diaré til å se delikat ut, er det faktisk selgere de er. I pausen smetter de opp på scenen med powerpointpresentasjonene sine. Regnestykkene deres viser alltid at de dyre, nye preparatene egentlig er mye billigere enn de gamle. Det er de som har betalt lunsjen vår.

Hvem slapp inn dem, tenker jeg. Helsevesenet er statens aller helligste – her forventer vi å møte balansert og ukorrumpert informasjon og kunnskap. Hvordan fikk selgerne sette opp bodene sine her?

Barselomsorgen har dørene på vidt gap for de kommersielle aktørene. Allerede på sykehuset fikk jeg som fødende en pakke med vareprøver, reklame og gjennomspionert informasjonsmateriell. På helsestasjonen var brosjyrene om kosttilskudd signert Petter Møller, og boken om ernæring var i sin helhet levert av Nestlé. Som sykepleier møter jeg selgerne på kurs og som sponsorer for seminarer. Alle kursene i sårstell jeg har blitt tilbudt, har vært arrangert av bandasjeprodusenter. Det jeg kan om sondeernæring og næringsdrikker, har jeg fra Nestlé.

For fagutviklingssykepleiere med små ressurser og dårlig samvittighet er produsentenes småkurs en enkel løsning. Det er billig fagutvikling. Når Nestlé eller Mølnlycke vil

komme i en lunsjpause med baguetter og kulepenner til de ansatte, kan avdelingslederne og fagutviklerne huke av på kompetanseheving.

Og ja, vi lærer noe, men på hvilke betingelser? Vi lærer nøyaktig det de som selger produktene, vil at vi skal kunne.

Grensen mellom reklame og informasjon er ofte svært utydelig, men når den som gir informasjonen, er betalt av dem som vil at vi skal kjøpe mer, kan du være sikker på at de ikke sier noe som vil få deg til å kjøpe mindre. Vi vet at det er en godt innarbeidet tradisjon hos de kommersielle farmasøytiske selskapene å bare publisere forskningsresultater som går i deres favør. Dermed kan informasjonen de gir, være så forskningsbasert den bare vil – den vil uansett være farget av avsenderen.

Sykepleiere er ikke bortskjemt med å bli spandert på og tar entusiastisk imot alt som er gratis på vaktrommet. Men folkens: Det finnes ikke noe gratis lunsj. Hver gang noen som selger noe, gir deg noe gratis, skal du huske på at de gjør det for å påvirke deg til å velge deres produkt, og at de bruker penger på det fordi de vet at det virker.

Sykepleiere gir råd og gjør valg verdt atskillige millioner hver dag. Omkring oss står et massiv av kommersielle aktører som gjerne vil at noen av disse kronene skal tilfalle dem. De vil forsøke å påvirke oss til å velge akkurat deres produkter. Sånn er kapitalismen. Den kjenner vi godt fra livet for øvrig. Derfor har vi som private forbrukere lært oss til å være kritiske til det som blir sagt i reklamer. Det må vi være på jobben også. Vi kan ikke overlate fagutviklingen til selgere. ●



Christie Watson begynte å skrive det hun trodde var en smal bok om sykepleie. Nå blir den oversatt til 23 språk.

– Vi må snakke om sykepleie så folk forstår

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Language of kindness, eller *Godhetens språk* på norsk, er blitt en uventet suksess. Christie Watson, som har jobbet som sykepleier i mer enn 20 år og skrevet tre romaner, trodde en sykepleiers historie bare ville nå et smalt marked i Storbritannia. Det samme trodde agenten.

Men så begynte telefonlinjene å gløde over hele Europa.

Watson sto på Lidl og handlet poteter da agenten ringte henne. «De elsker boken din», sa hun.

SYKEPLEIE ER Å VÆRE DETEKTIV

– Da slo det meg: Sykepleie er så universelt, sier Christie Watson når hun er på snarbesøk i Oslo.

– Sykepleie er ganske likt, uavhengig av om du er i London, New York, Norge eller Nigeria.

Likevel er det altfor mange som ikke forstår hva sykepleie er.

– Fra utsiden ser man en sykepleier, gjerne en kvinne, som holder en pasient i hånden. Og det kan alle gjøre. Men sykepleieren holder ikke bare pasienten i hånden, hun vurderer kroppstemperaturen, kjenner etter hjerterytmen, om pasienten er dehydrert, underernært. Hun tar inn hvordan pasienten har det, hvem som er i rommet. Sykepleieren er som en detektiv, som leter etter spor som forteller noe om pasientens tilstand.

Men, understreker hun:

– Dette klarer vi ikke å formidle til folk flest. Derfor må sykepleierne begynne å rope.

– Og dette er din måte å rope på?

– Ja.

HENNES EGNE MINNER

Godhetens språk er bygget opp rundt fortellinger. Christie Watson, som blant annet har jobbet som traumeleder, tar leseren med seg gjennom sykehuset. Nedover korridorer, inn på akuttmottaket, forbi laboratoriet, innom sengeposter og opp i pasientsituasjonen. Hun skrev boken raskt,

fordi hun ville at den skulle ha et høyt tempo. Som en ekte sykepleiervakt. Men når hun kommer til pasientmøtene, fortellingene om sykepleie, senker hun farten.

Alle historiene er sanne, men hun har endret kjønn, alder, karakteristika og smeltet karakterer sammen for å ivareta taushetsplikten.

Hun begynner med Betty, som det utløses traumealarm for. Betty, en eldre kvinne, som nettopp har mistet mannen sin etter et hjerteanfall, er på sykehuset for en avtale. I resepsjonen får hun brystsmertor, men er bevisst. Watson følger henne til akuttmottaket, snakker med henne, beroliger henne. Det Betty viser seg å trenge, er ikke hjertemedisiner eller avansert medisinsk utstyr. Betty er i sorg og fortapt etter tapet av ektemannen. Hun er kald, og hun er redd. Sannsynligvis har hun hatt et panikkanfall. EKG er fint. Hun får varmeteppe for å få opp kroppstemperaturen, mat og søt te for å få opp blodsukkeret og en som har fem minutter til å høre om ektemannen og brudekjolen hun en gang måtte sy av fallskjermstoff.

«Du reddet livet mitt», sier Betty etterpå.

– Fra utsiden gjorde jeg ikke noe annet enn å holde henne i hånden, sier Christie Watson litt senere når hun snakker om boken hos forlaget.

– Men det jeg gjorde, var å vurdere temperatur, puls, mental status, se etter tegn på demens og hennes sosiale situasjon.

IKKE VERDIGE NOK

Da hun begynte å skrive, lette hun etter andre sakprosaer om sykepleie. Hun fant ingen.

– Men jeg fant hyllemeterer med medisinske

«Hjemmesykepleiere redder nok flere liv enn nevrokirurger.»

fortellinger skrevet av leger, sier hun og ler litt.

– Mannlige leger. Og særlig nevrokirurger.

Hun bøyer seg fremover i stolen.

– Jeg har ingenting imot nevrokirurger, de gjør en fantastisk jobb. Men det gjør også hjemmesykepleiere. De redder trolig flere liv enn nevrokirurger. De fleste vil aldri møte en nevrokirurg, men nesten alle kommer i kontakt med kommunehelsetjenesten.

– Hvorfor tror du det ikke er skrevet mer om sykepleie?

– Fordi de fleste sykepleiere er kvinner. Kvinner har lett for å tenke at vi ikke er gode nok, at våre erfaringer ikke er interessante nok eller verdige nok. Se på meg, som er sykepleier og forfatter, det falt meg ikke inn å skrive om sykepleie på denne måten. Jeg nevnte for agenten min at jeg hadde lyst til å skrive fiksjon om sykepleie og kanskje sakprosa senere. Hun sa: Hvorfor ikke skrive sakprosa med en gang?

– SYKEPLEIEN TRENGER FORTELLINGER

Da Watson begynte å studere, trodde hun sykepleie var kjemi, biologi, fysikk, farmakologi og anatomi. Nå mener hun det handler om filosofi, psykologi, kunst, etikk og politikk. I slutten av boken skriver hun at hun vet hva sykepleie er, og at det er enklere enn hun trodde. Sykepleie er å hjelpe noen som trenger hjelp. Vi trenger egentlig ikke teorien.

– Mener du vi ikke trenger sykepleierteorien?

– Jo. Men da jeg studerte sykepleie, brukte jeg altfor mye tid på å forstå teoriene i sykepleie. Det krevdes tid, ferdigheter og erfaring for å forstå sykepleierteori. Jeg har lest bøker uten å forstå hva de handler om. Det var først da jeg begynte å erfare, at jeg lærte sykepleie. Vi trenger teorien, men den må gå hånd i hånd med erfaring.

Hun tenker seg om litt.

– Jeg tror sykepleierteorien trenger narrativer, eller fortellinger. Kanskje kan de tette gapet mellom teori og praksis og hjelpe sykepleierstudenter til å forstå hva sykepleie handler om.



Fakta

Christie Watson

Aktuell med:
Godhetens språk

– VERDSETTER ANDRE VERDIER

I boken uttrykker hun en enorm kjærlighet til sykepleien, og et sinne mot manglende ressurser. En bekymring for en kollektiv omsorgstretthet.

Hun peker på at hun i løpet av karrieren bare ble tilbudt veiledning to ganger, og begge gangene takket hun nei fordi det ikke var reelle tilbud. Det var ikke tid og rom for at hun kunne forlate avdelingen, snarere var det en leder som skulle krysse av på listen for at hun i alle fall hadde fått tilbudet.

– Helsevesenet bør ta bedre vare på helsearbeiderne. Det vil komme både samfunnet og pasientene til gode at de orker å stå i jobben sin.

Hun er opptatt av mangelen på sykepleiere og hvor komplekse problemer mange pasienter har.

– Egentlig er jeg ikke så sint, sier hun ettertenksomt.

– Jeg er mer trist. Jeg frykter at sykepleie er i alvorlig trøbbel. Samfunnet verdsetter selfies, makt og penger. Folk vil ikke lenger være sykepleiere. De vil være Kim Kardashian. Jeg håper sykepleien likevel kan være en motvekt mot dette, fordi vi alle en dag blir Betty.

IKKE LENGER AUTORISERT

For to og en halv uke siden sa hun formelt farvel til sykepleieryrket. Da ble hun avsertifisert. I England må sykepleiere i jobb stadig fornye autorisasjonen sin. Christie Watson jobber ikke lenger klinisk. Hun skriver et tv-manuskript av *Godhetens språk* og er i gang med en ny bok om sykepleie. I tillegg jobber hun politisk, blant annet gjennom kampanjen *Nursing Now*. Selv om hun ikke er autorisert, er hun sykepleier.

– Jeg føler jeg jobber mer med sykepleie nå enn noen gang tidligere.

– Vet du endelig hva sykepleie er?

– Sykepleie er komplisert. Det befinner seg et sted mellom hodet og hjertet. Sykepleie er omsorg, medfølelse, empati og avanserte praktiske ferdigheter. Det er mer enn vitenskap, mer enn kunst. Sykepleie gir en mulighet til å forstå livet. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Vera ein annan stad

Av Annlaug Selstø
Det Norske Samlaget,
2018
204 sider
ISBN 9788252195743

Anmelder:
Elisabeth Heggernes

Livet som nødhjelpsarbeider

ANMELDELSE: Vilde overtar som eneste sykepleier i et nødhjelpsprosjekt i ødemarken et sted i Sudan. Ernæringsstasjonen skal dele ut mat til underernærte barn og har et minisykehus som kan behandle underernærte og andre sykdommer som ikke krever avansert behandling.

Uten opplæring kastes Vilde inn i arbeidet. Det er ikke tid til å engasjere seg i enkeltskjebner, men den lille gruppen helsepersonell hjelper likevel mange. Å være ute i øde landskap uten telefon og kontakt med omverdenen passer Vilde bra, for å reise ut er

også en måte å reise fra noe på.

Annlaug Selstø har studert ved forfatterstudiet i Bø og Aschehougs forfatter-skole, og er sykepleier med erfaring fra både Norge og utlandet. Skildringene av Vildes arbeid i romanen er troverdige og holdt i et nøkternt og likefremt språk. For en med sykepleierbakgrunn er det spennende å lese hvordan hun må sjonglere mellom oppgaver og improvisere med kun et minimum av utstyr og personell tilgjengelig, samtidig som hun ikke har annet enn prosedyrebøker å samrå seg med når uforutsette ting skjer.

Å være på et slikt sted innebærer

også en annen risiko enn på et sykehus i Norge. Først kan Vilde virke litt vel redd for slanger og andre farer, men det viser seg at både menneskene og naturen kan by på helt andre utfordringer enn hun er vant til hjemmefra.

Romanen har ingen dramatisk historie, men den gir et interessant innblikk i en verden som mange av oss aldri vil oppleve, men som likevel inneholder mye som er universelt uansett hvor en jobber. Vennskap dannes, kolleger er uenige og prøver å gjøre det beste ut av det, rutiner utarbeides og brytes, pasienter med sterke historier. Livet, med andre ord. Bare et annet sted. ●



Fakta

Etikk i klinisk sjukepleie

Av Anne Kari Tolo Heggstad
Det Norske Samlaget,
2018
144 sider
ISBN 9788252193312

Anmelder:
Håkon Johansen

Komprimert innføring i etikk

ANMELDELSE: Anne Kari Tolo Heggstad har skrevet en innføringsbok i etikk og henvender seg først og fremst til sykepleierstudenten. Til tross for et beskjedent format behandler forfatteren sentrale etiske problemstillinger og gjør gode avklaringer av aktuelle begreper. Slik blir boken interessant også for den erfarne sykepleieren og andre som er engasjert i etikk.

Tolo Heggstad er førsteamanuensis ved sykepleierutdanningen ved Oslomet og postdoktor ved Senter for medisinsk etikk. Hun har lang erfaring i å undervise i etikk.

Boken innleder med en avklaring av hva etikk dreier seg om. Hun setter

etikken i sammenheng med jussen og med grunnleggende verdier i helse-tjenesten. Forfatteren tar for seg etiske problemstillinger knyttet til praksis og binder sammen etikk og aktuell fagkunnskap. Hun bruker gode, komplekse eksempler og stiller spørsmål som inspirerer til ettertanke og diskusjon i gruppe. Noen få steder kan jeg savne en mer nyansert fremstilling av eksemplene.

Boken behandler systematisk etikk-arbeid i praksis og har egne kapitler om etiske teorier og forskningsetikk. Ulike etiske perspektiver settes opp mot hverandre, og leseren får innblikk i styrker og begrensninger ved de ulike teoriene. Hun går også inn på

profesjonsetikk og taushetsplikt, og boken får aktualitet ved at den drøfter nye problemstillinger knyttet til sosiale medier.

Heggstad skriver på nynorsk og illustrerer dermed hvor godt nynorsk utnytter mangfoldet og nyansene i språket. Forfatteren tar i bruk poesi som en inngang til forståelse av etikk i livets siste fase. Det åpner for å reflektere rundt de mer vare og skjulte sidene ved sykepleierens samhandling med pasienten.

Andre etikkbøker som er aktuelle for bachelorstudenten i sykepleie, har et større format og går dypere inn i stoffet. Samtidig liker jeg Heggstads bok. Hun skriver godt, bruker gode bilder og inspirerer til refleksjon. ●



Annlaug Selstø Klokare om Syria

LITTERATUR: *Den siste jenta* av Nadia Murad var ei sterk leseoppleving. Eg såg henne fyrst på Urix i 2016. Der fortalde ho om korleis jesidiar i Irak vart omringa og tatt til fangar av IS. Unge kvinner vart selt som sexslavar. Dei andre vart avretta.

Ho braut saman då ho fortalde om dette, men hadde samstundes ein sterk vilje, kanskje trong, til å fortelje si historie. I boka fortel ho historia og forhistoria om å koma til helvete og om å overleva. Ho fortel om frykt og makt og misbruk og styrke og mot. Ho fortel om kor urettvis verda kan bli. Kor grusame menneske kan bli. Ho fortel om det å vera ung kvinne, om vanlege draumar, om ekteskap og utdanning.

Denne boka har gitt meg innsikt i ei vanleg kvinne si uvanlege historie. Den er ei lita brikke i puslespelet om å forstå den store konflikten i Syria og landa rundt. Den handlar om denne store kvinna som får Nobels fredspris i år, for hennar mot og vilje til å dele si historie. ●



Navn: Annlaug Selstø
Stilling: Sykepleier ved Helseenteret for papirløse migranter og forfatter som denne høsten debutterer med romanen *Vera ein annan stad*.

Ydmyk provokatør

ANMELDELSE: **Trond Aarre, spesialist i psykiatri og rus, fremmer med denne boken en skarp kritikk av den medisinske tilnærmingen til dette fagfeltet. Mange kolleger vil med god grunn oppleve seg fileristet. Hans intensjoner er dog gode, og han begrunner sitt syn på hvorfor han mener diagnosesystemet blir ufullstendig.**

Forfatteren vil ikke se pasientene som representanter for en gruppediagnose, men som enkeltindivider. Han mener mange av de moderne diagnosene ikke fortjener betegnelsen psykisk lidelse, og vektlegger at det er større likhet mellom behandlerne og de som skal behandles, enn vi liker å tro. Aarre anser plager som angst, depresjon og forsøk på selvmedisinering gjennom rus som reaksjoner på problematiske forhold i livet. Fra forfatterens ståsted er det fullt mulig å hjelpe folk med deres plager likevel.

Han spør seg om det er mulig å leve opp til forventningene som departementet og direktoratet har til tjenestetutviklingen. Selv svarer han nei, og han kaller problemstillingen «den helsepolitiske spagaten». Han tilhører opposisjonen som mener at vi, etter hundre års forskning, bør se oss om etter alternativer utenfor en medisinsk forståelsesramme. Han begrunner det med at det medisinske perspektivet og den kontekstuelle tilnærmingen ikke lett lar seg forene. Pakkeforløpet innen denne omsorgen truer med

å redusere «Pasientens helsetjeneste» til et slagord.

Selv festet jeg meg spesielt ved delen som omhandler vurdering av selvmordsrisiko. «Det er umulig å forutsi selvmord», hevder han. Men i iveren etter å sikre oss mot kritikk fra tilsynsmyndigheter, pasienter, pårørende og presse er det overhengende fare for at helsepersonell ender opp med rigide prosedyrer bygget på tvilsomt faglig grunnlag, og som ikke kan gjennomføres i praksis. Aarre konkluderer med at vi ikke kan bruke tvang med utgangspunkt i en risiko som vi ikke klarer å vurdere på en pålitelig måte.

Forfatteren avviser ikke enhver form for tvang, men understreker at den kan utføres med hjertelag. Han er stor tilhenger av loven om samtykkekompetanse. Særlig fremhever han retten til å nekte å ta imot behandling når det gjelder psykofarmaka, der særlig kronikerne har betydelig egen erfaring med virkning og bivirkninger.

Gjennom drøftingen av medisinbruk høster han nok både tilhenger og motstandere, men uttaler seg så ydmykt at det skal godt gjøres å la seg provosere.

Om jeg savner noe, er det hans syn på bruk av benzodiazepiner under og etter behandlingsforløpet. Skulle jeg pirke på noe i denne boken, som både utfordrer og engasjerer meg, måtte det være at forfatteren gjentar seg selv for ofte. ●



Fakta

En mindre medisinsk psykiatri

Av Trond F. Aarre
Universitetsforlaget,
2018
192 sider
ISBN 9788215030708

Anmelder:
Inger Frogg Jørgensen

«Jeg kjenner pasienter som først kom seg når de anså seg ferdige med de nytteløse spesialisthelsetjenestene.» Trond F. Aarre



Keisersnitt er med på å redde liv og helse når det oppstår komplikasjoner ved fødsel. Visste du at tyggegummi kanskje kan være til hjelp etter forløsningen?

Keiseren befalte keisersnitt

• Tekst **Monica Hilsen**

Keisersnitt er forløsning av et barn via et kirurgisk inngrep gjennom livmorveggen og bukveggen. Det kalles keisersnitt fordi man i oldtidens Romerriket hadde en keiserlig lov som forbød gravide som døde, å bli begravet uforløst. Keisersnitt på døde kvinner var nokså vanlig.

Lex Caesarea, loven i Romerriket, sa: «Uforløst død kvinne kan ikke begraves før barnet er tatt ut.»

Hvis barnet også var dødt, ble det operert ut og lagt i sin egen grav.

Dersom en gravid kvinne var døende, skulle inngrepet utføres mot slutten av svangerskapet. Hensikten var da å redde barnet.

LIVSFARLIG

Franskmannen Ambroise Paré, som også var kongelig livlege for flere franske konger, utviklet i 1550-årene en metode som gjorde det mulig for både mor og barn å overleve keisersnitt. Paré regnes som en av fedrene til kirurgi og moderne rettsmedisinsk patologi.

På 1800-tallet var keisersnitt fremdeles en livsfarlig operasjon. Faren var stor for å dø av blødning, infeksjon og blodpropp, og ikke flere enn 26 keisersnitt er kjent frem til forrige århundreskifte.

Norges første keisersnitt ble gjennomført i 1843. Da ble en kvinne forløst med tvillinger. Kvinnen døde etter tre dager, antakelig av blodmangel eller infeksjon.

Keisersnitt ble først en del av fødselshjelpens hverdag etter andre verdenskrig.

KOMPLIKASJONER

I dag er risikoen ved å ta keisersnitt betydelig

reduert, men fremdeles er det større fare for komplikasjoner her enn ved vanlig fødsel.

For den fødende er de vanligste komplikasjonene blodtap og infeksjoner. Den største konsekvensen er risikoen for nytt keisersnitt i senere svangerskap. Keisersnitt øker også muligheten for komplikasjoner, som for eksempel spontanabort, blødninger i svangerskap og for tidlig fødsel ved etterfølgende svangerskap.

Barn har oftere startproblemer med pusting når de er født ved planlagt keisersnitt sammenliknet med vaginal fødsel eller hastekeisersnitt. Dette skyldes at de ikke har fått adrenalinøkningen i blodet som barn normalt får under fødselen. Dermed er de også mindre våkne, og mindre sugevillige, enn etter en vaginal fødsel.

Keisersnitt har ingen negative konsekvenser for barnet på kort sikt, men flere studier har funnet at risikoen for alvorlig astma, allergier, cøliaki og type 1-diabetes senere i livet er forhøyet sammenliknet med vaginal fødsel. En hypotese er at barn som fødes ved keisersnitt, ikke eksponeres for bakteriene som finnes naturlig i mors fødselskanal og derfor ikke etablerer samme type tarmflora som barna som fødes vaginalt.

16 PROSENT VIL HA

I 2017 ble det født 56 543 barn i Norge, og av disse ble 9029 forløst med keisersnitt. Dette gir en keisersnittprosent på 16. Verdens helseorganisasjon anbefaler at andelen ikke skal være over 15 prosent.

En tredel av keisersnittene er planlagte, mens de øvrige to tredelene er akutte.

Den økte bruken av keisersnitt er en del av

forklaringen på at andelen dødfødsler og dødsfall i nyfødtp perioden har gått så sterkt ned over tid i Norge.

I alle land har det vært en tendens til økt bruk av keisersnitt.

MOR ØNSKER KEISERSNITT

Det er en tendens at flere kvinner vil bli operert enn å føde vaginalt, sammenliknet med tidligere, selv om det ikke er medisinske indikasjoner for keisersnitt. Studier viser at tidligere traumatisk fødsel har innvirkning på den gravides ønsker. Andre studier, som er gjort ved St. Olavs hospital i Trondheim, viser også at disse kvinnene lettere ombestemmer seg hvis de får støtte samtale. Gjennom samtale handler det om å gi kvinnen nok kunnskap og informasjon, slik at hun kan ta helsemessige valg.

I Norge er kvinners selvbestemmelse over egen kropp et sentralt og bærende prinsipp, og dette kommer til uttrykk gjennom loven om selvbestemt abort.

Når det gjelder retten til å velge keisersnitt, er verken praksis eller lovgivning basert på at kvinner har rett til å velge selv. Hvis ønsket er velbegrunnet, skal det tillegges vekt ved avgjørelsen.

Ifølge helsepersonelloven § 4 er det gynekologen som er tillagt den endelige beslutningsmyndigheten til å innvilge keisersnitt uten medisinske grunnlag.

TYGGEKUMMI ETTER KEISERSNITT

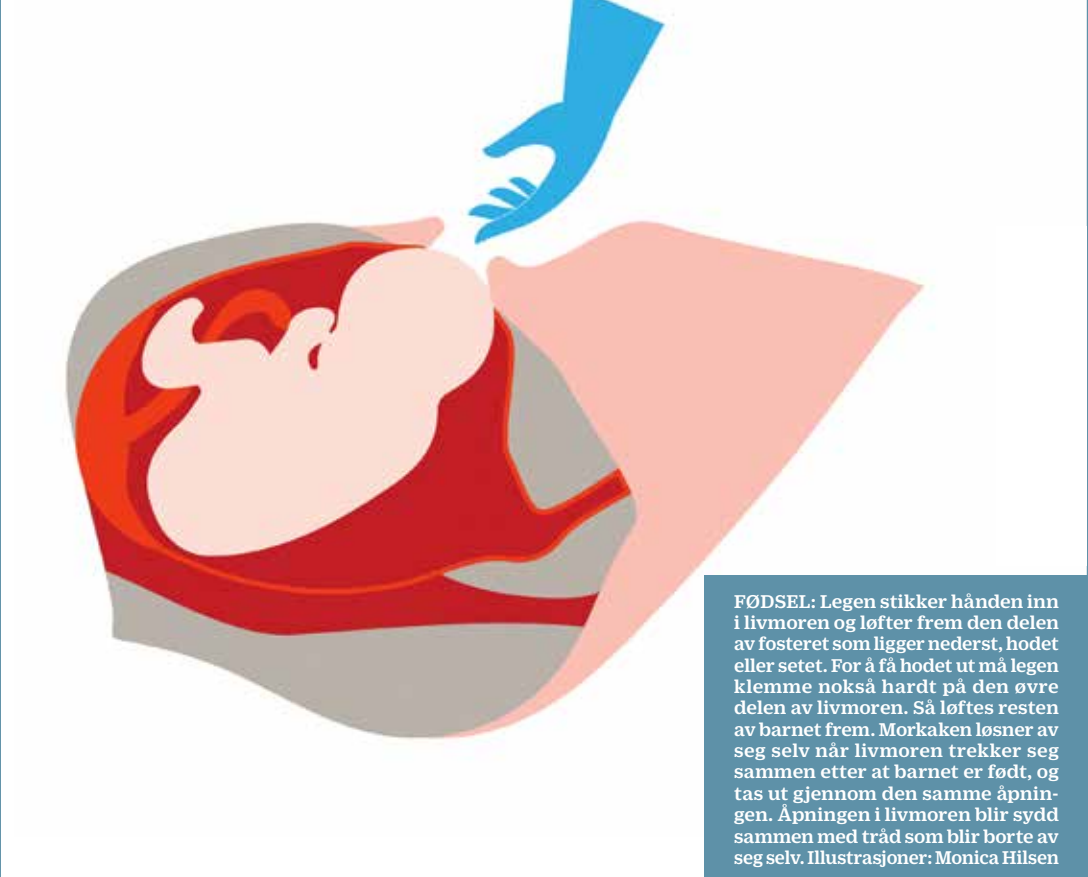
Etter en operasjon er det ikke uvanlig at det oppstår forstoppelse på grunn av operativt traume og effekten av anestesi i kroppen.

En Cochrane-rapport fra 2016 tar for seg

Fakta

SECTIO CAESAREA: Den latinske betegnelsen for keisersnitt er *sectio caesarea*. Betegnelsen går tilbake til en feilaktig oversettelse av uttrykket *caedere*, 'skjære', som betyr «de som er skåret ut».

JULIUS CÆSAR: En myte sier at inngrepet er oppkalt etter romeren Julius Cæsar – mange tror at statsmannen skal ha blitt forløst på denne måten, og at dette er opphavet til ordet. Cæsar ble aldri keiser, men navnet betyr keiser og uttales *kaj-sar* på latin. Historien er ikke sann – på Cæsars tid ble keisersnitt bare benyttet hvis døde kvinner skulle forløses, og Cæsars mor levde i mange år etter fødselen.



FØDSEL: Legen stikker hånden inn i livmoren og løfter frem den delen av fosteret som ligger nederst, hodet eller setet. For å få hodet ut må legen klemme nokså hardt på den øvre delen av livmoren. Så løftes resten av barnet frem. Morkaken løsner av seg selv når livmoren trekker seg sammen etter at barnet er født, og tas ut gjennom den samme åpningen. Åpningen i livmoren blir sydd sammen med tråd som blir borte av seg selv. Illustrasjoner: Monica Hilsen



METODER: Keisersnitt eller vaginal fødsel.



SNITT: Keisersnitt kan gjøres vertikalt eller horisontalt.

om tyggegummitygging innen 24 timer etter keisersnitt kan få i gang tarmen. Intervensjonsgruppene kunne naturligvis ikke blindt placebokontrolleres – man vet når man tygger tyggegummi. Studiene viste imidlertid at flatusavgang (promping) startet sju timer tidligere i snitt, og at første postoperative defekasjon forekom ni timer tidligere enn i kontrollgruppen.

Om tyggegummi brukes i praksis, har Sykepleien ikke klart å finne ut av, men det er i tilfelle en billig måte å løse forstoppelse på, så

kanskje bør det prøves ut ved flere norske fødestuer?

KVINNE TOK KEISERSNITT PÅ SEG SELV

En anekdote til slutt: Det finnes noen ytterst få bekreftede tilfeller av kvinner som har utført keisersnitt på seg selv, der både kvinnen og barnet har overlevd. Meksikanske Inés Ramírez Pérez gjorde dette i mars 2000. Hun hadde tidligere født sju levende barn og en dødfødt jente, og Pérez var fast bestemt på at barnet i magen skulle overleve. Hennes åtte år gamle sønn ble

sendt ut for å kjøpe en skarp kjøkkenkniv, fordi hennes egne kniver var for sløve. Pérez var simpelthen usannsynlig heldig: Hun unngikk å skjære i øvrige innvoller, fikk ikke infeksjon, svømte ikke av, mistet ikke for mye blod og ble funnet i tide.

Kilder: Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister, Raija Dahlø (NTNU) Fagartikkel: Årsaker til selvalgt keisersnitt av Marit Larsen, Raija Dahlø, John Syse og Tone Shetelig Løvvik, Store Norske leksikon, Helsebiblioteket, The Telegraph ●

monica.hilsen@sykepleien.no



Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er Culex pipiens molestus?

- A En sjelden type ondartet føflekk
- B En mygg som kan overføre virusykdom
- C Snorking med en høy pipelyd

2 Hva er YOD?

- A Et mineral som kroppen trenger

- B En forebyggende treningsform (yoga over diabetes)
- C Tidlig demens (young onset dementia)

3 Hvilket organ påvirkes mest av fysisk aktivitet, ifølge lege og forfatter Ole Petter Hjelte?

- A Hjertet
- B Tynntarmen
- C Hjernen

4 Fra neste år heter det ikke lenger helsesøster, men ...

- A Helsesykepleier
- B Forbyggende sykepleier
- C Helseveileder

5 Hvilket av disse ordene betyr sykepleier?

- A Nosocomus
- B Nostradamus
- C Nurcius

6 Hva betyr det latinske ordet vaccinium?

- A Kopper
- B Vaksine
- C Blåbær

7 Det er blitt «in» å kalle høyere utdanningssteder for campus. Hva betyr ordet egentlig?

- A Senter for / samling av kunnskap
- B Slette / flat, åpen mark
- C Arena for kamper og slåssing

8 Hva i kroppen omdannes til D-vitamin når huden får ultrafiolett lys (sol)?

- A Kolesterol
- B Omega-3
- C Karoten

9 Hvor skjer oftest befruktingen av egget?

- A I egglederne
- B I eggstokkene
- C I livmoren

10 Hva er den latinske betegnelsen for cellekjerne?

- A Celluloid fokus
- B Nukleus
- C Cytologisk sentrum



CAMPUS: Er han klar til å dra til campus i ordets opprinnelige betydning, mon tro? Foto: Mostphotos

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

1B, 2C, 3C, 4A, 5A, 6C, 7B, 8A, 9A, 10B

Randis hypokonderkryssord

😊	PEDI- ATER	RØYN- SLER TID	FASE	ART.	ORG.	IDR. ARR.	U- VIKTIG PRON.	PLAS- SERTE	SMYKKE FLITTIG	ARVE- STOFF	TEAM LURT	FISK TALL	INTERJ.	SAVNETE SETNING- GER
PEDI- ATER														
NARKO- MANI														
DRA TØMMER STOKKER		STROP- PEN	ORGAN	NYK- TRE	DYRE- BOLIG	MEN- GDE		VASK- ETE				HINNE	GLO	
					PRON.			MO- DERNE		ØVER				
MINNE								LIKE		SYKD.	HELLIG		NABOER KLOKKA	
LUTER						MÅL		SPISE		MÅL		NAKEN	MÅL	RAGET
			BRØL RI			FØ AN- MODE			WC MÅL		KONJ.	TØFF TITTE		
LEIE FRIS- KERE		TVILE			MYKT					SYKE- HUS				
				SYKE- PLEIER									VASKE	



Meninger

Del 4 Sykepleien 09 | 2018

Kronikk – Innspill – Portrett

Noe på hjertet? Send oss en e-post: meninger@sykepleien.no

PROGRAMLEDER: Helene Sandvig er programleder i NRKs serie *Helene sjekker inn*. Foto: Marit Fonn

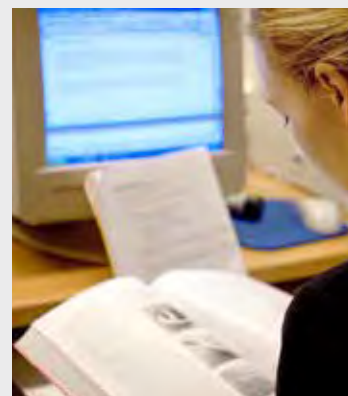


– Jeg skulle skreket

Pårørende. Helsejournalist Helene Sandvig angrer på at hun ikke protesterte mot behandlingen faren fikk. **82**



Kronikk. Sykepleierstudenter må lære å forstå forskning. **78**



«**Vi trenger flere stipendiater ved utdanningsinstitusjonene.**» Tove Aminda Hanssen. **77**



Minneord. Erik Bårdseng har gått bort. **80**



NSF fortsetter å kjempe for et sykepleierløft i 2019
– for pasientenes og sykepleiernes skyld.

Krever fortsatt et sykepleierløft



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

I 2018 ble en viktig milepæl nådd for NSF: Spekter og Norsk Sykepleierforbund ble enige om at minstelønnen for sykepleiere med ti års ansiennitet skal heves til kr 500 000, senest fra 1. juli 2019.

MANGLER 6000

Dette var det viktigste lønnspolitiske målet i sykepleierløftet, men kampen fortsetter. Navs bedriftsundersøkelse viser at det er en formidabel økning i sykepleiermangelen – nå mangler det 6000 sykepleiere i Norge.

Vi skal fortsette å legge press på arbeidsgiversiden i 2019. Sykepleiermangelen må begrenses – da er det ingen vei utenom et lønnsløft, også i de øvrige tariffområdene.

Utløsning av heltidsstillinger er også et sentralt krav i sykepleierløftet. Rundt 60 prosent av norske sykepleiere jobber deltid, og halvparten av sykepleierstillingene som ble utlyst i 2018, er deltidsjobber. Mange sykepleiere har flere stillinger, men det utgjør ikke alltid en full stilling.

MERKELIGE BRØKER

Både politikere og arbeidsgivere mener at det er helt nødvendig med flere heltidsstillinger. Likevel ser vi daglig de merkeligeste brøker for sykepleierstillinger. Heltidsarbeid gir forutsig-

i det offentlige helsevesenet. Ventetidene for utredning av en rekke tilstander er lange ved offentlige sykehus. De som har råd til det, kan kjøpe seg forbi køen for rask diagnostisering hos private aktører.

FORSKJELL PÅ BY OG LAND

Todelt helsevesen kan også oppstå som en konsekvens av hvordan vi bosetter oss. Helsedirektoratet retter i sin årlige rapport Omsorg 2020 søkelyset mot at eldre på små steder kan få dårligere omsorg enn eldre bosatt i byene, fordi andelen eldre blir størst i noen små kommuner. Samtidig skjer det en fraflytting fra distriktskommunene, der særlig unge kvinner med utdanning flytter.

Samhandlingsreformen har på sin side medført mindre fokus på forebygging og mer innsats på spesialisert behandling og pleie. Økte krav til tjenestene, fraflytting og flere kompetansekrav vil derfor kunne by på utfordringer for mange kommuner.

LANDSMØTE OG VALG NESTE ÅR

I november 2019 skal NSF igjen avholde landsmøte. Landsmøtet er NSF's høyeste organ. Da skal vi ta stilling til mange viktige saker. Det er her vi gjennom delegater bestemmer hva slags organisasjon NSF skal være, hva vi skal jobbe med de neste årene og hvem som skal lede NSF videre.

Kommune- og fylkestingsvalget blir en annen viktig milepæl for NSF i 2019. NSF er en partipolitisk uavhengig organisasjon, men vi er opptatt av at medlemmene skal ta informerte valg når de avgir sin stemme. Frem mot valget blir det viktig for oss og nok en gang fremme pasientenes og sykepleiernes interesser.

Vi skal fortsette å være tydelige, modige og stolte sykepleiere – sammen er vi sterke og klare for å jobbe mot nye mål. ●

«Todelt helsevesen kan også oppstå som en konsekvens av hvordan vi bosetter oss.»

barhet og stabilitet, ikke bare for sykepleierne, men også for arbeidsgiverne og ikke minst pasientene. NSF vil fortsatt stå på barrikadene for heltid i 2019. Nå må arbeidsgivere og politikere også innse at dette er veien å gå.

En annen viktig sak vi skal ta tak i neste år, er todelte helsevesen. En todeling kan både skyldes endringer i demografi og helsetilbudet. Hvis vi blir alvorlig syke, tar de fleste det som en selvfølge at det finnes et helsevesen som gir oss den beste tilgjengelige behandlingen. Men er det slik?

Private institusjoner tilbyr kreftmedisiner som ikke tilbys



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Sykepleiere bruker lang tid frem til en doktorgrad, og vi trenger flere stipendiater for å dekke ansettelsesbehovet til utdanningsinstitusjonene.

Tar vi forsker- rekrutteringen på alvor?



Fakta

Tove Aminda Hanssen

Redaktør i Sykepleien
Forskning, forsknings-
og fagsykepleier ved
Universitetssykehuset
Nord-Norge HF og
førsteamanuensis ved
UiT Norges arktiske
universitet

På stadig flere områder kreves det masterutdanning for sykepleiere for å imøtekomme samfunnets behov for oppdatert kunnskap og avansert helsepraksis i helsetjenestene. Derfor må utdanningsinstitusjonene sikre at minst halvparten av undervisningspersonalet har førstekompetanse.

På Norsk Sykepleierforbunds (NSF) forsknings- og utdanningskonferanse ble rapporten Rekruttering til forskning i sykepleie lagt frem 20. oktober i år. Rapporten er utarbeidet av NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning på oppdrag fra NSF. Deltakerne som er undersøkt, er hentet fra NSFs medlemsregister og Forskerpersonalregisteret.

MANKO PÅ STIPENDIATER

Resultatene viste at stipendiatene som ble undersøkt, hadde brukt mer enn tolv år i snitt fra bachelor- til masterutdanningen. For mer enn halvparten av stipendiatene hadde det gått mer enn fem år fra de hadde fullført mastergraden til de hadde begynt på doktorgraden.

En kartlegging av personalet ved undervisningsinstitusjonene viste at 46 prosent av de ansatte var førstestillings-

«Per i dag har vi ikke nok stipendiater til å dekke det fremtidige behovet.»

kompetente. En analyse av de ansattes alder viste at det vil være behov for å erstatte 49 prosent av de ansatte i undervisningsinstitusjonene de neste ti årene, basert på en pensjonsalder på 67 år. Per i dag har vi ikke nok stipendiater til å dekke det fremtidige behovet.

Resultatene gir grunn til å stoppe opp ved og reflektere over hvordan erfarne sykepleieforskere og professorer kan bygge opp forskningsprogrammer der de sikrer nyrekruttering og kompetansebygging for fremtiden.

NYTT INITIATIV FOR Å UTVIKLE FORSKERTALENTER

Et spennende initiativ for å redusere tiden frem til en doktorgrad ble lagt frem på den samme konferansen. Initiativet innen helsefag er utviklet som en forskerlinjepilot ved OsloMet med planlagt oppstart høsten 2019. Forskerlinjen gjennomføres som et parallelt løp sammen med et masterprogram innen helsefag.

Ved å utvide med et sommersemester og et ekstra ordinært semester som inneholder blant annet kurs på ph.d.-nivå, vil man nå hovedmålet med å identifisere og utvikle forskertalenter med tanke på ph.d.-program og videre forskerkarriere. Jeg håper vi ser flere slike initiativer fremover.

OPPFORDRING TIL SYKEPLEIEFORSKERE

Sykepleieforskere – start nå med å planlegge forskningsprogrammer sammen med kolleger, der dyktige forskningsrekrutter kan inviteres inn. Selv om det er mange måneder igjen til fristene utløper for å søke om nasjonale og regionale forskningsmidler viser all erfaring at det er lurt å starte tidlig.

Stimuler også dyktige masterstudenter til å publisere resultatene fra sine gjennomførte forskningsprosjekter i vitenskapelige tidsskrifter, slik at de får et konkurransefortrinn når dere søker om midler til ph.d.-prosjekter. Det er gledelig å erfare at enkelte forskningsmiljøer allerede har tatt utfordringen og belønner studenter med 10 000 kroner dersom de publiserer en vitenskapelig artikkel fra masteroppgaven sin.

Sykepleien Forskning er en naturlig, godkjent norsk kanal for vitenskapelig publisering av sykepleieforskning. Vi ser frem til å motta manuskripter fra ditt miljø! ●



Fakta

Fast skribent

Tove Aminda Hanssen
er fast skribent i Sykepleien.



Det kreves av oss sykepleiere at vi tar i bruk forskning i vårt arbeid.

Da må vi faktisk kunne fagterminologi og systematisk kommunikasjon.

Sykepleierstudenter må lære å forstå forskning



Fakta

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Førsteamanuensis og forsker, Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold Kalnes

I flere fora diskuteres en såkalt akademisering av sykepleiefaget i negative vendinger. Jan Messel, forsker ved Oslo-met, påpekte i 2016 at «det er uenighet om det er bra eller dårlig at profesjonsutdanningene blir mer teoretiske. Noen mener dette truer profesjonenes egenart mens andre mener dette sikrer en forsvarlig yrkesutøvelse».

Litteraturanmelder og daværende sykepleierstudent Cathrine Krøger har blant annet skrevet om hvordan lærebøker i sykepleiefaget har et utilgjengelig språk. Krøger viser også til en u hensiktsmessig overvekt av etikk, kommunikasjon og sykepleieteoretikere på bekostning av naturvitenskapelige og kliniske fag. For henne er blant annet dette eksempler på en «teoretisering» av et praktisk fag – og en slik skjevdeling er selvsagt ikke positivt.

MÅ FORSTÅ FORSKNINGEN

I Dagsavisen nylig etterlyste Skoghaug og Luther fra Fagforbundet at «instituttledelse, fakultetsledelse og rektorer tar ansvar for kompetansen til nyutdannede sykepleiere, vernepleiere, barnehagelærere, sosialarbeidere og grunnskolelærere. De nye universitetene består hovedsakelig av utdanninger som skal utdanne yrkesutøvere til praktisk arbeid i det norske samfunnet».

At ledere tar ansvar for studentenes kompetanse, setter jeg min lit til. Og sykepleie er fremdeles et praktisk yrke. Men: Det kreves av oss sykepleiere at vi kan gjøre observasjoner, rappor-

samarbeide med brukere og pasienter, og anvende fagkompetanse og klinisk skjønn.

Det innebærer at også sykepleierstudenter må læres opp til å lese og forstå forskning, de må kjenne til og kunne bruke fagterminologi. Som ferdig utdannede sykepleiere skal de ta forskningen og fagterminologi i bruk for å kunne vurdere om den praksisen de møter, er kunnskapsbasert, med utgangspunkt i forskning, erfaring og pasientmedvirkning – ikke kun basert på en «slik har vi alltid gjort det»-tankegang.

Som forelesere må vi få frem dette budskapet, og vi må rette oppmerksomheten mot hva slags fagterminologi som er viktig i møte med helsetjenesten – og hvorfor.

«UOVERSATTE ENGELSKESKE ORD»

«Jålete forskere er mer opptatt av å framstå som akademiske enn å bli lest av mange», mener redaktør Nina Kristiansen i forskning.no. «Forskere skriver ikke alltid så godt. Ofte forstår de ikke engang hverandre. Selv forskere innenfor de ulike helsefagene kan slite med å lese hverandres vitenskapelige artikler», hevder hun. Om dette stemmer, er vi på ville veier, etter min mening.

Jeg mener at optimal kommunikasjon mellom helsepersonell krever bruk av fagterminologi. Det betyr at sykepleierstudenter må lære seg denne terminologien. Men: Fagterminologi er for meg ikke ensbetydende med de begrepene Krøger trekker frem som «uoversatte engelske ord»; hun nevner som eksempler «resiliens», «health literacy», «self-efficacy» og «surfaceacting».

Jeg vil påstå at det er en forskjell på det språket Krøger omtaler så negativt, og behovet for å kommunisere med bruk av fagterminologi. Fagterminologi for meg kan være latin, eller medisinske ord og uttrykk som gjør at de som skal samhandle, forstår hverandre.

ET FELLES SPRÅK

Kommunikasjon er viktig innen sykepleie. Sykepleiere skal gjøre observasjoner av pasienten, for så å dokumentere og rapportere disse observasjonene videre til kolleger.

Disse kan være leger – eller sykepleiere – med ikke-norsk-språklig bakgrunn. Latin er medisinsens felles språk, og noe både leger og sykepleiere lærer – og bør lære – under utdanningen.

Da jeg var nyutdannet, var det ikke uvanlig at vi omtalte

«Som forelesere må vi rette oppmerksomheten mot hva slags fagterminologi som er viktig i møte med helsetjenesten.»

tere om disse til annet helsepersonell (som for eksempel leger), og at vi tar i bruk forskning i vårt arbeid – og da må vi faktisk forstå forskningen!

EN KUNNSKAPSBASERT HELSETJENESTE

Stortingsmeldinger, nasjonale veiledere, faglige retningslinjer og andre nasjonale føringer vektlegger betydningen av en kunnskapsbasert helsetjeneste. Dette innebærer blant annet at helsetjenesten skal ta i bruk ny forskning, involvere og

pasienten som at «han puster dårlig». Det blir mer presist og forståelig å si at pasienten har en respirasjonsfrekvens på 24 og bruker hjelpemuskulatur. Slik fagterminologi insisterer jeg derfor på at studenter skal lære seg.

ET FORSTÅELIG SPRÅK

Denne fagterminologien er derimot ikke for bruk i møte med pasienter eller pårørende! Vi må skille mellom hvordan vi snakker til en pasient eller pårørende, og hvordan vi snakker med en kollega om en pasient. Kunsten blir å utdanne sykepleiere som er gode på begge deler: både det å formidle egne observasjoner på en systematisk og presis måte som ikke medfører misforståelser, og å formidle viktig informasjon til pasienter og pårørende på et språk som er forståelig for dem.

Det som blir viktig, er å snakke samme språk. Dette bør være et språk som er forståelig på tvers av utdanningsnivå. Forskning har vist at der kommunikasjon og samhandling fungerer, øker også pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet (1–3).

MASTERSYKEN

Krøger – med flere – kommer også med kross kritikk av den såkalte mastersyken, som ifølge dem medfører utviklingen av et eget stammespråk, som studenter og andre gjerne ikke har forutsetninger for å forstå.

Men studier samlet av Nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag indikerer blant annet at bruk av masterutdannede sykepleiere i sykehus kan bidra til mer fleksibel og effektiv respons i akutsituasjoner, bedre oppfølging av pasienter med komplekse behov og bedre pasienttilfredshet og livskvalitet. De kan bidra til å redusere mortalitet, morbiditet, reinnleggelser og lengden på sykehusoppholdet. Dette må jo være noe vi ønsker?

Krøger hevder videre at den politiske viljen til å gjøre noe med tåkeprat og teoriress på sykepleiestudiet fremdeles er fraværende i Kunnskapsdepartementet.

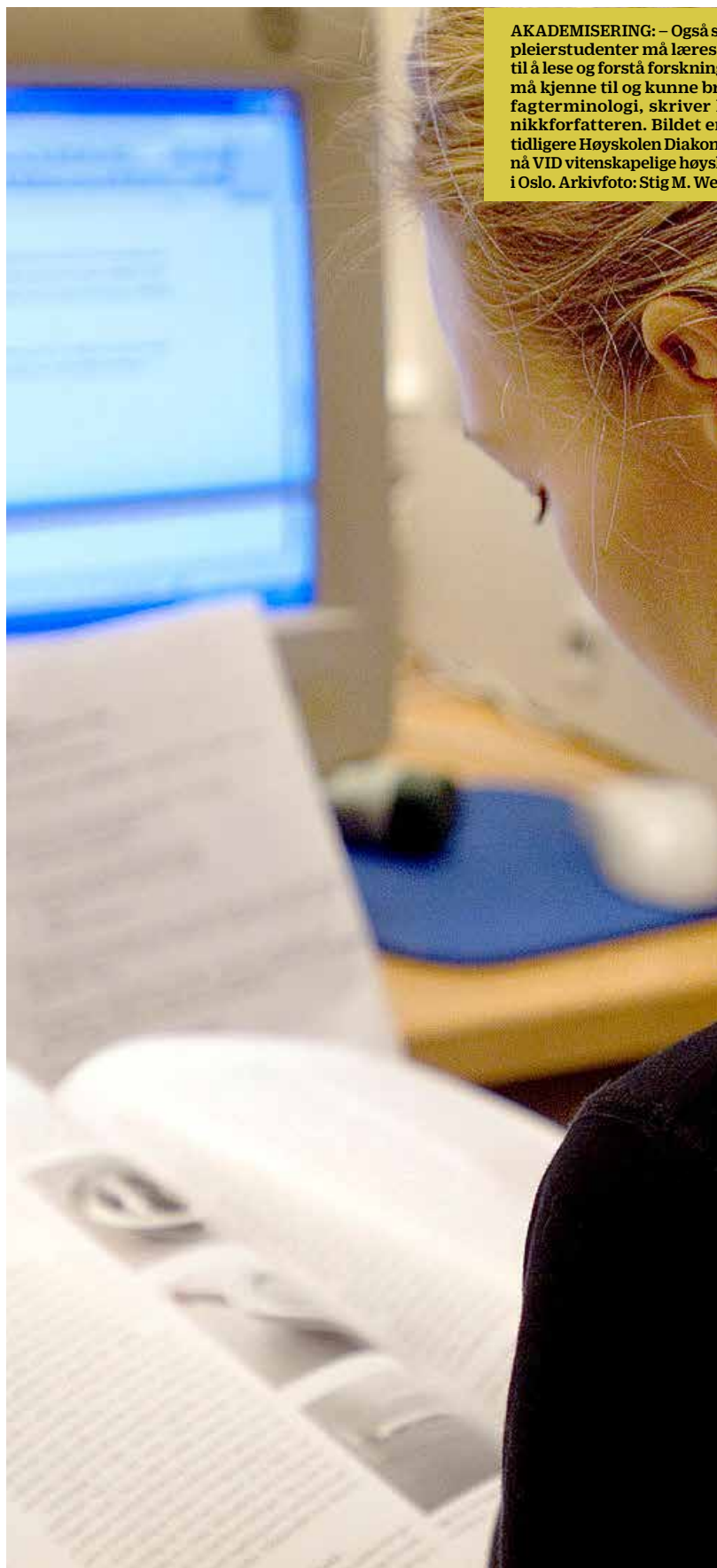
Jeg har store forhåpninger til det pågående arbeidet med RETHOS – Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene – som er initiert av Kunnskapsdepartementet. Utgangspunktet for dette arbeidet var at helse- og velferdstjenestene ikke har god nok innflytelse på det faglige innholdet i sine egne utdanninger, og at kompetansen til nyutdannede ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene.

Jeg håper at man i dette arbeidet tar inn over seg de økte kravene til sykepleiere. Dersom man skal opprettholde fokuset på emner som etikk, sykepleieteoretikere og forskningsmetoder, ved siden av anatomi/fysiologi og patofysiologi, og samtidig få inn for eksempel viktige nye områder som bruk av helseteknologi, er kanskje tiden inne for å utvide studiet? Eventuelt å revidere innholdet i utdanningen, slik at dette er tilpasset de faktiske behovene i sykepleieres hverdag. ●

dleo@online.no

REFERANSER:

1. Carney B, West P, Neily J. Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN*. 2010;91:722–29.
2. Makary MB, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millmann A, Rowen L, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*. 2006;202:746–52.
3. Mills P, Neily P, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *J Am Coll Surg*. 2007 januar;206(1):107–12.



AKADEMISERING: – Også sykepleierstudenter må læres opp til å lese og forstå forskning, de må kjenne til og kunne bruke fagterminologi, skriver kronikkforfatteren. Bildet er fra tidligere Høyskolen Diakonova, nå VID vitenskapelige høyskole, i Oslo. Arkivfoto: Stig M. Weston



Erik Bårdseng, tidligere nestleder og mangeårig medarbeider i Norsk Sykepleierforbund, gikk bort 24. oktober, 69 år gammel.

Dette er nekrologen fra forbundet.

Erik Bårdseng

Det var med stor sorg vi mottok melding om at Erik Bårdseng er død. En sentral og fremstående tillitsvalgt og politiker for Norsk Sykepleierforbund har dermed gått bort så altfor tidlig.

Erik Bårdseng ble født i Elverum i 1949. Her vokste han opp, her giftet han seg og stiftet familie, og her bodde han frem til han brått og uventet døde 24. oktober.

Erik var utdannet sykepleier ved Hedmark Fylkes Sykepleierskole i 1975. Han begynte da å arbeide ved Hedmark sentralsjukehus i Elverum, hvor han senere også tok videreutdanning som anestesisykepleier.

Erik fikk en lang karriere som tillitsvalgt og politiker i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Han begynte som tillitsvalgt ved anestesivdelingen ved Hedmark

sentralsjukehus i 1975. Han ble senere hovedtillitsvalgt og hovedverneombud ved Sentralsjukehuset i Elverum. I 1990 ble han valgt som fylkesleder for NSF Hedmark. Den rollen hadde han frem til 1998, da han ble valgt som 1. nestleder i NSF sentralt.

Erik var nestleder for forbundsleder Bente Slaatten helt frem til 2007. Da gikk han over i en stilling som spesialrådgiver i

sekretariatet i NSF, hvor han arbeidet frem til han gikk av med pensjon i november i 2015.

Erik var en strateg. Han var hardtarbeidende, kunnskapsrik og analytisk. Han var utholdende og sta. Egenskaper som er avgjørende for å lykkes både som toppolitiker og som tillitsvalgt. På tross av mange år som toppleder, var Erik likevel stillferdig og ydmyk, og med lite behov for oppmerksomhet. Det var sak og resultater som var viktig – ikke egen person.

Erik hadde tydelige grunnverdier og et stort politisk engasjement. Han var tidligere lokalpolitiker i Elverum og satt i kommunestyret for SV. Hans solidaritet og hjerte lå hos de svake i samfunnet. Han kjempet for en offentlig og tilgjengelig helsetjeneste som tilbyr et godt arbeidsmiljø, og som verdsetter sine ansatte.

Torill, døtrene, barnebarna, bikkja og hytta på Hamarseterhøgda på Ringsakerfjellet var viktige for Erik. De siste årene av livet sitt fikk han mulighet til å tilbringe mer tid med familien og på hytta, etter mange år med mye reising og jobb. Vi hadde ønsket at familien fikk beholde ham så mye lenger. Takk for alt du var og alt du ga for samfunnet og for Norsk Sykepleierforbund. Vi minnes deg med takknemlighet og glede. ●

Eli Gunhild By, forbundsleder



Foto: Kari Anne Dolonen



Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus, har ansvar for spesialist-helsetjenesten i Sør-Rogaland. Med over 7800 ansatte er vi en av regionens største arbeidsgivere.

Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning er våre hovedoppgaver.

Les mer på www.helse-stavanger.no



Avdelingsssjef anesthesiavdelingen

Stavanger universitetssjukehus/Helse Stavanger HF søker en engasjert og tydelig avdelingsssjef for anesthesiavdelingen. Du vil rapportere til klinikkssjef Klinikk A og inngå i klinikkens ledergruppe. Klinikk A består av ortopedisk avdeling, operasjonsavdeling, dagkirurgisk avdeling, anesthesiavdeling og intensivavdeling. Anesthesiavdelingen består av ca. 60 leger og 70 sykepleiere.

Du vil ha totalansvar for driften på anesthesiavdelingen inkludert personal- og budsjettansvar. Har du helsefaglig utdanning på minimum bachelor nivå, solid ledererfaring og dokumenterte resultater fra arbeid i helsevesenet kan du være den vi søker. Det er en fordel om du har spesialisering innen anestesi. Vi tilbyr spennende og utfordrende arbeidsoppgaver i et godt arbeidsmiljø med dyktige kollegaer og spennende fagmiljøer. Lønn etter avtale.

For ytterligere informasjon om stillingen kontakt gjerne klinikkssjef Geir Lende, tlf. 47502294.

Du som vurderer å søke stillingen og ønsker fortrolig behandling kan ta kontakt med våre rådgivere

Per Inge Hjertaker/Alexander Hjertaker hos Headvisor, tlf. 91729682/97528649.

Søknad sendes innen 10. januar 2019 via www.headvisor.no



OSLO | BERGEN | TRONDHEIM | KRISTIANSAND

MEDICINSKA FAKULTETEN LEDIGFÖRKLARAR HÄRMED FÖLJANDE ANSTÄLLNING

Professor i palliativ omvårdnad

Refnr: Dnr PA 2018/883

Sista ansökningsdag 2018-12-16

För mer information se
www.med.lu.se/om_fakulteten/jobba_hos_oss



LUNDS
UNIVERSITET



Angrende pårørende

Da faren døde, var han dement og isolert med MRSA-bakterier. – Jeg skulle skreket av full hals: «Stopp! Det er brudd på menneskerettighetene», sier tv-journalisten Helene Sandvig. ● Tekst og foto Marit Fonn



KJØKKENSKRIVER: Her ved kjøkkenbordet har Helene Sandvig skrevet boken *Et sakte farvel*. I bakgrunnen eldste datter Vilma (16) med spretne Milo. Foto: Marit Fonn



Han brukte bleier, manglet tenner og var uten språk. Slik var tilstanden da Helge Sandvig døde i smitteisolat for tre og et halvt år siden.

Nå er fortellingen om årene med pappas demens blitt bok, ført i pennen av datteren. Helene Sandvig forteller at *Et sakte farvel* er skrevet her ved kjøkkenbordet.

– Jeg er jo mamma, forklarer hun om hvorfor hun valgte å jobbe hjemme med boken.

NRK-journalisten var i årevis å se i helsemagasinet *Puls*. Enda mer synlig ble hun i tv-serien *Helene sjekker inn*. Heder fulgte med; Gullruten kåret henne til beste kvinnelige programleder i 2018.

Nå vises tredje og siste sesong av serien. Sandvig har møtt beboere og ansatte i alskens institusjoner, fra sykehjem og hospits til hospice og fengsel.

Da faren kom på sykehjem, visste hun det: Hun måtte skrive om det familien opplevde. Men ikke ennå.

– Det var så mye jeg reagerte på. Som jeg ikke klarte å ta tak i. Det var for nært da vi var oppi det.

Hun plasserer den viltre blandingsvalpen Milo i buret og den rolige trekkhunden Uno i hundesengen. Side om side ligger de i stuedelen av det store rommet.

Kurven som står på bordet, er fylt med journalutskrifter og notater. Dagboken med et påklistret bilde av faren har håndskrevne godord og hjerter fra dem som besøkte ham den siste tiden.

I to år etter hans død sto kurven urørt. Julen 2017 orket Sandvig å ta den frem. Så var hun i gang.

SKAL PAPPA VISES PÅ TV?

Sandvig er vokst opp øst i Oslo med journalistfar, sykepleiermor og fire søsken, inkludert sin eneggede tvillingsøster, som er intensivsykepleier. Nå bor Helene på vestkanten med mann og tre døtre på 16, 14 og 10.

– Visste søsknene dine at du ville fortelle om far og demensen?

– Det gjorde de. Vi hadde de samme rundene som vi hadde før *Puls* publiserte musikkaksen.

Det var i 2014 hun var i ruten med far på sykehjemmet. Poen-

«Vi hørte ingenting om pleieplan.»

get var å vise hvordan sykepleieren og musikeren Gina Nordby vekket gjenklang hos demente når hun sang svisker som «Love me tender».

Men først hadde søstrene diskutert med de tre eldre brødrene: Er det riktig å gjøre det?

– Først sa de: «Ikke gjør det. Skal pappas gamle kolleger i Aftenposten se ham sånn? Sjaber i en sykeseng?»

Så tenkte de videre: «Hvordan var han før?» Jo, utadvendt og en som kjempet for menneskeverdet.

– Gina løftet frem mennesket bak demensen, og det øyeblikket viste vi på tv. Jeg angrer ikke på det. Men man kan jo ikke vite sikkert om far ville likt det.

– Er det like følsomt å vise ham frem i tekst som på tv?

– Jeg setter ord på det tabubelagte. Det er drivkraften.

Hun tror han ville sagt: «Fytte faen, hva de utsetter meg for.»

– Han var alltid en handlingens mann. Den veldige kraften og motstanden hadde han jo fortsatt i seg. Det er mye jeg angrer på at jeg ikke tok tak i. Men jeg hadde ikke krefter.

MISTER SPRÅK, FÅR SEPSIS

Helene Sandvigs yngste datter er bare to år da de aner hva som er på gang. På en familiemiddag, med høylutt skravling, som vanlig, brøler han plutselig: «Nei, nei!» Helt ulikt ham. Alle skvetter.

Bråsinnet. Glemmingen. Kjøleskapet uten mat. Han bor alene, de er bekymret. Han får hjemmesykepleie. De er fortsatt bekymret for ham. Det blir sykehjem – mot hans vilje. Han mister språket. Får stadig urin- og lungebetennelser. Sepsis. Resistente stafylokokker (MRSA). Blir isolert.

Så langt er ikke salgstallene på boken så store, syns hun.

– Jeg føler alle burde lese denne boken, jeg. Er det ett sted det trengs kompetanse, så er det på sykehjem. Det er der de beste folka i helsevesenet burde være.

Hun utdyper:

– De som vet at medisiner virker annerledes på gamle folk enn andre. De som kan roe de urolige. Og de som skal stille diagnose på mennesker uten språk.

– Det koster?

– Det gjør det. Men det er noe med verdigheten i livets slutt. Overfor dem som har betalt skatt i alle år.

På det ene sykehjemmet klarte de ikke engang å få orden på kateteret og sikre fri flyt av urin, ifølge Sandvig:

– Det sto i alle journaler at han hadde problemer med å få tømt blæra. Men det var ingen rutiner for hva som gikk inn og hva som gikk ut av væske. Og vi hørte ingenting om pleieplan.

RØSKET BABYEN UT

Skritt i trappen. Anna – tiåringen – kommer. Hun lurte på hvilken buss hun skal ta til byen. Der skal hun møte pappa, som skal følge henne til fysioterapeuten. Skulderen skal sjekkes, den har en gammel nerveskade.

For det holdt på å gå galt da hun ble født. Hodet var ute. Men skuldrene var brede – hun satt dønn fast. Hun ble blå. Da grep legen fatt i armhulen og røsket henne ut med rå håndkraft. Nerver røk. Moren blødde tre liter.

Anna fikk transplantert nerver fra leggene da hun var seks måneder.

– Hadde jeg født et annet sted enn på et høyspesialisert sykehus, hadde begge dødd. Og hadde de ikke klart å stoppe blødningen i tide, måtte de ha skåret vekk livmoren.

NÅR ER DET NOK BEHANDLING?

Ikke lenge etter at faren fikk langtidsplass på sykehjem, fikk han urosepsis og kom på intensivsen på sykehuset der Helenes søster jobbet.

– Der tok vi noen valg: Vi ønsket ikke at han skulle gjenopplives ved hjertestans eller legges på respirator hvis det ble aktuelt.

Etter det ble han mer og mer sengeliggende. Fikk stadige lunge- og urinveisbetennelser. Det var frem og tilbake, mellom sykehjem og sykehus.



2013: Helge Sandvig på det første sykehjemmet før første tannramlet ut, men etter å ha rast av fortvilelse de to første ukene. Foto: Privat



DYREVENN: Helene Sandvig liker både hunder og hester. For tiden lærer hun seg å ri. Foto: Marit Fonn



NÆRE: Helenes beste venn er tvilling-søsteren Anja, som er intensivsykepleier. Hvem som er hvem, er ikke godt å si. Foto: Privat

– En gang virket ikke antibiotikumet oralt, så legen ga det intravenøst. Da rev pappa ut kanylen. «Slutt å plage meg», skrek han. Men da var han ikke samtykkekompetent.

Søstrene begynte å få kvaler:

– Når er nok nok? Burde pappa få dø en naturlig død av lungebetennelse? Forlenger behandlingen lidelse?

Da de stilte spørsmålene til brødrene sine, svarte den ene: «Har dere tenkt til å ta livet av far? Selvfølgelig skal han ha antibiotika.»

– HAN HAR GODE ØYEBLIKK

«Hva behandler vi til», hadde søstrene spurt legen. «Han har gode øyeblikk», var svaret. Det samme mente brødrene.

Sandvig skulle ønske legen på sykehjemmet hadde samlet søskenflokken for å snakke om disse vanskelige spørsmålene sammen med dem.

– Da kunne vi hatt en felles forståelse i familien.

Behandlingen fortsatte. Det gikk over et år før han døde.

– Vi skulle ha sagt nei til antibiotika. Jeg har fortsatt kvaler om at behandlingen forlenget lidelsen hans.

– Hva var det verste i disse årene?

– Toppen av kransekaken var da han kom i isolat med MRSA. Det ble jo umulig å sanere ham. Regimet var strengt. Daglig skulle

det gurgles og skrubbet med antiseptiske midler. Hvordan tenkte de at en med demens skulle klare å gjennomføre det?

Hun rister på hodet.

– Det er vanskelig å tilgi seg sjøl. Jeg skulle skreket av full hals: Stopp! Dette er uverdige. Det er brudd på menneskerettighetene å holde et menneske med demens i isolat – der familien må kle seg i verneutstyr så de ser ut som romvesener. Hvis vi hadde fulgt ordre, ville han ikke fått hudkontakt engang.

Siden har hun googlet og sett advarsler mot langvarig isolasjon av demente.

– VÆR I DIALOG MED PÅRØRENDE

I et år var han i isolat. Uten frisk luft. Musklene fallerte.

– Det er jo bare bitte litt aktivitet som skal til for å føle seg bedre og at det ikke gjør vondt i alle ledd. Man må gi innhold i syketilværelsen.

– Det er sykepleierne som står i det?

– Ja, men de må ha dialog med pårørende. Spørre: «Hva trenger dere for å være trygge og til nytte?» Det savnet jeg veldig.

Det var rart å komme på sykehjemmet og se faren sin endret. Når han hadde stirreblikket. Eller merkelige bevegelser med hendene over hodet.

«Vi skulle ha sagt nei til antibiotika.»



– Det virket ikke som personalet så det samme som oss. «Han er trøtt og slapp», kunne de si. Vi var ikke i samme virkelighetsrom. Da brast tilliten. Det er det som er skummelt. Det er mye bedre at de sier at «dette er vi usikre på». Dere må høre med legen, sa de når vi spurte om han var blitt satt på nye medisiner.

– Det burde de jo vite selv. Jeg tørstet etter mer informasjon.

– IKKE GLEM HVORFOR DU BLE SYKEPLEIER

Sandvig har et forslag:

– Hver uke får vi en ukeplan fra skolen. Det kunne vi også fått fra sykehjemmet: Vi ser at han spiser dårligere, kunne de skrevet.

– *Skal sykepleierne gjøre det også, skrive rapporter til pårørende?*

– Jeg vet ikke. De kjenner sikkert at de ikke strekker til. Men vi følte oss utrygge, som om han var på oppbevaring. Men jeg tror vi var ganske så uheldige. På det ene sykehjemmet var det mange leder-skifter da pappa var der.

– *Hva tenker du om sykepleierne?*

– At de har valgt en jobb fordi de ønsker å gjøre en forskjell. Så fanges de av systemene. Faren er at de brenner ut.

– *Vi ser på sykepleien.no at de er opptatt av demens.*

– Er de? Det er vel som med kreft: Alle har noen i familien med demens. Det er en vanskelig sykdom.

– *Hva vil du si til sykepleierne?*

– Ikke glem hvorfor du gikk inn i yrket. Våg å spørre: Kan ting gjøres annerledes? Ser du noe uforsvarlig: Si fra til tillitsvalgte.

HADDE MEDISINER SOM EN JUNKIE

Hører hun politikere bruke begrepet «faglig forsvarlig», reiser Sandvig bust:

– Jeg kan ikke fordra det. Det er *ikke* et kvalitetsstempel, det er bare noe de sier for å redde sitt eget skinn. De later som noe er bedre enn det er.

Derimot har hun sansen for legen Pernille Brusgård, som vil dempe medisinbruken på sykehjem:

– Pappa hadde 15 medisiner i posen, som en junkie. Det er så lett å

«Faren er at sykepleierne brenner ut.»

bare pøse på. Men hva gjør det med kroppen? Jeg følte vi nesten mistet ham, i perioder var han jo i en evig døs. Da han kom på et nytt sykehjem, seponerte de medisiner, og han kvikna til.

ENEGGEDE – VALGTE ULIKE YRKER

Søsteren er så lik henne at hennes eks-kollega Fredrik Skavlan ble forvirret. «En av dem burde forandre håret», sa han til Dagbladet.

– Å, sa han det? Det har jeg ikke tenkt så mye på. Det må bli når en av oss klipper seg, det.

– *Hvorfor valgte dere så ulike yrker?*

– Anja har alltid vært den omsorgsfulle i familien. Hun pleiet mamma. Det ligger for henne.

Moren, som var bestyrer på sykehjem, døde da tvillingene var 24 år. Hun var 60. Først fikk hun brystkreft, siden tarmkreft med spredning.

– Jeg har alltid skrevet, pappa oppmuntret meg. Jeg fikk en bok som jeg kunne skrive tankene i. Å skrive lå mer for meg enn for henne.

Anna! Du må dra nå, roper hun, og fortsetter:

– Å ha tvillingsøster er helt konge.

– *Fordi?*

– Anja er min beste venn. I tykt og tynt. Vi vet at vi vil hverandres beste.

– *Det er verre med brødrene ...?*

– De er eldre enn oss. Det er Anja jeg henger mest med nå. Noe døde med pappa, han var limet i familien.

– *Hva hvis mor hadde levd da far ble syk?*

– Det har jeg tenkt mye på. Tenk å sende bort mannen sin, eller å være enebarn og ha omsorgen alene. Det var så mye å bekymre seg over. Evig redsel for at han lå nederst i trappa og var dau. Kanskje hadde det vært bedre.

Vilma, eldste datter, kommer. Går rett bort til hundene. Milo får komme ut av buret og blir en sprettende pelsdott.

HELENE SJEKKET INN HOS DE NYFØDTE

I mai sjekket Helene Sandvig inn på nyfødtintensiven på St. Olavs hospital. Programmet ble vist 21. november. En av babyene, født i uke 24, dør foran kameraet.

– Et ungt foreldrepar opplever sitt verste øyeblikk. Likevel ønsker de at NRK skal vise opptakene. De håper at deres historie kan være en trøst for andre som har mistet et barn. Det er stort av dem, sier Sandvig.

I denne siste sesongen har hun også sjekket inn på hospice Lovisenberg.

– Jeg følger en mann inn i døden. Ingen snakket om døden med oss da det nærmet seg slutten for pappa. Vi hørte ingenting om hva som skjer med kroppen når døden lusker. At man ikke skal gi drikke. Jeg lurte på om de trodde vi kunne alt. Men det er en feilslutning. Er du lege eller journalist: Som pårørende er vi alle sårbare.

Sandvig ble imponert på hospicet:

– Tenk å snakke så uanstrengt om døden! Det høres så lett ut. Utrolig fint å se sykepleierne der i aksjon. Legene og

ER ØYET INN I HELSEVESENEN

– *Nok innsjekking nå?*

– Jeg har vært oppdagelsesreisende i 15 institusjoner. Institusjonslivet er vi ferdig med. Men vi skal fortsatt være åpne og nysgjerrige.

– *Du var engstelig for å ta for mye plass i starten?*

– Ja, men på det første stedet vi var, et asylmottak, visste jeg: Fy søren, så viktig det er å sette ord på hva jeg føler, om jeg er redd. Serne kjenner seg igjen, de ser om jeg vil takle det. Jeg er øyet inn.

Telefonen ringer. Dina, den mellomste nå. Mamma gir råd om hvordan hun kan få ladet mobilen sin.

Sandvig har fått flere priser enn Gullruten: Formidlingsprisen, og Se og Hørs lesere har kåret henne til årets tv-navn. Og helt fersk er tittelen som Årets hjernehelsejournalist, utdelt av Hjørnerådet.

– *Gøy?*

– At folk setter pris på det vi gjør, er fantastisk. Det er jo derfor vi lager tv. Vi ser at det er mer som forener enn skiller oss mennesker. Folk er folk uansett. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Meldinger, skoler og kurs



Sykepleienjobb er på Facebook!
Følg oss for de nyeste stillingene.

facebook.com/sykepleienjobb.no

Sykepleienjobb.no

Bailine ekspanderer

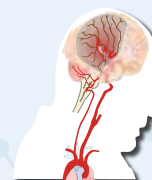


Drømmer du om å starte egen klinikk? Bailine gir deg nå muligheten til å realisere drømmen. Vi søker personer, som sammen med oss ønsker å drive egen Bailine-klinikk.

Gå inn på:
www.bailinenorge.no/starte-eget
eller ring Pål, Tel. 979 56 353



Bailine Helse og Smertekontroll AS -Tullinsgate 2, Oslo



7. NASJONALE KONFERANSE OM HJERNESLAG

Oslo Kongressenter, 14. - 15. februar 2019

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjerneslag.no

Sykepleiere ønskes velkommen

Valg av delegater til fylkesmøtene 2019

Denne kunngjøringen gjelder alle ikke-yrkesaktive medlemmer og alle medlemmer som er i arbeid, men ikke tilhører et etablert hovedtillitsvalgtområde ved sin arbeidsplass/virksomhet, i følgende fylker:

Fylke	Delegater må være foreslått senest:	Valg av delegater til fylkesmøtet	Fylkesmøte
Aust-Agder	21. januar	7. mars	21. mars
Buskerud	14. januar	14. februar	14. mars
Hedmark	18. januar	20. februar	27. mars
Nord-Trøndelag	15. desember (2018)	20. januar	12. februar
Nordland	1. februar	1. mars	28. mars
Oppland	15. januar	20. februar	19. mars
Oslo	28. januar	25. februar	20. - 21. mars
Rogaland	21. januar	21. februar	28. mars
Sogn og Fjordane	20. desember (2018)	27. februar	28. mars
Telemark	25. januar	8. mars	27. mars
Troms	18. januar	20. februar	26. - 27. mars

Organisering av valg kan variere fra fylke til fylke, men gjennomføres enten elektronisk, på lokalt kunngjort medlemsmøte, ved fremmøte på det enkelte fylkeskontor eller som en kombinasjon av disse fremgangsmåtene.
(Se nettsidene til ditt fylkeskontor for mer informasjon)

For fylker som ikke er omfattet av denne oversikten, vises til lokalt utsendt informasjon via brev/medlemsblad.

Liste over foreslåtte delegater blir lagt ut på fylkets nettsider straks fristen for å foreslå delegater er utløpt. Listen vil også være tilgjengelig på det enkelte fylkeskontor.

Vi oppfordrer alle medlemmer som vil være medå påvirke NSF som organisasjon til å stille som delegat til fylkesmøtet!

**Kontakt ditt fylkeskontor for informasjon;
Internett: <https://www.nsf.no/> -velg deretter fylke under menypunktet «Fylkeskontor» øverst på siden**

**Telefon: 99402409
-og spør etter ditt fylkeskontor**





10. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

Tid/sted: 1.-3. april 2019 i Stavanger

For mer informasjon:
www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no



MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
 Tlf.: +46 85 40 882 80



Løsning på kryssord på side 74.

	PEDI-ATER	RØYN-SLER- TID	FASE	ART.	ORG.	IDR. ARR.	U- VIKTIG PRON.	M	PLAS- SERTE	SVYGG- PUTTIG	A	ARVE- STOFF	TEAM LURT	L	FISK TALL	T	INTERJ.	SAVNETS SETNING- GER	E						
PEDI-ATER	B	A	R	N	E	A	V	D	E	L	I	N	G	S	A	N	S	A	T	T					
NARKO- MANI	A	M	F	E	T	A	M	I	N	A	V	H	E	N	G	I	G	H	E	T					
ORA TØI- VIKER	R	STROP- PEN	A	ORGAN	NYK- TRE		DYRE- BOLIG	MEN- GDE	I	VASK- ETE	R	E	N	E		HINNE	A	GLO	S	E					
	S	N	Ø	R	K	E	PRON.	H	A	N	MO- DERNE	I	N	Ø	V	E	R	D	R	I	L	L	E	R	
MINNE	E	R	I	N	D	R	I	N	G	L	I	K	E	S	I	HELLIG	S	T	N	A	R	D	E	R	S
LUTER	L	E	N	E	R		MAL	T	S	S	P	I	S	E	MAL	K	G		NAKEN	MAL	U	R	A	G	Ø
	S	E	N	G	BRØL- RI	U	L	FØ- AN- MODE	A	L	E	WC- MAL	D	O	KONJ.	TØFF- TITTE	B	A	R	S	K				
LEIE- FRIS- KERE	G	TVILE	E	V	E	MYKT	B	L	Ø	T	T	SYKE- HUS	L	A	S	A	R	E	T	T					
	B	E	D	R	E	SYKE- PLEIER	H	E	L	S	E	S	Ø	S	T	E	R	VASKE	T	O	E				



Utgivelser i 2019

Sykepleien er et av Norges største fagblader. Sykepleien har utviklet et nytt og fantastisk papirprodukt. Mer lesestoff i hver utgave, bedre papir og layout og lengre lesetid er resultatet. Flere oppbevarer også bladet, noe som gjør bladet godt egnet til merkevarebygging.

Den digitale satsingen har også gitt god effekt. Nettrafikken øker og er nå på rundt 620 000 sidevisninger og cirka 260 000 unike brukere i måneden (oktober 2018).

Utgivelsesplan 2019

Nr	Utgivelse	Format	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Hva er egentlig sykepleie?		22. januar	7. februar
2	Sår		19. mars	4. april
3	Sykepleien – tema		21. mai	6. juni
4	Fag og forskning		13. august	29. august
5	Sykepleien – tema		8. oktober	24. oktober
6	Sykepleien – tema		26. november	12. desember

Kontakt markedsavdelingen på
marked@sykepleien.no for annonsering

Sykepleien

Sykepleien gir deg:

nyheter
fagartikler
forskningsartikler
debatt
quiz

sykepleien.no

for desktop, mobil og nettbrett

app til mobil/brett

Last ned i Appstore eller Google Play
- til mobil og nettbrett

papirutgaver

Spesialproduserte utgaver
går i dybden på et tema
- og hjem til deg.



nyhetsbrev

Våre viktigste saker
- to ganger i uken.

Meld deg på via facebook
eller på sykepleien.no

DU FINNER OSS OGSÅ HER:



SYKEPLEIEN PÅ FACEBOOK
Nyheter som angår sykepleiere
og aktualiteter innen forskning.



SYKEPLEIEN PÅ INSTAGRAM
Del bilder fra din sykepleierhverdag
#yrkesykepleier



SYKEPLEIEN FORSKNING PÅ FACEBOOK
Relevant forskning for sykepleiere i praksis,
for universiteter, høgskoler og studenter.



SYKEPLEIEN PÅ TWITTER
Vi twitrer om helsenyheter.
@Sykepleien1



Sykepleier eller spesialsykepleier til spennende jobb

Denne høsten har vi flere ledige oppdrag enn noen gang fra Tromsø i Nord til Oslo i Sør. Du kan oppleve vakker natur eller storbyliv.

Vi har spesielt stort behov for intensivsykepleiere, nyfødtintensivsykepleiere og barnesykepleiere. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Nå har du virkelig sjansen til å reise å oppleve nye avdelinger og nye eksotiske steder.

Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse. Vi dekker din reise og bolig.

www.dedicare.no/nurse

+47 74 80 40 72 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE