#14
2014

Sykepleien

Et barn er født i ...

Risiko. Hver time fødes 15 000 barn. Hvordan det går med mor og barn avhenger fortsatt av hvor man bor på kloden. **20**

Hva skjer
Døden på Hospice Lovisenberg. **36**

Sykepleie
Etikk i nyfødt-sykepleie. **50**

Påfyll
Da hiv kom til Norge. **78**

Meninger
Tett på Andreas Wahl. **90**

Støttestrømper

Til jobb og fritid

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

xwear.no

Ovesterin® östriol

Ovesterin «Aspen»

Østrogen. **ATC-nr.: G03C A04**

TABLETTER 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, laktose, hjelpestoffer.

VAGINALKREM 0,1%: 1 g inneh.: Østriol 1 mg, oktyldodekanol, cetylpalmitat, glyserol, cetylalkohol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitanmonostearat, melkesyre (E 270), klorheksidindihydroklorid, natriumhydroksid, renset vann.

VAGITORIER 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, hardfett.
Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritter ved østrogenmangel. Kun tabletter: Ikke infeksiøse cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urininkontinens. **Reseptfri bruk**: Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Dosering: Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Urogenitale plager: Tabletter:2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Vaginalkrem/vagitorier: 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: Tabletter: 1 mg daglig. Vaginalkrem/vagitorier: Preoperativ behandling bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld, og fortsetter postoperativt i minst 2 uker. Cervikal sterilitet: Tabletter: 0,5-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. **Administrering**: Tabletter: Tas helst til samme tid hver dag. Hele dagsdosen tas på en gang. Svelges hele med litt vann eller annen drikke. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneh. østriol 0,5 mg. Vagitorier: Brukes ved sengetid.

Kontraindikasjoner: Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Porfyri. Kun tabletter: Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-
laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Forsiktighetsregler: HRT bør kun initieres for behandling av postmenopausale symptomer ved symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykksstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hormonell substitusjonsbehandling med preparater med systemisk effekt øker risikoen for endometriehyperplasi, endometrie-, bryst- og ovarialkreft samt venøs tromboemboli, iskemisk slag og koronar hjertesykdom. Det antas at sannsynligheten for og alvorlighetsgrad av disse tilstandene er betydelig lavere ved lokal administrering. Ved pre- og postoperativ bruk ved vaginale operasjoner bør profylaktisk behandling mot trombose overveies. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se Preparatomtale (SPC).

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Skal ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen seponeres. Epidemiologiske studier indikerer ingen teratogene eller fototoksiske effekter. Amming: Tablettene skal ikke brukes under amming. Østriol utskilles i brystmelken og kan nedsette melkeproduksjonen.

Bivirkninger: Bivirkningene er ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Ubehag og smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige (ved lokalbehandling): Irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. Klasseeffekt for systemisk østrogen: Galleblæresykdom, hud- og underhudssykdommer (kloasma, erytema multiforme, erytema nodosum, vaskulær purpura), mulig demens >65 år.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger G03C side d.

Pakninger uten resept: Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. er unntatt fra reseptplikt.

Pakninger og priser: Tabletter: **1 mg**: 90 stk. (blister) 590265. **2 mg**: 90 stk. (blister) 023200.

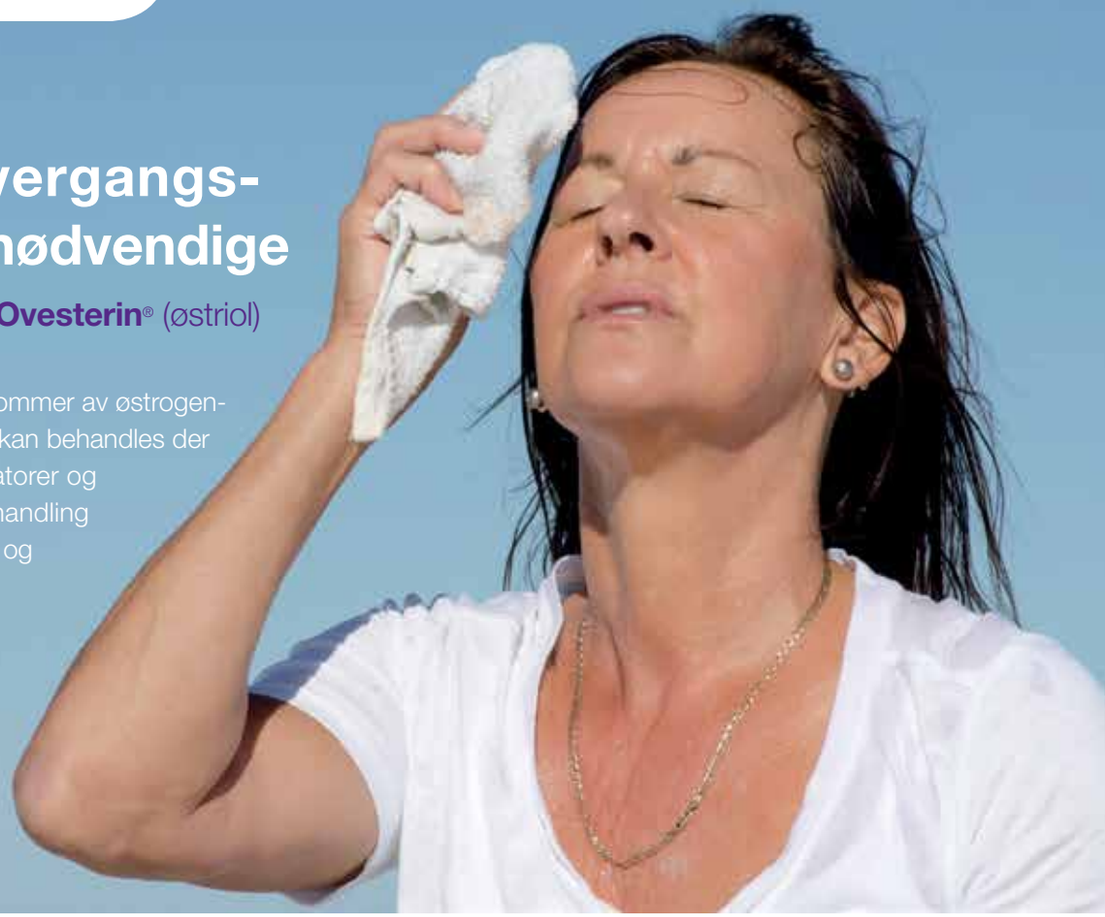
Vaginalkrem: 15 g 532655. **Vagitorier**: 15 stk. 547802.

Sist endret: 19-09-2014

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA
Kontakt: infono@navamedic.com
Telefon 67 11 25 40

Navamedic

Ovesterin® østriol



Noen plager i overgangs-alderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt Ovesterin® (østriol) er effektivt

Svie, tørrhet og kløe i underlivet som kommer av østrogen-mangel er vanlige problem som enkelt kan behandles der symptomene oppstår. Ovesterin® Vagiatorer og Ovesterin® Vaginalkrem er en lokal behandling som virker der den påføres - i skjedens og urinveienes slimhinner.

Slik virker Ovesterin®

Ovesterin® inneholder det kvinnelige kjønnshormonet østriol, som er det svakeste av de naturlig forekommende østrogener. Lokal applisering av østriol (Ovesterin®) er trygg og sikker hormonbehandling med over 30 års positiv klinisk erfaring.

Bruk Ovesterin® til å motvirke de negative forandringer som oppstår i vaginas slimhinner og i de nedre urinveiene på grunn av mangel på østrogen. Østriol hjelper til med å holde under-livets slimhinner elastiske og motstandsdyktige både mot både naturlig berøring og mot infeksjoner.

Reseptfritt Ovesterin® finns som vagitorier og vaginalkrem. Vagitoriene kommer i 15 pakninger. Kremen kommer i tube med 15 gram. Velg den form som passer best.

Se Felleskatalogen

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)

Ovesterin® vagitorier (østriol)

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA www.navamedic.com Telefon 67 11 25 40
Utgitt oktober 2014

Navamedic ASA
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

Navamedic

Pneumovax «Sanofi Pasteur MSD»
Pneumokokkpolysakkaridvaksine.
ATC-nr.: J07A L01 C

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

Sist endret: 06.03.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)
Basert på SPC godkjent av SLV: 16.01.2013

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

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: *0,5 ml inneh.:* Splittet influensavirus, inaktivert, inneholdende antigener tilsv. type A (H1N1 (pdm09-avledet stamme NYMC X-179A), H3N2 (lignende stamme NYMC X-223A)) og/eller type B, 15 µg hemagglutinin pr. stamme, natriumklorid, kaliumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot influensa, spesielt ved økt risiko for assosierte komplikasjoner, til personer ≥6 måneder. Vaksinering skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering:** ***Voksne og barn fra 36 måneder:*** 0,5 ml. ***Barn 6-35 måneder:*** Kliniske data er begrenset. Doser på 0,25 ml og 0,5 ml har vært brukt. Dosen bør være i samsvar med nasjonale anbefalinger. Barn som ikke tidligere er vaksinert, bør gis en ny dose etter et intervall på minst 4 uker. ***Barn <6 måneder:*** Ingen data foreligger. ***Administrering:*** Injiseres i.m. eller dypt s.c. Må ikke gis intravaskulært. Ved dosering av 0,25 ml til barn, skal stempelproppen skyves nøyaktig til kanten av merket, slik at halvparten av volumet fjernes og gjenværende volum skal injiseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller egg (ovalbumin, hønseproteiner), neomycin, formaldehyd og octoxynol-9 (spor kan finnes i vaksinen). Vaksinering skal utsettes ved febersykdom eller akutt infeksjon. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Antistoffresponsen hos pasienter med endogen eller iatrogen immunsuppresjon kan være utilstrekkelig. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med andre vaksiner. Vaksinasjonene bør i så tilfelle gis på separate injeksjonssteder (i hver sin ekstremitet). Ev. bivirkninger kan bli forsterket ved samtidig administrering av andre vaksiner. Immunologisk respons kan bli redusert hos pasienter som behandles med immunsuppressiver. Midlertidige falske positive resultater i serologiske tester med bruk av ELISA-metoden for å finne antistoffer mot hiv-1, hepatitt C og spesielt HTLV1, er blitt observert etter influensavaksinasjon. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Inaktivert vaksine kan gis i alle stadier av graviditeten, og ingen skadelige effekter forventes på foster eller mor. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Manglende data. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hud: Svetting. Nevrologiske: Hodepine. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Øvrige: Feber, malaise, skjelving, utmattelse, lokale reaksjoner på injeksjonsstedet (rødhet, hevelse, smerte, ekkymose, indurasjon). Disse reaksjonene forsvinner vanligvis innen 1-2 dager uten behandling. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymfe: Forbigående trombocytopeni, forbigående lymfadenopati. Hjerte/kar: Vaskulitt, i sjeldne tilfeller forbundet med forbigående nyrepåvirkning. Hud: Generelle hudreaksjoner inkl. pruritt, urticaria eller uspesifisert utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner, som i sjeldne tilfeller fører til sjokk, angioødem. Nevrologiske: Nevralgi, parestesi, feberkramper, nevrologiske sykdommer (f.eks. encefalomyelitt, nevritt og Guillain-Barrés syndrom). **Egenskaper:** *Klassifisering:* Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktede hønseegg. Vaksinens sammensetning av virusstammer er i samsvar med WHOs anbefalinger for den aktuelle influensasesong. *Virkningsmekanisme:* Beskyttende antistoffnivå oppnås vanligvis innen 2-3 uker. Immunitetens varighet etter vaksinasjon varierer, men er vanligvis 6-12 måneder. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Andre opplysninger:** Vaksinen bør ha romtemperatur ved bruk. Ristes før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler da uforlikeligheter ikke er undersøkt.

Sist endret: 03.10.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)
Basert på SPC godkjent av SLV: 26.08.2013

Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen
Telefon: 67 50 50 20, **www.spmsd.com**

N000172

- Personer over 65 år
- Pasienter med kronisk hjerte- og karsykdom
- Gravide i 2. og 3. trimester

For disse kan influensa være en alvorlig sykdom*
Husk å tilby influensavaksinen

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Obs! Folkehelseinstituttet anbefaler at personer over 65 år også vaksineres med PPV23 (Pneumovax®).[1]

* se full liste over risikopasienter som bør tilbys vaksine på www.fhi.no
[1] www.fhi.no; 7. mars 2013; Anbefalinger for bruk av pneumokokkvaksine utenfor barnevaksinasjonsprogram i Norge. Side 40

Humalog/Humalog Mix25, Lilly
Human insulinanalog, ATC-nr.: A10A B04 og A10A D04.
Insulin lispro forbudt iht. WADAs dopingliste

INJEKSJONSVÆSKE 100 E/ml: *Humalog: 1 ml inneh.:* Insulin lispro (rDNA) 100 E (3,5 mg/ml), glyserol, metakresol 3,15 mg, sinkoksid, dinatriumhydrogenfosfatheptahydrat, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. pH 7-7,8. A10A B04
INJEKSJONSVÆSKE 100 E/ml: *Humalog Mix25: Insulin lispro (rDNA) 100 E (25% insulin lispro oppløselig, 75% insulin lispro protamin suspensjon), protaminsulfat, glyserol, sinkoksid, dinatriumfosfatdihydrat, m-kresol 1,76 mg, fenol 0,8 mg, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. pH 7-7,8. A10A D04*

Indikasjoner: Til behandling av voksne og barn med diabetes mellitus som krever insulin for å opprettholde normal glukosehomeostase. Humalog er også indisert til initiell stabilisering av diabetes mellitus.
Dosering: Individuell. Den raskt innsettende effekten gjør at preparatene skal injiseres forut for og tett opptil måltidet. Hvis nødvendig kan insulinene også injiseres rett etter måltidet.
Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon: Insulinbehovet kan være redusert hos pasienter med nedsatt leverfunksjon pga. redusert glukoneogenesekapasitet og redusert insulinnedbrytning. Hos pasienter med kronisk nedsatt leverfunksjon kan økt insulinresistens likevel medføre et økt insulinbehov. Nedsatt nyrefunksjon: Insulinbehovet kan være redusert ved nedsatt nyrefunksjon. Barn: Kan gis til barn dersom dette forventes å gi fordeler sammenlignet med hurtigvirkende humant insulin.
Tilberedning/håndtering: 3 ml sylinderampuller er beregnet til bruk i flergangspenn. Ferdigfylte penner inneholder 300 enheter insulin og skal kasseres etter bruk. Se pakningsvedlegg og pennenes bruksanvisning. Humalog må ikke blandes med insulin fra andre produsenter eller med animalsk insulin. Bland ikke insulin fra hetteglass med insulin fra sylinderampuller. Humalog: Bruk ikke insulin lispro hvis oppløsningen virker grumsete, tyktflytende, er lett farget eller det er synlige småpartikler i væsken. Kun visse CE-merkede insulin infusjonspumper kan benyttes til subkutan infusjon. Les og følg pakningsvedlegget som medfølger infusjonspumpen. Fastslå om pumpen kan benyttes til insulin lispro. Bruk korrekt reservoar og kateter. Infusjonssettet (slange og kanyle) skal byttes iht. produktinformasjonen som følger settet. Humalog Mix25: Sylinderampullen skal rulles mellom håndflatene umiddelbart før bruk for å blande insulinet. Suspensjonen skal være ensartet uklar eller melkehvit.
Administrering: Injiseres normalt 15 minutter før mat. Ved behov kan preparatet også injiseres rett etter mat. Humalog og Humalog Mix25: Injiseres subkutant og settes i overarm, lår, baken eller magen. Humalog Mix25 må ikke gis intravenøst. Injeksjonsstedet skal ikke masseres. Injeksjonsstedet skal varieres slik at det samme sted ikke brukes mer enn ca. 1 gang pr. måned. Humalog: Kan injiseres ved kontinuerlig subkutan infusjon med insulinpumpe. Kan også gis intramuskulært, selv om dette ikke er anbefalt. Hvis nødvendig, kan preparatet gis som intravenøs injeksjon, f.eks. for kontroll av blodglukosenivåer ved ketoacidose, akutt sykdom eller i forbindelse med intra- og postoperative perioder. I.v. injeksjon skal utføres iht. normal klinisk praksis for i.v. injeksjoner, f.eks. ved en i.v. bolus eller ved infusjonssystem. Hyppig overvåking av blodglukosenivået er påkrevet. Humalog kan administreres i kombinasjon med et lengre virkende humaninsulin, men dette gjelder ikke ved administrering i subkutan infusjonspumpe.
Kontraindikasjoner: Hypoglykemi. Allergi mot insulin lispro eller noen av innholdsstoffene.
Forsiktighetsregler: Humalog Mix25 må ikke gis intravenøst. Ethvert skifte av insulin eller human insulinanalog skal gjøres med forsiktighet og etter avtale med lege. Pasienter som skifter fra animalsk til humant insulin og pasienter med en sterkt forbedret glukosekontroll kan miste noen av varselssymptomene på hypoglykemi og bør informeres om dette. Justering av insulindosen kan være nødvendig ved overgang fra et annet insulin til insulin lispro. Endring i insulinbehov kan sees enten allerede ved første dose eller i løpet av de første uker eller måneder. Ved bruk av hurtigvirkende insulin sammen med basalinsulin, må dosen av begge insuliner optimaliseres for å oppnå bedret glukosekontroll gjennom hele døgnet, spesielt nattlig/fastende glukosekontroll. Bruk av for lave doser eller seponering av behandlingen vil, spesielt hos insulinavhengige diabetikere, kunne medføre hyperglykemi og diabetisk ketoacidose, forhold som er potensielt dødelige. Behovet for insulin kan øke ved sykdom eller følelsesmessige belastninger. Justering av insulindosen kan være nødvendig hvis pasienten øker den daglige fysiske aktivitet eller foretar en kostendring. Hypoglykemi kan gi konsentrasjonsvansker og nedsatt reaksjonsevne, og forsiktighet må derfor utvises ved bilkjøring og bruk av maskiner. Tilfeller av hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, særlig hos pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Ved kombinasjon av pioglitazon og insulin lispro bør pasienten følges opp mht. symptomer på hjertesvikt, vektøkning og væskeretensjon/ødem. Pioglitazon bør seponeres ved forverring av symptomer.
Interaksjoner: Legemidler med hyperglykemisk effekt kan øke insulinbehovet, f.eks. perorale antikonseptiva, kortikosteroider, thyreoideahormoner, danazol og beta2-reseptorstimulerende midler (salbumatol, terbutalin). Insulinbehovet kan være nedsatt under samtidig behandling med legemidler med hypoglykemisk effekt, f.eks. perorale antidiabetika, salisylater (f.eks. acetylsalisylsyre), sulfapreparater, visse antidepressiver (MAO-hemmere, selektive serotoninreopptakshemmere), visse ACE-hemmere (kaptopril, enalapril), angiotensin II-reseptorblokkere, betablokkere, oktreotid og ved inntak av alkohol. Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Data fra et stort antall eksponerte graviditeter indikerer ikke bivirkninger av insulin lispro i forbindelse med graviditeten eller for foster/nyfødt. Det er viktig å opprettholde god kontroll med insulinbehandlede pasienter (insulinavhengig eller svangerskapsdiabetes) under graviditet. Svingninger i blodsukker kan være fosterskadelig. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og øker i 2. og 3. trimester. Umiddelbart etter fødsel kan insulinbehovet synke raskt (økt risiko for hypoglykemi). God glukosekontroll, samt overvåkning av allmenntilstanden er meget viktig hos gravide. Amming: Diabetespasienter som ammer kan ha behov for regulering av insulindosen og/eller kosten.
Bivirkninger: Hypoglykemi. Alvorlig hypoglykemi kan medføre bevisstløshet og i ekstreme tilfeller død. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Lokale allergiske reaksjoner på injeksjonsstedet (rødme, hevelse, kløe). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Systemisk allergi. Generalisert overfølsomhet for insulin som kan gi utslett over hele kroppen, åndenød, tungpustethet, blodtrykksfall, rask puls eller svette. Alvorlige tilfeller av generalisert allergi kan være livstruende. Lipodystrofi kan opptre på injeksjonsstedet. Tilfeller av ødem er rapportert, spesielt der dårlig metabolsk kontroll forbedres ved intensivert insulinbehandling.
Overdosering/Forgiftning: Hypoglykemi kan opptre som følge av høy insulinaktivitet i forhold til matinntak og energiomsetning. Symptomer: Hypoglykemi kan vise seg ved sløvhet, forvirring, hjertebank, hodepine, svette og oppkast. Behandling: Hurtig absorberbare karbohydrater gis peroralt. Ved moderat alvorlig hypoglykemi eller bevisstløshet injiseres glukose intravenøst eller glukagon 1/2-1 mg subkutant eller intramuskulært. Pasienten skal gis noe å spise så snart han/hun kommer til bevissthet.
Egenskaper: Klassifisering: Humalog: Hurtigvirkende human insulinanalog. Humalog Mix25: Kombinasjon av hurtigvirkende human insulinanalog (insulin lispro) og middels-langsomtvirkende human insulinanalog (insulin lispro protamin). Insulin lispro er et modifisert humaninsulin som er fremstilt ved hjelp av rekombinant DNA-teknologi. Virkningsmekanisme: Regulerer glukosemetabolismen. Absorpsjon: Insulin lispro absorberes hurtig. Raskt innsettende effekt (omkring 15 minutter) og kan derfor gis nærmere måltid (0-15 minutter) sammenlignet med oppløselig humant insulin (30-45 minutter). Insulin lispro gir raskere effekt og har kortere virkningstid (2-5 timer) sammenlignet med oppløselig humant insulin. Maks. serumkonsentrasjon nås 30-70 minutter etter subkutan injeksjon. Insulin lispro protamin tilsv. virkningen til middels-langsomtvirkende basalinsulin over en periode på ca. 15 timer. Maks. effekt oppnås etter ca. 6 timer. Kombinasjonen representerer virkningen til de to komponentene i blandingen. Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon sees en hurtigere absorpsjon av insulin lispro i forhold til humant insulin. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon sees en hurtigere absorpsjon og eliminasjon av insulin lispro sammenlignet med oppløselig humant insulin. For pasienter med type 2-diabetes med maks. dosering av sulfonylurea er det vist at tilleggsbehandling med insulin lispro reduserer HbA1C signifikant sammenlignet med sulfonylurea alene.
Oppbevaring og holdbarhet: Sylinderampuller og ferdigfylt penner er holdbare i 28 dager i romtemperatur (<30°C) etter anbrudd. Etter at sylinderampullen er satt inn i en flergangspenn eller ved bruk av ferdigfylte penner bør disse ikke oppbevares i kjøleskap etter at de er tatt i bruk. Må ikke fryses eller utsettes for sterk varme eller sollys. Infusjonssystem ved konsentrasjoner fra 0,1-1 E/ml insulin lispro i 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose er stabil ved romtemperatur i 48 timer.
Pakninger og priser:
Humalog: 5 × 3 ml (sylinderamp.), varenr 433086, kr 346,50.
10 ml (hettegl.), varenr 031088, kr 225,40.
5 × 3 ml (ferdigfylt penn, KwikPen), varenr 156506, kr 379,70.
Humalog Mix25: 5 × 3 ml (sylinderamp.), varenr 380881, kr 365,70. 5 × 3 ml (ferdigfylt penn, KwikPen), varenr 156517, kr 411,30.
Refusjon: Generell refusjon, A10AB04_1
Sist endret: 07.05.2014 Basert på SPC godkjent av SLV: 23.04.2014
Pris pr 18.11.2014

Humulin NPH, Lilly
Humant insulin, middels lang virketid, ATC-nr.: A10A C01
Insulin forbudt iht. WADAs dopingliste

INJEKSJONSVÆSKE 100 IE/ml: 1 ml inneh.: Insulin. isophan. human. (rDNA) 100 IE, dinatr. hydrogenophosph. heptahydr., glycerol., m-cresol., phenol., aqua ad iniect. ad 1 ml.
Dosering: Individuell.
Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Insulinbehovet kan endres signifikant ved nedsatt lever- eller nyrefunksjon.
Tilberedning: Sylinderampuller og ferdigfylt penn med Humulin NPH skal før bruk rulles 10 ganger mellom håndflatene og deretter vendes opp ned 10 ganger. Sylinderampuller: 3 ml sylinderampulle er beregnet til bruk i flergangspenn. Annet insulin skal ikke blandes i sylinderampullen og den kan ikke etterfylles. Ferdigfylt penn: Ferdigfylt penn inneholder 3 ml insulin. Annet insulin skal ikke blandes i ferdigfylt penn og den kan ikke etterfylles. Se pakningsvedlegg og pennens bruksanvisning.
Administrering: Injiseres s.c. eller i.m. S.c. inj. vanligvis i overarm, lår, baken eller magen. Skal ikke injiseres intravenøst. Injeksjonsstedet skal ikke masseres. Injeksjonsstedet skal varieres slik at det samme sted ikke brukes mer enn ca. 1 gang pr. måned. Insulinsuspensjoner skal ikke brukes i insulinpumper.
Kontraindikasjoner: Hypoglykemi. Overfølsomhet for innholdsstoffene.
Forsiktighetsregler: Utilstrekkelig dosering eller avbrytelse av behandlingen kan, især ved type 1-diabetes, medføre hyperglykemi, som ubehandlet kan føre til diabetisk ketoacidose, og som er potensielt dødelig. Skifte av insulintype eller insulinmerke, bør foregå under streng medisinsk kontroll. Endringer i styrke, merke, type, opphav (animalsk insulin, humant insulin eller insulinanalog) og/eller fremstillingsmetode kan føre til behov for doseendring. Pasienter som går over fra animalsk til humant insulin eller pasienter med markant forbedret blodglukosekontroll, f.eks. oppnådd ved intensivert insulinbehandling, kan oppleve en endring av de vanlige varselsymptomene på hypoglykemi og bør informeres om dette. Vanlige varselsymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig, da hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen. Spesiell forsiktighet bør utvises av pasienter som har nedsatte eller manglende forvarsler på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. Utelatelse av et måltid eller anstrengende fysisk aktivitet som ikke er planlagt, kan medføre hypoglykemi. Insulinbehovet kan endres signifikant ved sykdommer i binyrene, hypofysen eller thyreoidea, og kan øke ved sykdom eller ved følelsesmessige forstyrrelser. Justering av insulindosen kan også være nødvendig dersom pasienten endrer aktivitetsnivå eller endrer normal kostplan. Tilfeller av hjertesvikt er rapportert i kombinasjon med pioglitazon, særlig hos pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Pasienten bør følges opp med tanke på utvikling av symptomer på hjertesvikt, vektøkning og væskeretensjon/ødem. Pioglitazon bør seponeres hvis forverring av slike symptomer oppstår. Preparatet inneholder metakresol, som kan forårsake allergiske reaksjoner.
Interaksjoner: Følgende legemidler kan redusere insulinbehovet: Perorale antidiabetika, MAO-hemmere, ikke-selektive betablokkere, ACE-hemmere, angiotensin II-reseptorblokker, salisylater, alkohol. Følgende stoffer kan øke insulinbehovet: Tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, betasympatomimetika, veksthormon og danazol. Betablokkere kan maskere symptomene på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan både redusere og øke insulinbehovet. Alkohol kan forsterke og forlenge insulinets hypoglykemiske effekt.
Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Insulin passerer ikke placenta og preparatet kan brukes under graviditet. Det er viktig å opprettholde god kontroll av insulinavhengige pasienter under svangerskapet. Svingninger i blodsukker kan være fosterskadelig. Glykemisk kontroll og metabolsk monitorering er derfor nødvendig under hele graviditeten. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og øker i 2. og 3. trimester. Umiddelbart etter fødsel kan insulinbehovet synke raskt (økt risiko for hypoglykemi). Amming: Insulin går over i morsmelk i ubetydelig grad og kan brukes under amming. Det kan være behov for regulering av insulindosen og/eller dietten under amming.
Bivirkninger: Hypoglykemi er den hyppigste bivirkningen. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Lokal allergisk reaksjon. Rødhet, hevelse og kløe oppstår av og til på injeksjonsstedet. Dette går vanligvis over i løpet av få dager til få uker. I noen tilfeller kan denne reaksjonen relateres til andre faktorer enn insulinet, som f.eks. overfølsomhet for hudrensemiddel eller dårlig injeksjonsteknikk. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Lipodystrofi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Systemisk allergisk reaksjon. Alvorlige tilfeller av generalisert allergi er svært uvanlig, men kan være livstruende og krever øyeblikkelig behandling. Bytte av insulin kan være nødvendig. Tilfeller av ødem er rapportert, spesielt der dårlig metabolsk kontroll forbedres ved intensivert insulinbehandling.
Rapportering av bivirkninger
Overdosering/Forgiftning: Hypoglykemi kan opptre som følge av for mye insulin i forhold til matinntak og energiomsetning. Symptomer: Hypoglykemi kan vise seg ved sløvhet, forvirring, hjertebank, økt svettetendens og oppkast. Behandling: Hurtig absorberbare karbohydrater gis peroralt. Ved moderat alvorlig hypoglykemi gis glukagon i.m. eller s.c. Ved bevisstløshet gis glukagon i.m. eller s.c.: Glukose skal gis i.v. dersom glukagon ikke er tilgjengelig eller hvis pasienten ikke reagerer på glukagon. Pasienten skal gis noe å spise så snart han/hun kommer til bevissthet. Se Giftinformasjonens anbefalinger A10A.
Egenskaper: Klassifisering: Middels lang virketid. Nøytral suspensjon av isophan human insulin fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Innhold og sekvens av aminosyrer samsvarer helt med insulin fra human pankreas. Virkningsmekanisme: Blodsukkersenkende. Virkningen inntrer når molekylet øker glukoseopptaket ved å binde seg til insulinreseptorer i muskel- og fettceller. Insulin hemmer samtidig utskillelsen av glukose fra leveren. Virkningstiden er intra- og interindividuell. Etter en enkel s.c. injeksjon har preparatet innsettende effekt etter 1 time, maks. effekt mellom 2 og 8 timer og ingen eller minimal effekt etter 20 timer.
Oppbevaring og holdbarhet: Kaldt (2-8°C), frostfritt, beskyttet mot lys. Frosset insulin må ikke brukes. Insulinglass, sylinderampuller og ferdigfylte penner som er i bruk er holdbare i 28 dager, og kan oppbevares i romtemperatur (ikke over 25°C). Den ferdigfylte pennen skal ikke oppbevares med kanylen på.
Pakninger og priser:
5 × 3 ml (sylinderamp.), varenr 374264, kr 272,30.
5 × 3 ml (ferdigfylt penn, KwikPen), varenr 449911, kr 313,00.

Sistendret: 24.10.2014, Basert på SPC godkjent av SLV: 14.09.2012
Pris pr 18.11.2014.

NODBT00711

Eli Lilly Norge A.S | Grenseveien 99 | Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo | Tlf: 22 88 18 00 | Faks: 22 88 18 50 | www.lilly.no

UNIKE PENNER FOR UNIKE MENNESKER!

Lilly har siden 1923 vært dedikert til å utvikle insuliner og innovative insulinpenner som gjør livet enklere for personer med diabetes.

KwikPen: Markedets korteste ferdigfylte penn, og den eneste med lydløs injeksjon.

HumaPen Savvio: Kommer i 4 ulike farger, moderne design, og er den eneste flergangs-pennen med lydløs injeksjon.

HumaPen Luxura HD: Flergangspennen for barn og ungdom med behov for halve enheter. Nøyaktig dosering fra første halve enhet, og tilpasses med klistremerker.

Lillys penner er utviklet for: Humalog®, Humulin® NPH™ og Humalog® Mix25™

NODBT00711

Lilly

Eli Lilly Norge A.S | Grenseveien 99 | Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo | Tlf: 22 88 18 00 | Faks: 22 88 18 50 | www.lilly.no

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg

Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- *Strålingsindusert cystitt*
- *Kjemisk indusert cystitt*
- *Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi*
- *Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner*

"47 % respondere etter 6 instillasjoner, 60 % etter 10 instillasjoner"

"96 % av pasientene opplevde noen form av forbedring"

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

Navamedic

Innhold

14 | 2014 Sykepleien
Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Hva skjer

10 Aksjonisten
16 I nyhetene: Ole Frithjof Norheim
17 Frykter for særaldersgrensen
18 Fikk hjertebak i India
20 Tema: Fødsler verden rundt
32 Turnus påvirker sykefravær
36 Lindrende nærvær
42 Mexico: Et omstridt oppdrag

Vil ha åpenhet om prioritering. **16**

Sykepleie

50 Etikk i nyfødtsykepleie
54 Innvandrere vil vite mer om kreft
57 Min jobb: Anne Relbo
58 – Yngre slagpasienter sliter
60 Briller på operasjonsstuen
64 Etikk: Per Nortvedt
66 Bedre tilbud til hjertesyke

En like stor risiko som smykker. **60**

Påfyll

72 Notiser
74 Forfatterintervju: Arne Hugo Stølan
76 Bokanmeldelser
78 Fakta: Da hiv kom til Norge
80 Quiz og kryssord

– Et dikt kan ta 20 år. **74**

Meninger

82 Eli Gunhild By om prioriteringer
83 Meninger fra leserne
86 Anlovs arrest
87 Innspill: Hanne Marit Bergland
88 Kronikk: Ida Begum
90 Tett på Andreas Wahl

– Ikke et besservisser-program. **90**

Forsidefoto: Colourbox

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leergaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.
ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S
Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

Prioritering. Vi finner fram til stadig flere diagnoser. Men det gjør oss ikke friskere.

Verst i test

Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør i Sykepleien

Bare noen få dager før jeg skulle avgårde på bilferie i fjor, varslet displayet i min 4 år gamle Peugeot at motoren hadde blitt alvorlig syk. Meldingen kunne ikke overses. Bilen gikk riktignok som en klokke, men computerens beskjed var ikke til å misforstå: Bare et verksted kunne forlenge livet til min trofaste venn.

Pokker, tenkte jeg. For det kommer jo alltid ubeleilig.

INGEN SPØK. Hos Peugeot ga de meg rett i at jeg hadde oppsøkt hjelp. Sånt er ikke til å spøke med, forklarte de mens de demonstrativt ignorerte mine observasjoner om at motoren hadde en fin lyd.

Nå var det ikke snakk om at en godslig kar kunne legge seg under bilen og banke litt på vitale deler for å finne ut om noe hadde gått sund. Å nei, den skulle koples til en diagnosemaskin. Bilens elektroniske innmat skulle saumfares av verkstedets ufeilbarlige computer som ville komme til en sikker konklusjon. Sånt tar selvfølgelig litt tid, sa den slipskledde fyren bak skranken megetsigende.

Så var det bare å vente på dommen.

JUBEL. Jeg kom på denne leie historien da jeg nylig så hovedoppslaget i engelske Nursing Standard. «Sykepleiere bruker helt ny teknologi for å avsløre om barn har ADHD!», jublet tidsskriftet. På side 22 fant jeg ut hvordan dette miraklet kunne være mulig. Utstyrt med et infrarødt bevegelseskamera i pannen gjør en liten gutt en såkalt QbTest under veiledning av to sykepleiere fra Liverpool. Testen avslører hvordan gutten responderer på en serie spørsmål i en databasert test. Grønne blink indikerer etterpå riktige svar, mens røde indikerer feil. Blinker det rødt ofte nok, er kurven på sykepleiernes skjerm tindrende klar: ADHD.

«Having a definitive answer saves both time and money», konstaterer sykepleierne tilfreds. Og Nursing Standard viser hvordan sykepleiernes test har gjort foreldre glade. Der de tidligere har måttet krangle med skolen om årsakene til guttenes atferd, gir sykepleiernes lettbegripelige testkurver nå et konkret bevis på hva som er problemet: Endelig en diagnose. Gjort på en blunk!

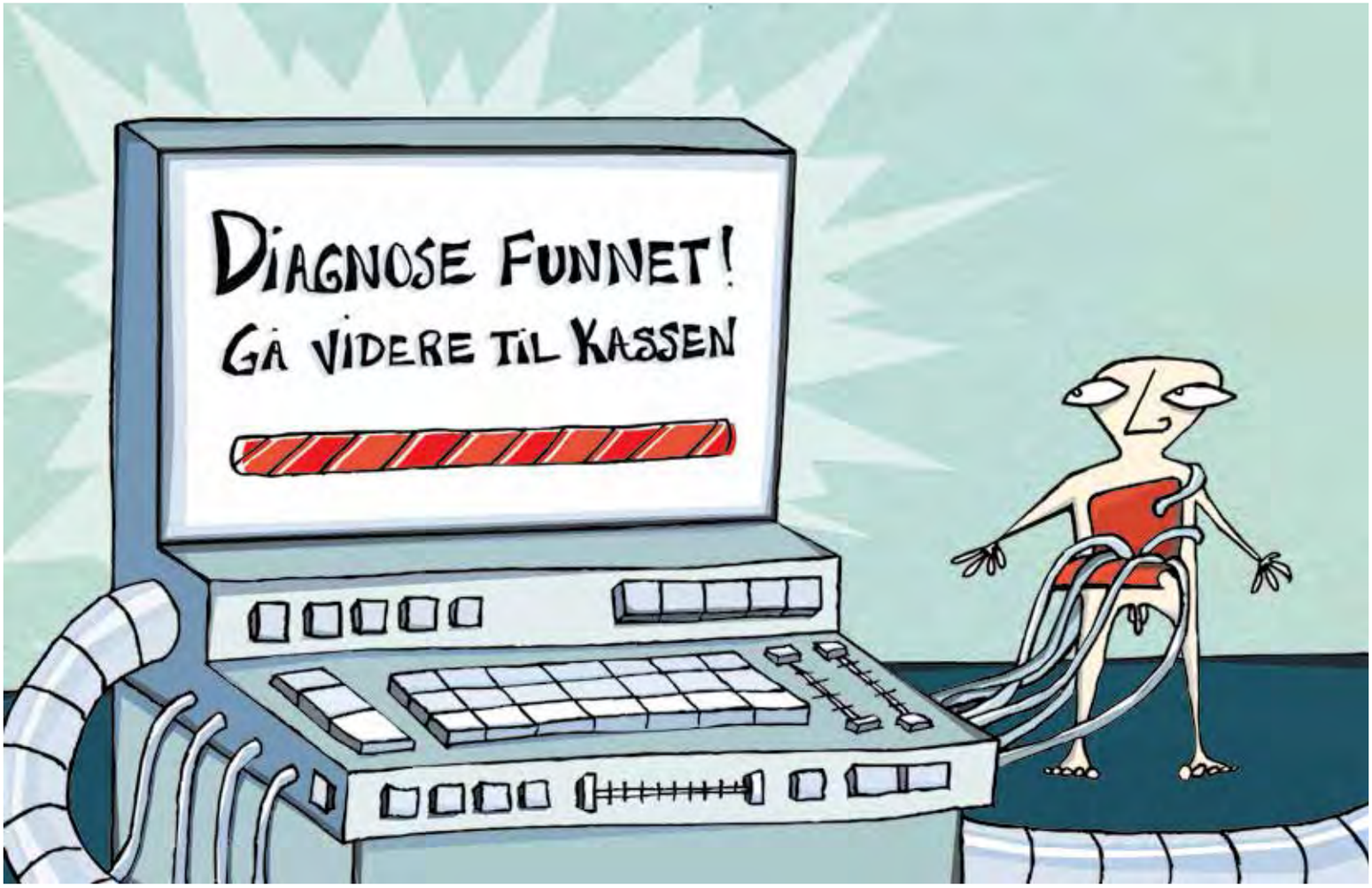
Man kan bli deprimert av mindre.

INNGANGSBILLETT. Det kan godt hende at denne QbTesten er et godt verktøy, og at den gir sykepleiere en ny arena for sin profesjonelle utvikling. Men det er også en illustrasjon på en tendens vi har sett lenge: At diagnoser er blitt vår tids nøkkel til all helsehjelp. Der diagnoser i utgangspunktet var ment som en måte å forstå pasientene bedre på, er de i dag det som utløser ressurser, behandlingsforløp, medisinering og ikke minst rettigheter. Uten diagnose har en person med et helseproblem lite sjans til å bli tatt på alvor. En diagnose skiller mellom alvorlig og ikke alvorlig, mellom behandlingsverdig og ikke behandlingsverdig, mellom haster og haster ikke. Uten diagnose kan du ikke påkalle deg Norheim-utvalgets tapte leveår eller tapt livskvalitet. Du vil ikke bli prioritert. Du er ikke. I hvert fall ikke ordentlig.

Paradoksalt nok er denne utviklingen et resultat av to gode hensikter. Gjennom en hurtig og sikker diagnose skal pasienter sluses inn til de dyktigste legene på området, og til de legemidlene som har best dokumentert effekt. Samtidig skal helsetjenesten gjennom et finmasket diagnosesystem organisere sine tilbud på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Standardiserte pasientforløp er blitt svaret på altfor mye synsing i doktorbransjen.

Men noe har gått galt underveis. Diagnosene er ikke bare blitt mer finmasket, men de har også blitt langt flere. Vi lider plutselig av ting vi tidligere ikke ante eksisterte, eller av ting som var «normale» før. Historisk sett har dette særlig skjedd i psykiatrien. Avvikende sosial atferd er blitt til nevrologiske tilstander som kan behandles gjennom kjemi, og diagnosekriteriene er blitt utvidet for å finansiere dette. Nå kommer også somatikken etter. Offentlige screeningsprogram og mer avansert teknologi avdekker nye (potensielle) symptomer som skriker etter å bli håndtert.

KØORDNING. Det problematiske med denne utviklingen er ikke at flere enn før nå kan sette et navn på noe de har eller føler at de har. Utfordringen ligger i at antallet diagnoser har økt, mens samfunnets ressurser forblir de samme. Vi vet mer, vi finner mer, men alle kan ikke komme lengst fram i køen. Da er diagnosen et viktig middel for å bli sett som hjelpetrengende. Det hele minner litt om atomkappløpet da jernteppet ennå delte Europa: Vi trodde de nye våpnene skulle gi oss stadig mer



Illustrasjon: Marie Rundereim

trygghet; men faktum var at de gjorde det motsatte.

Heldigvis ser vi nå at noen roper et varsko. Portvokterne til diagnosene, det vil si leger, psykiatere og psykologer, har det ikke lenger så morsomt på jobben. Deres faglige skjønn er blitt mer og mer byråkratisert. Der de tidligere kunne bruke både intuisjon og hodet, har myndighetene nå utstyrt dem med testverktøy som skal sortere pasienter etter grupper med de samme symptomene, slik at de tilfredsstiller kriteriene som tilhører en diagnose, som igjen fører til et predefinert pasientforløp.

For pasientene har diagnosekappløpet ført til at de kan miste noe av sin individualitet for samfunnet. Når diagnosen først er satt, vil de bli behandlet slik man behandler alle andre med samme diagnose. Det er kanskje mest effektivt for helsetjenesten, men er vi egentlig sikre på at alle med samme diagnose skal behandles helt likt?

DIAGNOSE, ERGO SUM. Verre er det likevel at pasienter kan komme i skade for å identifisere seg mer og mer med den diagnosen de mottar av behandlerne. Ikke så rart, for diagnosen kan styrke pasientenes status, men den kan også gjøre at pasienter begynner å se på seg selv som et resultat av sin diagnose. Det ville være synd.

Bilen min tilbrakte flere døgn tilkoplet Peugeots vidunderlige diagnosemaskinen, mens ferien nærmer seg faretruende. Den var «syk», men uten å vite hvorfor. Til slutt måtte den dresskledde servicemannen bak skranken erkjenne at de ikke hadde klart å finne noen feil.

«Vi trodde de skulle gi oss mer trygghet.»

– Det går nok greit å dra på ferien med den, beroliget servicemannen.

– Men hva med advarslene da?

– Vi har bare slettet loggen på bilen, så du vil ikke bli plaget mer av dette.

– Så flott! Og hvor mye koster det?

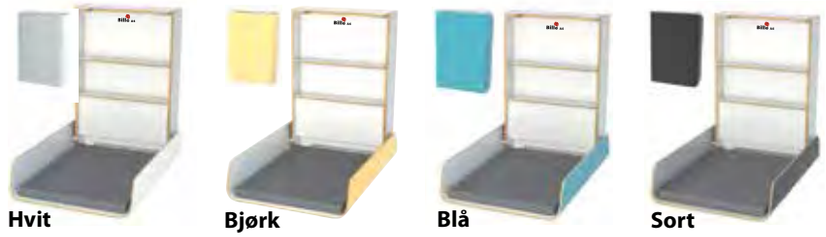
– 7000 kroner, takk. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Bille AS

Stellebord

CE



Elektrisk stellebord Eila 120
Elektrisk heve- og senkbart stellebord.
Arbeidshøyde 300 - 1100 mm.
Valgfritt frittstående eller veggmontert.
Blandebatteri, stålvask og stellematte er inkludert i prisen.
Vask høyre eller venstre.
kr 26265,-

Eila 80
B800xD800 mm
Oppfellbar benkplate.
kr 21424,-

Endre veggmontert stellebord
med høydejustering
kr 5974,-

Konstant veggmontert stellebord
uten høydejustering
kr 4635,-

Justering
300 mm

Rull-i-rom

CE

Rullirom Flexi
Den fleksible varianten av rullirom som er teleskopisk forlengbar og passer til de aller fleste stoler med stolbentykkelse inntil 40 mm.
kr 3150,-

Elegant elektrisk løftepute
Puten gjør det enklere å reise seg. Puten har et løftehåndtak som du bruker til å justere opp- og nedfunksjonen med.
kr 3200,-

Galant løfteputer
Manuell pute som aktiveres når du reiser deg fra stolen.
Galant pluss
36-104 kg **kr 2675,-**
Galant pluss
88-159 kg **kr 2675,-**

Bille AS, Byavegen 57, 7715 Steinkjer tlf 74 16 18 12 bestilling@billeas.no billeas.no

Hva skjer

Del 1 **Sykepleien 14 | 2014**
Nyhet – Reportasje – Tema

Positiv: Doña Dominga lar gjerne jentene ha samtalegrupper i sin bakgård.

Bedrer kvinneliv

Mexico. Unge jenter drar til landsbygda for å fortelle andre jenter om prevensjon og helse. **42**

«Folk flest vet ikke at det prioriteres i helsevesenet.» Ole Frithjof Norheim. **16**

Hospice Lovisenberg. – Uten å bli berørt, kan man ikke gi god omsorg. **36**

Tema. 13 fødsler fra hele verden. **20**

Tekst **Kari Anne Dolonen** ● Foto **Colourbox**

Gratulerer: FNs barnekonvensjon fyller 25 år. Foto: Colourbox

Barnekonvensjonen 25 år

JUBILEUM: Torsdag 20. november markerte regjeringen at FNs barnekonvensjon fyller 25 år.

I den forbindelse lanserte regjeringen tiltaksplanen «En god barndom varer livet ut». Den inneholder 43 tiltak. Her er noen av punktene:

- Styrke kommunens forebyggende helsearbeid og tjenestenes arbeid med voldsproblematikk
- Utarbeide en ny ungdomshelsestrategi
- Bedre samarbeid mellom helsestasjonene og familievernet
- Barn og unges tilbakemeldinger skal brukes aktivt til å forbedre tilbudet til barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep.
- Forbud mot bruk av barn som tolk
- Tydeliggjøre i helselovgivningen helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep
- Forenkle og klargjøre dagens bestemmelser om opplysningsplikt til barnevernet
- En ekspertgruppe skal analysere alvorlige saker
- Arbeidet skal koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Planen skal og skal gjennomføres i tett samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet med direktorater. En rekke frivillige organisasjoner har gitt innspill til tiltaksplanen.

regjeringen.no

Reduserer antall ansatte i styret

Kritisk. Helse Sør-Øst vedtar å redusere antallet styrerepresentanter fra de ansatte i helseforetakets enheter. Kritikerne mener pasientene taper på det.

dn.no

Kampen mot ebola

Helsepersonell som vil gjøre en innsats mot ebolaepidemien i Vest-Afrika kan ta kontakt med Helse Bergen. Helsedirektoratet har gitt helseforetaket oppdraget med å sende ut norske helseteam til Sierra Leone. Helsepersonellet skal inngå i et britisk prosjekt i regi av Department of International Development i Storbritannia.

Helsedirektoratet

Sunn livsstil gir lengre liv

Hvis man reduserer ulikhetene innen livsstil, vil dødeligheten reduseres opp mot 14 prosent, viser ny studie. 70 forskere fra 25 land har deltatt. Studien gir en oversikt over hvordan dødeligheten hadde blitt påvirket om man utliknet forskjellene i livsstil.

Dagens Medisin

Nytt senter for klinisk ernæring

Torsdag 27. november åpnet Senter for klinisk ernæring. Det er en felles satsing mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Oslo universitetssykehus (OUS). Senteret har ambisjoner om å bli et internasjonalt ledende ernæringssenter innen pasientbehandling, forskning og utdanning. De første pasientene tas imot i januar 2015.

OUS

Fakta og tall. Helse-personell

378 700
Sysselsatte har helse- og sosialfaglig utdanning i 2013.

99 %
I utdanningene helsesekretær, tannhelsesekretær, tannpleier, jordmor og helsesøster var kvinneandelen på over 99 prosent.

31,3 t
Gjennomsnittlig arbeidstid per uke for sysselsatte personer med en helse- og sosialfaglig utdanning innenfor helse- og sosialtjenester, var 31,3 timer i 4. kvartal 2013.

32 800
Antall personer med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenestene som er innvandrere bosatt i Norge, eller sysselsatte som var her på korttidsopphold i 4. kvartal 2013.

Kina: Sikkerheten på sykehus i Kina har blitt trappet kraftig opp de siste to årene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Seks sykepleiere drept på sykehus i Kina

KNIVDREPT: Sju mennesker, blant dem seks sykepleiere, ble drept med kniv på et sykehus nord i Kina, melder et kinesisk nyhetsbyrå.

Ifølge nyhetsbyrået er én person pågrepet for angrepet, som skjedde på et sykehus i Beidaihe-distriktet nær hovedstaden Beijing i november. Sikkerheten på sykehus i Kina har blitt trappet kraftig opp som følge av flere voldelige angrep på leger og sykepleiere. Ifølge de siste tallene fra landets helsedepartement ble det i 2010 registrert over 17 000 tilfeller av vold, trusler, kidnappinger og drap mot helsearbeidere.

NTB

Resistente bakterier øker kraftig

Andel resistente bakterier ved infeksjon etter hofteleddsoperasjoner øker, viser en ny studie fra Helse Bergen.

For den vanligste bakterietypen, hvite stafylokokker, var andel resistente bakterier i den første perioden på 57 prosent, mens i den siste perioden fra 2003 til 2007 var på 84 prosent.

Dagens medisin

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland

Ole Frithjof Norheim
Vil heller prioritere rettferdig enn tøft

Tekst og foto **Marit Fonn**

Bakgrunn

Ole Frithjof Norheim

Aktuell som: Leder av prioriteringsutvalget, lege og professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Bergen.
Alder: 49 år

Ole Frithjof Norheim har ledet prioriteringsutvalget som la fram rapporten «Åpent og rettferdig – prioritering i helsetjenesten» 12. november. Nå er den sendt på høring. Målet er flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt. Utvalget foreslår tre hovedkriterier for å prioritere blant pasienter: Helsegevinst, ressursbruk og helsetap. Alder skal ikke telle alene, men utvalget vil prioritere helsegevinst til de dårligst stilte høyest. En ung MS-pasient har større helsetap enn mange andre.

Hva er det dristigste dere foreslår?
– Økt åpenhet om prioritering. Vi trodde ikke det var dristig, men når vi ser reaksjonene blant folk, skjønner vi at åpenhet trengs.

Hvilke reaksjoner da?
– Folk flest vet ikke at det prioriteres i helsevesenet. Hver eneste dag, ikke minst av fagfolk. Men også på alle nivåer.

Du vil ikke prioritere tøffere, sier du. Men er ikke hele poenget å bli tøffere?
– Jeg er enda mer opptatt av at det prioriteres rettferdig: Større grad av likebehandling og forutsigbarhet.

Vanskelig i praksis?
– Det er mulig å få til, men da må lederne bruke prioriteringskriteriene. De vi foreslår er i tråd med dem som gjelder nå. Men våre forslag er mer konkrete. For eksempel er det gamle begrepet alvorlighetsgrad erstattet med helsetap.

Hva er helsetap?
– Tap av helse som sykdommen tar fra deg, målt i tapte gode leveår. Pasienter med schizofreni har dårligere helse i livsløpet enn mange andre. Derfor skal de ha særlig omtanke.

Og få bedre behandling?
– Ja, de kan få stort utbytte av helsehjelp. Men selv om de ikke kan bli helt friske, bør de ha høy prioritet, fordi deres helsetap er stort.

Hva er du aller mest fornøyd med?
– At vi har fått en god debatt om prioriteringer. Det kan være vondt å snakke om, men åpenhet er bra. Innspillene fra sykepleierne er forresten noen av de beste vi fikk inn. Vi har sitert flere i utredningen.

Eksempel?
– De daglige utfordringene på intensivavdelingen og behovet for klarere kriterier.

Aftenpostens lesere vil nedprioritere en dame på 90 med tarmslyng til fordel for en ungdom. Stakkars dame?
– Enkel kirurgi kan gi klar helsegevinst og blir vanligvis prioritert i dag.

Egenandeler ble mye diskutert i utvalget. Hvorfor?
– Ingen ønsker høyere egenbetaling. Utvalget anbefaler høyere egenandeler for lavt prioriterte tilbud og lavere for høyt prioriterte tilbud. Men ingen økning totalt.

Følsomt tema?
– Ja. Underveis gjorde vi en spørreundersøkelse av medborgere. Det var liten støtte for egenandel som prioriteringsverktøy.

Prioritering av brystrekonstruksjon etter kreft har økt køene for dem med leppeganespalte. Hva synes du?
– Politiske prioriteringer kan komme i utakt med faglige prioriteringer når man ikke har full oversikt over andre grupper. Det kan føre til usynlige tapere.

Dere vil ha mer forebygging. Tror du politikerne tør å satse?
– Jeg håper og tror det. Forventet levealder i Norge er jo ikke lenger på topp i verden.

Kan ruspasienter og kronikere glede seg til bedre behandling?
– I hvert fall hvis vi får gjennomslag for våre forslag.

Noe du vil si til sykepleierne?
– De er viktige for å holde prioriteringsdebatten levende. De kan løfte fram grupper som kanskje blir nedprioritert. Mange sykepleiere er ledere. Det er jo de som styrer sykehusene i praksis.

marit.fonn@sykepleien.no

Frykter for særaldersgrensen

Tekst **Eivor Hofstad**

Regjeringen vil at vi skal jobbe til vi er 75 år. Det er både arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene sterkt imot. NSF frykter økt press på særaldersgrensen.

I dag er den øvre aldersgrensen i arbeidslivet 70 år. I slutten av november kunngjorde arbeidsminister Robert Eriksson (Frp) at Regjeringen vil heve aldergrensa til 75 år. Det har fått både arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene til å rase. Saken sto ikke på sakslisten til arbeids- og pensjonspolitisk råd, og nyheten kom som en stor overraskelse på møtedeltakerne.

I første omgang blir aldersgrensa heva til 72 år. Deretter vil regjeringa sette ned et partssammensatt utvalg med sikte på å klargjøre premissene for at aldergrensa skal bli 75 år.

KONFLIKTFULL AVSLUTNING. – Jeg er sterkt kritisk til ei såpass høy aldersgrense som 75 år. Dette kan gi en vanskelig og konfliktfull avslutning på arbeidslivet for noen. I tillegg kan det stenge ute yngre arbeidstakere, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Unio mener at det viktigste er å få flere til å stå i arbeid i spennet mellom 60 og 70 år, og at dagens grense på 70 år i de aller fleste tilfeller fungerer greit.

Også leder av Norsk Sykepleierforbund, Eli Gunhild By, er skeptisk.

– Sykepleiere har en særaldersgrense på 65 år, og jeg frykter at en lovendring vil føre til ytterligere press på den. Dessuten ser vi en tendens til at sykepleiere førpensjoneres tidligere enn før. En Faforapport har vist at forventa pensjonsalder hos sykepleiere vil senkes fra 60,8 til 59,6 år. Derfor er hovedutfordringen å få sykepleiere til å stå lenger i yrket innen de aldersgrensene vi har i dag, sier hun.

ARBEIDSGIVERNE ENIGE. Arbeidsgiverorganisasjonene NHO og Spekter er enige med arbeidstakerorganisasjonene.

Spekter-leder Anne-Kari Bratten har uttalt til NRK at hun frykter en heving av aldersgrensen vil føre til både uverdige avganger og flere kostbare og opprivende rettssaker for arbeidsgivere som vil si opp eldre arbeidstakere som sliter med å nå kravene jobben stiller.

PENSJONSGRENSA BESTÅR. Arbeidsminister Eriksson har lovet at pensjonsalderen på 67 år blir stående. Det samme gjør særaldersgrensen som enkelte ansatte i helsevesenet, politiet, rettsvesenet og brann- og redningsetaten har.

Saken skal behandles i Stortinget, og Eriksson forventer at de får KrF og Venstre med på lovendringen.

Kilde: Unio, NTB

DET LEDENDE ALTERNATIVET
for optimal hygiene og pasientintegritet

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

EasyClick™
Mobilt eller fast montert

EasyReturn™
Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™
Lette å rengjøre

Silentia®

THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370
INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO
WWW.SILENTIA.NO

Fikk hjertebank i India

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Denne skolejenta i India fikk fart på sykepleierhjertet til Britt Eriksen. På Sykepleiens app på nettbrett kan du lese hvorfor og se flere bilder.

Nå gleder sykepleier Eriksen fra Vestre Viken seg til fredsprisen deles ut i Oslo 10. desember. Ordene fra Malala Yousafzai har inspirert henne: «Ett barn, én lærer, én bok, én penn kan forandre verden.»

Morgenbønn: Hun er fire år og skolejente i den lille indiske byen Mandawa. Får hun fortsette på skolen, kan hun se fram til et bedre liv og god helse.

C **Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»**
Vaksine mot humant papillomavirus ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: *Hver dose inneh.*: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner**: Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene typer av humane papillomavirus (HPV), samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering**: Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. ***Barn <9 år***: Sikkerhet og effekt er ikke kjent, tilgjengelige data finnes ikke. ***Administrering***: Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. **Kontraindikasjoner**: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinering utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinering er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler**: Beslutningen om å vaksinere en enkelt person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Synkope, i blant forbundet med å falle eller toniske/kloniske bevegelser, har inntruffet etter vaksinering. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva-, og vaginal dysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseseffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitets- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner**: Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injek-sjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdititer var lavere når vaksinene ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. **Graviditet, amming og fertilitet**: *Graviditet*: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinering bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming*: Kan brukes til mødre som ammer. *Fertilitet*: Ingen direkte eller indirekte skadelige innvirkninger er sett på reproduksjonstoksisitet hos dyr. Effekt på fertilitet hos hannrotter er ikke observert. **Bivirkninger**: *Svært vanlige* (≥1/10): Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet. *Vanlige* (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Øvrige: Hematom og pruritus på injeksjonsstedet, pyreksi. *Sjeldne* (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. *Svært sjeldne* (<1/10 000): Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. *Ukjent*: Blod/lymfe: Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Infeksiøse: Cellulitter ved injek-sjonssted. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av toniskklonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, tretthet, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning**: *Symptomer*: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkeltdoser. **Egenskaper**: *Klassifisering*: Ikke-infeksiøs firekomponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme*: For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. For kvinner 16-26 år, som er naive til HPV-vaksine, er det vist en beskyttelseseffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, VaIN2/3 og kjønnsvorter på 95-100%. Det er også vist 100% effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV 16/18. For kvinner 16-26 år, med eller uten HPV 6-, 11-, 16- og 18-infeksjon eller sykdom ved dag 1, er det vist en beskyttelseseffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, VaIN2/3 og kjønnsvorter på 73-85%. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon*: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Blant kvinner 16-26 år er 99,8% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11, 99,8% mot HPV 16, og 99,5% mot HPV 18 innen 1 måned etter 3. dose. Blant kvinner 24-45 år er hhv. 98,4%, 98,1%, 98,8% og 97,4% seropositive innen 1 måned etter 3. dose og blant menn 16-26 år er andelen hhv. 98,9%, 99,2%, 98,8% og 97,4%. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 er merkbart høyere hos yngre personer enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte kvinner som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinering. Vaksinerte kvinner som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdititer observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetsammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter og gutter 9-15 år. **Oppbevaring og holdbarhet**: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. ***Ristes godt før bruk***. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Pakninger og priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte med to kanyler) 098722. Kr 1014,10 Basert på SPC godkjent av SLV: 30.11.2012 Sist endret: 05.03.2013

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, telefon: 67 50 50 20, **www.spmsd.com**

NO00173

Du, som lege, kan forskrive Gardasil til gutter over 9 år og jenter/kvinner utenfor barnevaksinasjonsprogrammet

I Danmark har alle kvinner fra 12 til 26 år fått tilbud om gratis HPV-vaksine.[1] I Norge har kun jenter mellom 12 og 17 år fått det samme tilbudet gjennom barnevaksinasjonsprogrammet.

Gardasil er en vaksine som skal beskytte mot HPV-relaterte celleforandringer, livmorhalskreft, analkreft og kjønnsvorter.[2] Personer som faller utenfor vaksinasjonsprogrammet og som ønsker å bli vaksinert med Gardasil må selv betale for vaksinen.

Gardasil har godkjent indikasjon til både jenter og gutter.[2]

[1] HPV-vaccination til kvinder årgang 1985-1992, EPI NYT Uge 28-33 2012 http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2012/Uge%2028-33%20-%202012.aspx (14.11.2014)
[2] Gardasil godkjent preparatomtale, www.legemiddelverket.no (14.11.2014)

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, telefon: 67 50 50 20, **www.spmsd.com**

Tema.
Fødsler

Fødsler verden rundt

Starten. Allerede ved livets begynnelse er forskjellene store.

Foto **Ken Opprann og Eva Rose Furmyr** ● Tekst **Ken Opprann, Kari Anne Dolonen og Nina Hernæs**

Yei General Hospital, Yei, Sør-Sudan, oktober 2008: På operasjonsstuen er det varmt og støvete. 22 år gamle Susan Dawás venter tvillinger, som skal forløses ved planlagt keisersnitt. I Sør-Sudan er det tradisjonelt heksedoktorer som har tatt seg av fødsler. Fordi de er redde for å miste makt, vil de helst ikke ha innblanding fra helsepersonell. Når noe går galt, kommer kvinnene ofte ikke til sykehus før de får komplikasjoner. Susan Dawás kom i tide.

Fortsatt dør mange ved fødsel.

– Jeg er usikker på om tusenårsmålene har varig effekt.

Johanne Sundby

I Sør-Sudan dør 7 kvinner for hvert tusende levendefødte barn. I Norge dør nesten ingen kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Det er en grotesk forskjell i livsbetingelser for mødre og barn i verden.

Fotograf Ken Opprann viser forholdene i Sør-Sudan, Burundi, Etiopia, Nepal og Libanon. Eva Rose Furmyr har fotografert fødsel i Norge.

nina.hernes@sykepleien.no

Fakta

Sør-Sudan

Republikken Sør-Sudan ble selvstendig etter å ha erklært uavhengighet fra Sudan i juli 2011. Landet er svært fattig etter mange år med borgerkrig, og etniske konflikter.
Hovedstad: Juba.
Innbyggertall: 8,2 mill. (tall fra 2009)
Levealder: 62 år

Spedbarns-dødelighet*	Mødre-dødelighet **
63	730

*Tall per 1000 levendefødte.
**Tall er antall kvinner som dør per 100 000 levendefødte barn.

Fakta: Globalis/FN
Kart: Tableau Public

Yei General Hospital, Yei, Sør-Sudan, oktober 2008

Blodig: Doktor Tito Mario Kual har forløst den første tvillingen, en velskapt gutt på 3 200 gram. I det han er ute, stikker armen til søsteren frem og faller ned på utsiden av livmoren. Som om hun roper «hei, ikke glem meg». Hun forløses like etter, en velskapt jente på 3 050 gram. Doktor Kual og operasjonsassistent John Madit er erfarne. Hver dag er det opp til ti fødsler på sykehuset, og keisersnitt er ikke uvanlig. Doktor Kuals personlige rekord er tre på en dag.

Prince Louise Rwasagore Hospital i Bujumbura, Burundi, høsten 2013

Travelt: En velskapt jente er nettopp født. Hun blir raskt båret ut av fødestua og inn på et tilstøtende rom, der sykepleiere sjekker allmenntilstanden. Opp til 15 fødsler er det her i løpet av en vanlig arbeidsdag. Det er tre fødesenger og to rom hvor det kan gjøres keisersnitt samtidig. Ved mange fødsler på kort tid kan det bli kiving om de tre stasjonene jordmødre og sykepleiere har til rådighet for å undersøke de nyfødte.

Kritisk: Den nyfødte gutten blir gråere og gråere. I nitten minutter jobber tre sykepleiere med å få liv i ham. Luften er tjukk av varme. Stillheten konsentrert. Så kommer det et host og noen gurglelyder. Det lille brystet begynner å heve og senke seg. Lettelsen er til å ta og føle på. Hele denne tiden ligger moren alene på føderommet.

Fakta

Burundi

Fattig land som preges økonomisk og sosialt av konflikten mellom tutsier og hutuer.
Hovedstad: Bujumbura.
Innbyggertall: 10,8 mill.
Levealder: 53 år

Spedbarns-dødelighet *	Mødre-dødelighet **
63	740

Fakta

Etiopia

Etiopia er det eneste afrikanske landet som aldri har vært kolonisert. Landet er likevel preget av Konflikter og krig.
Hovedstad: Addis Abeba.
Innbyggertall: 98,9 mill.
Levealder: 60 år

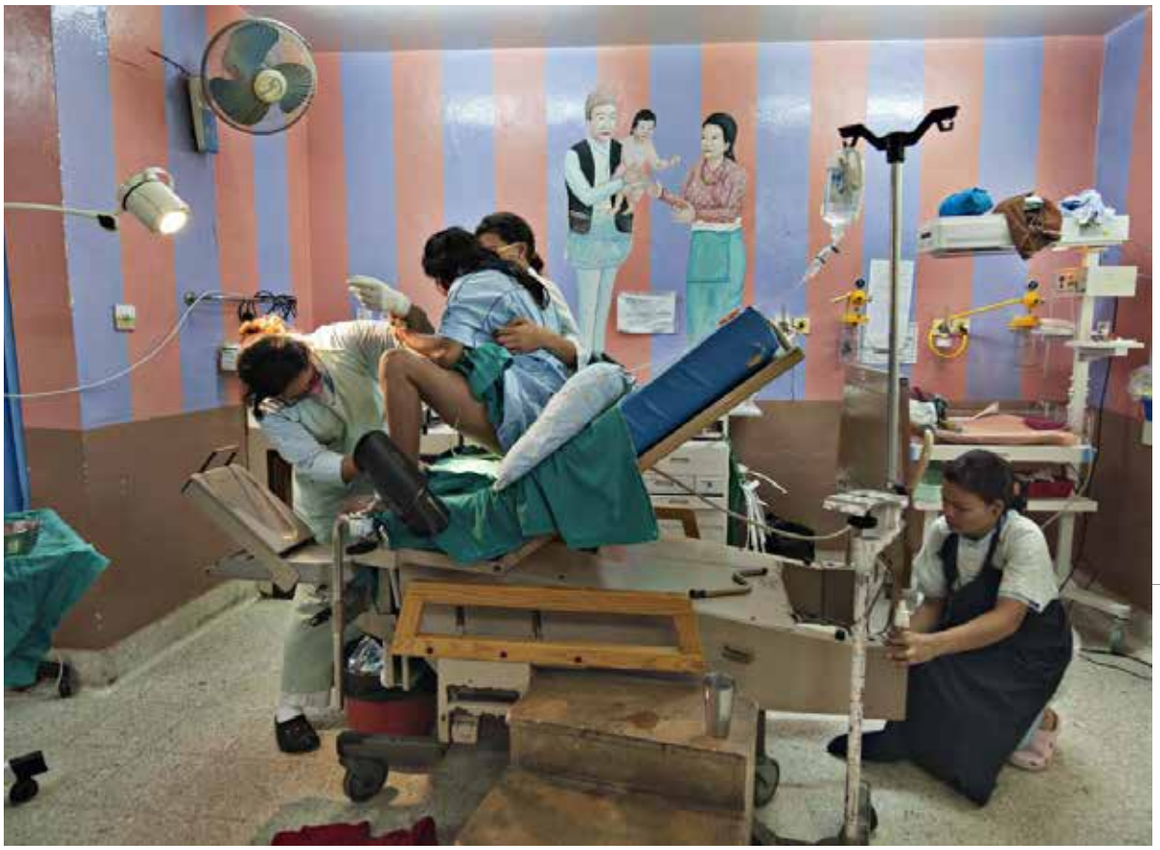
Spedbarns-dødelighet*	Mødre-dødelighet**
52	420

Hawassa University Hospital, Awassa, Etiopia, september 2013

Nysgjerrige: I gangen på fødeavdelingen samler vordende fedre seg. Oppmerksomheten rettes mot plansjene på veggen. Ingen er med konene sine, som er inne til ultralyd.

Kontroll: 25 år gamle Shaopin venter sitt tredje barn. Det vil bli forløst ved keisersnitt. Sammen med lege Nardas Temesgen får førsteårspraktikant Mebtu opplæring i ultralyd. Hawassa University Hospital ligger i byen Awassa, 275 kilometer fra hovedstaden Addis Abeba.

Katmandu University Hospital, Dhulikhel, Nepal, oktober 2013



Hyl: Kabifu Shresthu presser. Rommet fylles av lyd. De tre fødselshjelperne beroliger så godt de kan. De er der under hele utdrivningsfasen, under selve forløsningen er de fire. Egentlig ville jordmor hatt beina hennes opp i skinner. Men mutterne er rustet fast, og lar seg ikke justere.

Lettelse: Etter nesten to timer på fødestua blir Kabifu Shresthu mamma for første gang. Med ett er atmosfæren i rommet endret fra anspent til avslappet. Jordmoren løfter opp den lille jenta på 2 850 gram. Mamma Kabifu Shresthu er kommet langveisfra. Hun er alene på sykehuset, som ligger 30 kilometer utenfor Katmandu.

Fakta

Nepal

Nepal er et fattig land og den politiske situasjonen har i en årrekke vært ustabil. I juni 2008 ble landet republikk, men arbeidet med en ny grunnlov trekker ut.
Hovedstad: Katmandu.
Innbyggertall: 27,8 mill.
Levealder: 69 år

Spedbarns-dødelighet *	Mødre-dødelighet **
39	190

Fakta

Norge

Norge er et rikt land med høy levestandard og et solid velferdssystem.
Hovedstad: Oslo.
Innbyggertall: 5,05 mill.
Levealder: 81 år

Spedbarns-dødelighet *	Mødre-dødelighet **
3	4

Akershus universitetssykehus, Lørenskog, Norge, oktober 2010

Med pappa: For 20 sekunder siden fødte Laila Mørch sitt fjerde barn. I en moderne fødeseng i en splitter ny fødestue. Fødselen har vært krevende. Underveis ble fostervannet misfarget og fosterlyden svakere. Men nå er det over. Theo Kristoffer veier 4450 gram. Pappa Morten Edvardsen har vært med hele veien.

Fakta

Libanon

Libanon var et fredelig land til begynnelsen av 1970-tallet. De store leirene for palestinske flyktninger i Sør-Libanon ble utgangspunkt for den palestinske frigjøringskampen. Dette var en medvirkende årsak til at brøt ut krig mellom vestlig, Israel-vennlige kristne og radikale muslimske grupperinger i 1975. Borgerkrigen i Libanon varte i femten år.
Hovedstad: Beirut
Innbyggertall: 4,4 mill.
Levealder: 73 år

Spedbarns-dødelighet *	Mødre-dødelighet **
8	9

Mounla Hospital, Tripoli, Libanon, august 2006

Framvisning: Mustafa blir født seks dager før våpenhvilen mellom Libanon og Israel trer i kraft. Han er Omar og Nohas første barn. Under fødselen står Omar, Noahs mor og søster på gangen. Via høyttalere hører de hele forløsningen. Når Mustafa er ute, blir det vill jubel og trampeklapp. Omar detter i armene på svigermor og begynner å grine. Ti minutter etterpå blir Mustafa kjørt over gangen, vasket og stelt. Familien får se ham gjennom en glassrute, før han bæres inn til moren.

Tripoli, Libanon, august 2006

Hjemreise: Dagen etter drar Omar, Noah og Mustafa hjem fra sykehuset til lyden av israelske droner. Omar sier at hans eneste håp er at Mustafa skal få vokse opp i et land uten krig.

El Minieh, Libanon, april 2013

Lek: Mustafa (til h.) er en energisk 6-åring. Han har fått 3 yngre søsken. Her med broren Muhammad.

– En god jordmor redder liv

VERDEN: Fremdeles dør altfor mange mødre. Johanne Sundby mener verden lukker øynene.
De viktigste årsakene til mødredødelighet er illegale aborter, fødsler som stopper opp, blødninger, svangerskapsforgiftning og sepsis. Universell rett til abort før 12. svangerskapsuke er likevel ikke med på listen over FNs tusenårsmål. Det er altfor kontroversielt. Johanne Sundby, gynekolog og professor i samfunnsmedisin, mener man fratar kvinner rett til å bestemme over seksualliv og reproduksjon.

– Studier viser at ressurssterke kvinner får trygg abort hvor som helst. De fattigste får det ikke. De må gjøre det illegalt, og der det er ulovlig og farlig, venter kvinnene lengst og faren for komplikasjoner øker. Det er et uløst kvinneproblem.

REDUKSJON. Mødrehelse viser en grotesk forskjell mellom rike og fattige land. For kvinner i utviklingsland er komplikasjoner ved svangerskap og fødsel viktigste dødsårsak. De fattigste, de som bor i slummen, er analfabeter, har funksjonshemninger eller er etniske minoriteter er mest utsatt. 99 prosent av alle kvinner som dør i forbindelse med svangerskap og fødsel kommer fra utviklingsland. De fleste av dem dør fordi de ikke har tilgang til basal helsehjelp. Å redusere dette tallet er ett av FNs tusenårsmål.

Nedfelt i år 2000, som en bursdagsgave til jordens innbyggere, skulle åtte mål redusere verdens fattigdom, blant annet gjennom å redusere dødeligheten blant gravide og fødende med tre firedeler mellom 1990 og 2015.

> **«Man har vært mer opptatt av å nå målene enn kvaliteten på tilbudet de fødende har fått.»**
> Johanne Sundby

I 1990 var det 440 dødsfall per 100 000 fødsler i utviklingsland. 20 år senere, i 2010, var tallet 210. Det er en halvering, men langt fra målet. Ved inngangen til 2015 er mødredødeligheten det tusenårsmålet som er lengst unna oppfyllelse.

KVALITET. Johanne Sundby mener tusenårsmålene har hatt en viss effekt fordi de er så eksplisitte.

– Men jeg er usikker på hvor stor den varige effekten er fordi oppmerksomheten ikke har vært mot å bygge opp en grunnleggende helsetjeneste for å ivareta innbyggernes behov, sier hun.

– Man har vært mer opptatt av å nå målene, som for eksempel å få flere kvinner til å føde på sykehus. At det tallet har økt, sier ikke noe om kvaliteten på tilbudet de har fått. Vi vet ikke om deres erfaringer er gode eller dårlige, og om kvinner også i fremtiden vil oppsøke helsehjelp.

RESPEKT. Sundby mener det som redder liv er en god jordmor som får anstendig lønn og veiledning så hun blir værende i jobben, og med tilgang til basale hjelpemidler som antibiotika og oksytoksin.

– Og kvinnene må bli behandlet med respekt og barna med mykhet. Det er vi vant med i Norge, men det er ingen selvfølge i mange land. Det kan være en utfordring at de som blir utdannet til jordmødre blir en slags «overklasse», og det påvirker hvordan de forholder seg til «underklassen». Lav bemanning, mangel på ressurser og utstyr gjør at de blir slitne og stresset. Jeg har vært steder der folk har sagt om sykehuset «if you go there they slap you and they yell at you». Det er lett å lage prosedyrer på teknisk kvalitet, som hvor bredspektret antibiotika som skal brukes. Det er ikke like lett å lage regler for relasjoner mellom mennesker. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilde: J Sundby: Tusenårsmål 5 – reduksjon av mødredødelighet, Tidsskrift for Den norske legeforening, 22/2009
B Austveg og J Sundby: Reproduktiv helse – tusenårsmålet lengst fra oppnåelse, Tidsskrift for Den norske legeforening, 19/2011
S O Lie, D Gulati, H Sommerfelt, J Sundby: Tusenårsmålene for helse – rekker vi dem innen 2015?, Tidsskrift for den norske legeforening, 19/2011FN-sambandetNorad

Økologisk fotavtrykk:

Hvis alle mennesker på Jorden skulle ha samme forbruk som en gjennomsnittlig innbygger i **Burundi** ville vi trenge **0.5 jordkloder.**

Hvis alle mennesker på Jorden skulle ha samme forbruk som en gjennomsnittlig innbygger i **Etiopia** ville vi trenge **0.6 jordkloder**

Hvis alle mennesker på Jorden skulle ha samme forbruk som en gjennomsnittlig innbygger i **Libanon** ville vi trenge **1.6 jordkloder.**

Hvis alle mennesker på Jorden skulle ha samme forbruk som engjennomsnittlig innbygger i **Norge** ville vi trenge **3.1 jordkloder.**

Hvis alle mennesker på Jorden skulle ha samme forbruk som en gjennomsnittlig innbygger i **Nepal** ville vi trenge **2 jordkloder.**

Hvis alle mennesker på Jorden skulle ha samme forbruk som en gjennomsnittlig innbygger i **Sudan** ville vi trenge **0.9 jordkloder.**

FNs tusenårsmål

1. Utrydde ekstrem fattigdom og sult
2. Sikre utdanning for alle
3. Styrke kvinners stilling
4. Redusere barnedødeligheten. Undermål: Redusere dødeligheten for barn under fem år med to tredjedeler innen 2015.
5. Redusere svangerskapsrelatert dødelighet
Undermål: Redusere dødeligheten blant gravide og fødende med tre firedeler. Sikre universell tilgang til reproduktive helsetjenester
6. Stoppe spredning av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer
7. Sikre miljømessig bærekraftig utvikling
8. Bygge et globalt partnerskap for utvikling

Kilde: FN-sambandet

– Fri abort for kontroversielt

ENIGHET: – Mødredødelighet og helsetjenester for gravide er noe av det som har hatt minst framgang, sier Rune Arctander, assisterende generalsekretær ved FNs informasjonskontor i Norge.

– Gjennomgående er det de målene som angår kvinner rettigheter og likestilling som har dårligst framgang. Dette innebærer indikatorer som spedbarnsdødelighet, jenters tilgang til skole samt kvinners deltakelse i arbeidsliv og politikk.

VANSKELIG. Arctander sier reproduktiv helse er vanskelig å måle.

– Det har heller ikke blitt gjort noen spesiell innsats for å oppnå mer på dette feltet. Her er utfordringene klart politiske. For å lykkes, må arbeid med reproduktiv helse og rettigheter gis mer oppmerksomhet, ikke minst økonomisk og politisk støtte.

Han mener det å få verdenssamfunnet til å samle seg om noen tiltak har hatt stor effekt.

– Det å få systematisk rapportering og dokumentasjon på framgang, gjør at man får fram de tiltakene som fungerer, og man kan få bedre grep om hvilke virkemidler som må tas i bruk for å endre det som ikke fungerer.

Arctander legger til at den politiske forpliktelsen og økonomiske støtten gjør at FNs generalsekretær Ban Ki-moon sier dette er verdens mest vellykkete kampanje for å redusere fattigdom.

FALLGRUVER. Arctander sier noe av kritikken mot tusenårsmålene nettopp er at enkeltland blir fristet til å gjøre tiltak for å komme bedre ut på statistikken heller enn å få utviklingen i riktig retning.

– Det er et problem. Men vi kan nå dokumentere, etterprøve og stille land til ansvar for de tiltakene de gjør. Det er definitivt et steg i riktig retning. Når man nå forhandler i FN om videre utviklingsmål etter 2015 er man mer oppmerksom på disse «fallgruvene» og har kvalitet på skoletilbudet, helsetjenestene og varig utvikling som et tema høyere opp på agendaen, sier han.

«Gjennomgående er det de målene som angår kvinner rettigheter og likestilling som har dårligst framgang.»
Rune Arctander

DRAGKAMP. Abort er en av de viktigste årsakene til at kvinner dør i forbindelse med svangerskap. Men rett til fri abort står ikke eksplisitt i tusenårsmålene.

– Alle FNs medlemsland har skrevet under tusenårsmålene, og gitt et løfte om å nå disse. Da står valget mellom å få med både konservative land som er sterkt mot rett til fri abort, eller å moderere språk og målsettinger til universelle mål som alle kan jobbe for og mot, påpeker Arctander.

– Det pågår en sterk dragkamp innad i FN-systemet i utviklingen av nye bærekraftsmål, og det vil bli spennende å se hvor progressive de nye målene innenfor seksuelle og reproduktiv helse blir.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Mødre-dødelighet

En kvinnes dødsfall under graviditet eller innen 42 dager etter fødsel, uavhengig av svangerskapslengde, som har blitt direkte forårsaket av eller kan knyttes til graviditeten eller hvordan den er blitt behandlet.

Kilde: Norad

Historisk enighet

- Alle i FN: Åtte konkrete mål for å bekjempe fattigdom og sult ble vedtatt på tusenårstoppmøtet i 2000 og nedfelt i Tusenårserklæringen. I tillegg til de 8 hovedmålene er det 21 delmål og 60 indikatorer.
- De fleste skal være oppfylt innen 2015.
- Alle de 193 landene som er med i FN har skrevet under på Tusenårserklæringen. Det er første gang alle landene er blitt enige om felles mål for å bekjempe fattigdom.

Kilde: FN-sambandet

Norges tusenårsmål

- Norge har valgt å markere seg spesielt i målene som angår helse, de såkalte helsemålene. Tusenårsmål 4, om redusert barnedødelighet, tusenårsmål 5 om kvinners helse i forbindelse med svangerskap og tusenårsmål 6 om å bekjempe farlige sykdommer.
- Tusenårsmål 2 om grunnskole for alle barn er også viktig, og i tillegg ser Norge på tusenårsmål 3 om å styrke kvinners stilling som en gjennombruddsstrategi for alle tusenårsmålene.

Kilde: Utenriksdepartementet

– En veldig kontrast

JORDEN RUNDT: – Å ta bilder av fødsler er helt fantastisk, sier fotograf Ken Opprann.

Han har tatt bildene fra Nepal, Burundi, Etiopia, Sør-Sudan og Libanon.

– Det er en veldig kontrast fra det vakre i å se et nytt liv til det kaotiske livet som ofte hersker utenfor sykehuset.

Opprann går via leger og annet helsepersonell når han spør om å få ta bilder.

– Jeg prøver å være var og er redd for å tråkke feil, selv om jeg kanskje har gjort det. Sier heller nei til å ta et bilde dersom jeg opplever å være i en etisk gråsone.

Særlig i Afrika kan det å være hvit mann med kamera oppleves litt utfordrende.

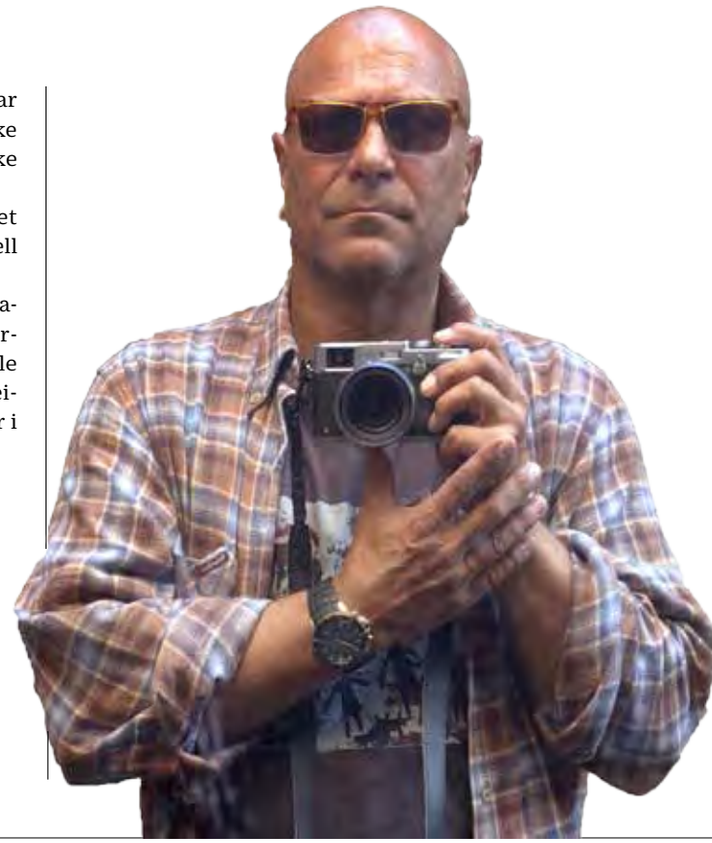
– Men for eksempel i Libanon kunne jeg gjerne vært med inn under fødselen. Både mor og far sa det var greit, men det var ikke kultur for å gjøre det. Heller ikke far fikk være med inn.

Han trekker frem keisersnittet i Yei i Sør-Sudan som en spesiell opplevelse.

– Det var en veldig varm operasjonsstue og jeg var ikke helt forberedt på at de skulle åpne hele henne. Det var et voldsomt keisersnitt i forhold til hva de gjør i Norge. ●

nina.hernes@sykepleien.no

«Jeg prøver å være var og er redd for å tråkke feil.»
Ken Opprann



Dramatisk bare en gang

INGEN ANGRER: En spesiell jobb, sier Eva Rose Furmyr om sin egen virksomhet. Hun har fotografert nesten 40 fødsler i Norge. De fleste har vært på jobb for bladet Gravid. Men de siste tre årene har flere private tatt kontakt.

– Mange kan være litt bekymret i begynnelsen, men utover i fødselen synes de det er trygt.

Det er ingen som har angret og bedt henne avbryte.

– Men man må ha sosiale antenner. Jeg venter aldri på at en av foreldrene skal be meg ta en pause, jeg går ut selv. De må få pusterom.

Alle som har vært fotografert til Gravid, har selv tatt kontakt. Bladet har annonser der de henvender seg til gravide som har lyst til å bli tatt bilde av når de føder. De får fotografiene gratis.

«Man må ha sosiale antenner.»
Eva Rose Furmyr

Eva Rose Furmyr har opplevd dramatikk én gang.

– Babyen fikk navlestrengen to ganger rundt halsen. Det var for seint for keisersnitt, så fem leger satt på magen til moren for å få ungen ut. Hjerterytmen til både mor og barn sank, og moren mistet bevisstheten. Jeg var ganske sikker på at jeg kom til å oppleve død. Da la jeg fra meg kameraet og bare satt der. Sånt skal man ikke ta bilde av. Heldigvis gikk det bra. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Afrikanske musikere sprer smittevern og håp gjennom musikk

AFRICA STOP EBOLA heter sangen som noen av Afrikas mest kjente musikere står bak. Blant andre deltar Amadou & Mariam, Salif Keita, Oumou Sangaré og Kandia Kouyaté fra Mali, Mory Kante og Sia Tolno fra Guinea, Tiken Jah Fakoly fra Elfenbenskysten, Barbara Kanam fra Kongo og Didier Awadi fra Senegal.

I sangen oppfordrer de folk til å stole på leger, ikke ta på syke eller døde og holde god hygiene. Ifølge The Guardian har tekstforfatter Carlos Chirinos to mål med teksten: Å gjenoppbygge folks tillit til sitt lands helsevesen og å spre håp.

Sangen kan kjøpes på iTunes og inntektene går til Leger uten grenser.

Turnus påvirker sykefravær

Tekst **Susanne Dietrichson**

TURNUS, SØVN OG HELSE: En ny norsk studie, utført av Torbjørn Flataker Lien og medforfattere, viser en klar sammenheng mellom å gå treskift-turnus og antall sykefraværsdager blant kvinnelige sykepleiere.

SPØRREUNDERSØKELSE. Artikkelen, som er publisert i Sykepleien Forskning nr. 4–2014, er basert på tverrsnittsdata fra 1464 sykepleiere, hentet fra en større norsk spørreskjemaundersøkelse om skiftarbeid, søvn og helse (SUSSH). Tverrsnittsstudien er støttet av Norsk Sykepleierforbund og deltakerne i studien valgt fra medlemsarkivet.

Forskerne undersøkte forskjeller mellom sykepleiere i fast dagskift, fast nattskift og treskiftturnus med hensyn til sykefravær, jobbtilfredshet, alder og hvor mange år de hadde jobbet som sykepleiere. Også høyde og vekt, hjemmeboende barn og alkohol- og røykevaner var faktorer som ble tatt med i betraktningen.

ARBEIDSTID. Spørreskjemaet hadde seks svaralternativer om arbeidstidsordninger: Bare dag, bare kveld, både dag og kveld, bare natt, treskift-turnus og annen ordning. Spørsmålene om sykefravær ble formulert på følgende måte: «Har du hatt sykefravær de siste tolv månedene som skyldes egen sykdom, ja eller nei? Hvis ja ble deltakerne bedt om å anslå samlet fravær de siste tolv månedene. Om jobbtilfredshet skulle deltakerne si seg enige eller uenige i en rekke påstander fra «De fleste dager trives jeg med jobben min» til «Jeg synes jobben min er ganske ubehagelig».

FUNN. 1464 kvinner og menn som jobber enten bare dag, bare natt eller treskift-turnus og ble inkludert i studien. Delfunn var blant annet at gjennomsnittsalderen var høyere for kvinner som jobbet dagskift enn for dem som jobbet treskiftturnus og fast nattskift. En større andel av kvinnene som jobbet fast dagskift enn kvinnene i de andre skiftgruppene, hadde også barn boende hjemme. Mannlige sykepleier som jobbet treskift-turnus hadde arbeidet færre år som sykepleier enn menn i de andre skiftordningene. Kvinnelige sykepleiere som gikk fast nattskift meldte om lavere jobbtilfredshet enn det som var tilfelle i de andre skiftgruppene. Et annet funn var at de som arbeidet nattskift hadde et lavere alkoholforbruk enn de andre gruppene, mens røyking og høyde og vekt var likt fordelt i de tre skiftgruppene.

SAMMENHENG. Hovedfunnet i studien var at antall sykefraværsdager siste år blant kvinner var signifikant høyere i gruppen som jobbet treskift-turnus. Man fant også en tydelig sammenheng mellom jobbtilfredshet og sykefravær. Forskerne mener det er umulig å gi en årsaksforklaring på hvorfor man finner en sammenheng mellom sykefravær og treskift-turnus. Men de nevner kortere restitusjon mellom vaktene og større vansker med å tilpasse fritid og arbeid som to av flere mulige medvirkende årsaker.

Sykepleien Forskning

Se mer

Les hele forsknings-artikkelen i Sykepleien Forskning 4–2014

sorbact®
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier[1]
- Kan brukes på alle typer sår[1]
- Sikkert og dokumentert[1]
- Ingen fare for resistensutvikling[1]
- Ingen miljøpåvirkning[1]
- Økonomisk i bruk[1]

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.

abigo

ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com

RIKS TEATRET

NATTEN ER DAGENS MOR

Av **Lars Norén.** Oversatt av **Arne Lygre.**

Ellen Horn takker for seg som teatersjef i familiedrama med datteren Kjersti Horn i registolen.

En klassiker om skam, håp og kjærlighet.

«Fra teatersjef til skuespiller». Introduksjon ved Ellen Horn i foajeen før forestillingsstart.

25/2 Arendal	9/3 Jessheim	24/3 Os
26/2 Risør	12/3 Namsos	25/3 Bømlo
28/2 Skien	13/3 Steinkjer	26/3 Stord
1/3 Horten	14/3 Stjørdal	8/4 Tromsø
2/3 Nøtterøy	15/3 Melhus	10/4 Harstad
3/3 Drammen	17/3 Oppdal	11/4 Narvik
4/3 Vikersund	18/3 Molde	15/4 Kristiansand
5/3 Ål	19/3 Ålesund	16/4 Lyngdal
7/3 Lillehammer	20/3 Nordfjordeid	17/4 Sandnes
8/3 Hamar	22/3 Førde	18/4 Haugesund

Med Ellen Horn, Terje Strømdahl, Emil Johnsen og Glenn André Kaada. Regissør Kjersti Horn. Produsert av Nationaltheatret og Riksteatret.

20 % rabatt til medlemmer av Sykepleierforbundet.
Billetter kjøpes på ditt lokale kulturhus.
www.riksteatret.no

K S

DNB NATIONAL THEATRET

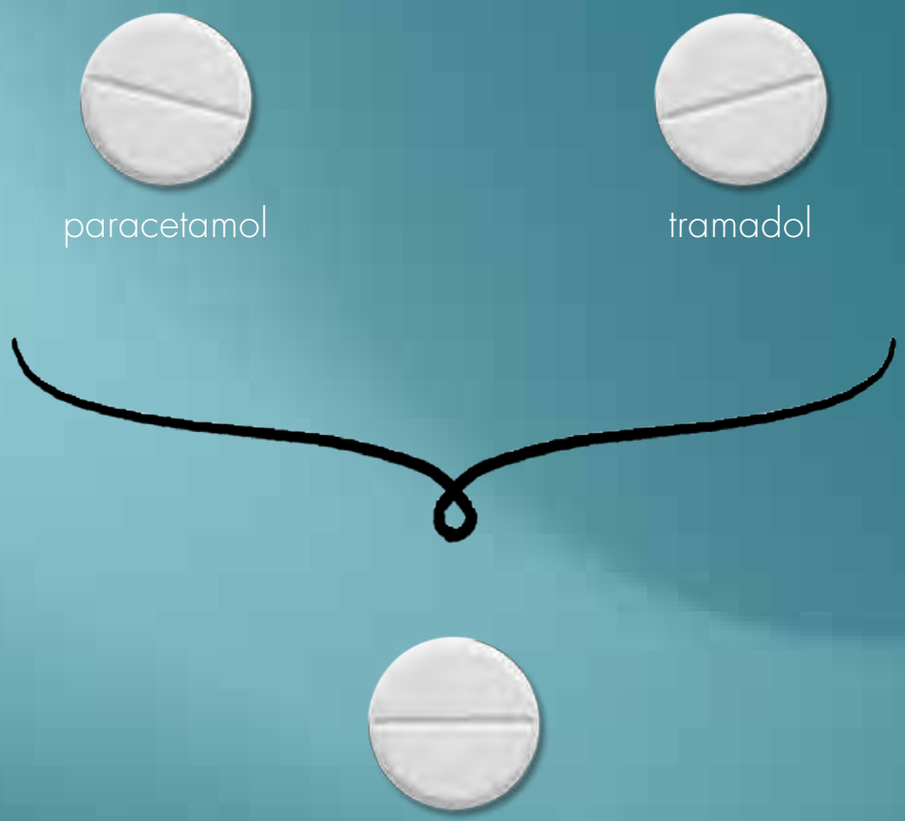
Trampalgin «Weifa»
Analgetikum. *ATC-nr.: N02A X52* B

TABLETTER *37,5 mg/325 mg:* *Hver tablett inneh.:* Tramadol 37,5 mg, paracetamol 325 mg, hjelpestoffer.
Indikasjoner: Moderate til sterke smerter.
Dosering: ***Voksne og ungdom >12 år:*** For pasienter med moderate til sterke smerter hvor kombinasjonen tramadol og paracetamol vurderes som nødvendig. Dosen bør justeres iht. individuell grad av smerter og følsomhet. Generelt bør laveste effektive analgetiske dose velges. Anbefalt startdose er 2 tabletter. Ytterligere doser på 1-2 tabletter tas etter behov, totaldosen må ikke overskride 8 tabletter daglig (tilsv. 300 mg tramadol og 2600 mg paracetamol). Doseringsintervallet bør være minst 6 timer. Skal ikke brukes over lengre tid enn absolutt nødvendig. Hvis gjentatt bruk eller behandling over lengre tid er nødvendig, bør nøye og regelmessig oppfølging (med opphold i behandlingen, hvis mulig) utføres. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Bør ikke brukes ved alvorlig nyresvikt (kreatininclearance <10 ml/minutt). Ved nyre- og/eller leversvikt er tramadoleliminasjonen forsinket. Hos disse pasientene bør en økning av doseringsintervallet vurderes nøye iht. behov. *Barn <12 år:* Anbefales ikke, da sikkerhet og effekt ikke er etablert. *Eldre:* Dosejustering er vanligvis ikke nødvendig hos eldre ≤75 år uten klinisk manifestert lever- eller nyresvikt. Hos eldre >75 år kan eliminasjonen forlenges. Om nødvendig skal derfor doseringsintervallet økes iht. behov. ***Administrering:*** Tas med eller uten mat. Skal svelges hele, med tilstrekkelig mengde væske.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Akutt forgiftning med alkohol, hypnotika, sentralvirkende analgetika, opioider eller psykofarmaka. Pågående behandling eller behandling med MAO-hemmere de siste 14 dager. Alvorlig leversvikt. Epilepsi som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved behandling. **Forsiktighetsregler:** Maks. dose på 8 tabletter daglig skal ikke overskrides. Pasienten bør underrettes om å ikke bruke andre preparater som inneholder paracetamol (inkl. reseptfrie) eller tramadol samtidig. Skal ikke brukes ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Risikoen for paracetamoloverdose er større ved ikke-cirrhotisk alkoholisk leversykdom. I moderate tilfeller bør forlengelse av doseintervall vurderes nøye. Preparatet er ikke anbefalt ved alvorlig lungesvikt. Preparatet er uegnet som substitusjonsbehandling hos opioidavhengige. Tramadol kan ikke undertrykke symptomer på morfinabstinens, selv om det er en opioidagonist. Kramper er rapportert hos tramadolbehandlede pasienter som er disponert for kramper eller som tar andre legemidler som senker krampeterskelen, spesielt selektive SSRIer, TCA, antipsykotika, sentralvirkende analgetika eller lokalanestetika. Epileptikere under kontrollert behandling og pasienter med risiko for krampeanfall, bør bare behandles med preparatet hvis det er strengt nødvendig. Risikoen for kramper øker når tramadoldosen overskrider anbefalt øvre dose. Samtidig bruk av legemidler som har en blandet agonist/antagonistprofil (buprenorfin, nalbufin, pentazocin) anbefales ikke. Preparatet bør brukes med forsiktighet ved opioidavhengighet, kranieskader, tilbøyelighet til krampelidelse, galleveissykdom, sjokktilstand, nedsatt bevissthetstilstand av ukjent årsak, problemer som påvirker åndedrettssenteret eller åndedrettsfunksjonen, eller ved forhøyet intrakranielt trykk. Paracetamoloverdose kan forårsake leverforgiftning hos enkelte. Abstinenssymptomer, lignende de som oppstår ved opioidseponering, kan forekomme. Bruk av tramadol under generell anestesi med enfluran og nitrogenoksid kan øke risikoen for intraoperativ oppvåkning. Inntil ytterligere kunnskap er tilgjengelig, bør bruk under lett anestesi unngås.
Interaksjoner: Tramadol kan indusere kramper og øke risikoen for kramper forårsaket av selektive SSRIer, SNRIer, TCA, antipsykotika og andre legemidler som senker krampeterskelen (bupropion, mirtazapin, tetrahydrocannabinol). Samtidig terapeutisk bruk av serotoninerge midler, som SSRIer, SNRIer, MAO-hemmere, TCA, triptaner og mirtazapin, kan forårsake serotonintoksisitet. Det er sannsynlig at serotoninergt syndrom foreligger dersom ett av følgende observeres: Spontan klonus, induserbar eller okulær klonus med agitasjon eller diaforese, tremor og hyperrefleksi, hypertoni og kroppstemperatur >38°C, samt induserbar eller okulær klonus. Seponering av det serotoninerge preparatet medfører vanligvis rask bedring. Behandlingen avhenger av symptomer og alvorlighetsgrad. Alkohol øker den sedative effekten av opioidanalgetika. Effekten på oppmerksomhet/våkenhet kan medføre at det er farlig å bruke kjøretøy eller maskiner. Inntak av alkoholholdig drikke eller legemidler som inneholder alkohol bør unngås. Samtidig eller tidligere administrering av karbamazepin og andre enzyminduserende legemidler fører til lavere plasmakonsentrasjoner av tramadol, og kan derfor redusere den smertestillende effekten og forkorte virketiden. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har en blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfin, nalbufin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres pga. kompetitiv reseptor-blokkering. Andre opioidderivater, benzodiazepiner og barbiturater øker risikoen for respirasjonsdepresjon som i tilfeller av overdosering kan være fatal. Andre midler som virker på sentralnervesystemet, som andre opioidderivater (inkl. antitussiva og substitusjonsbehandling), barbiturater, benzodiazepiner, andre anxiolytika, hypnotika, antidepressiver, sedative antihistaminer, nevroleptika, antihypertensiver som virker sentralt, talidomid og baklofen kan forårsake økt hemming av sentralnervesystemet. Effekten på reaksjonsevnen kan gjøre bilkjøring og bruk av maskiner risikabelt. Ved samtidig bruk av tramadol/paracetamol og kumarinderivater som warfarin, bør det foretas regelmessig evaluering av protrombintiden pga. rapporter om økt INR. Andre CYP 3A4-hemmere, som ketokonazol og erytromycin, kan teoretisk hemme metabolismen av tramadol, og også den aktive metabolitten. Den antiemetiske 5-HT_3-antagonisten ondansetron kan øke behovet for tramadol hos pasienter med postoperativ smerte. Absorpsjonshastigheten av paracetamol kan økes av metoklopramid eller domperidon, og absorpsjonen kan reduseres av kolestyramin.
Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Epidemiologiske studier hos gravide har ikke vist skadelige effekter av paracetamol brukt i anbefalte doser. Dyrestudier med tramadol viste, ved svært høye doser, effekter på organutvikling, bendannelse og neonatal mortalitet. Teratogene effekter ble ikke observert. Tramadol passerer placenta. Tramadol gitt før/under fødsel har ingen innvirkning på livmorens kontraksjonsevne. Hos nyfødte kan det medføre endringer i respirasjonsfrekvensen, noe som vanligvis ikke er klinisk relevant. Langtidsbruk under graviditet kan føre til seponeringssymptomer hos den nyfødte. Sikkerheten ved bruk av tramadol under graviditet er ikke klarlagt da erfaringen er utilstrekkelig. Preparatet skal derfor ikke brukes under graviditet. *Amming:* Paracetamol går over i morsmelk, og det er estimert at <2% av dosen kan overføres til det diende barnet. Det er ikke rapportert uønskede effekter av paracetamol på barn som ammes. Tramadol og dets metabolitter er funnet i små mengder i human brystmelk. Omtrent 0,1% av dosen går over i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amming. Etter 1 enkeltdose er det vanligvis ikke nødvendig å avbryte ammingen.
Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Svimmelhet, søvnighet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, munntørrhet, diaré, abdominalsmerter, dyspepsi, flatulens. Hud: Svetting, kløe. Nevrologiske: Hodepine, tremor. Psykiske: Forvirring, skiftende sinnsstemning (uro, nervøsitet, eufori), søvnforstyrrelser. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Dysfagi, blod i avføringen. Hjerte/kar: Hypertensjon, palpitasjoner, takykardi, arytmi. Hud: Hudreaksjoner (utslett, urticaria). Lever/galle: Økning i levertransaminaseverdier. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Ufrivillige muskelkontraksjoner, parestesi, tinnitus. Nyre/urinveier: Albuminuri, blæretømmingsforstyrrelser (dysuri og urinretensjon). Psykiske: Depresjon, hallusinasjoner, mareritt, hukommelsestap. Øvrige: Skjelving, hetetokter, brystsmerter. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Nevrologiske: Ataksi, krampeanfall. Psykiske: Avhengighet. Øye: Tåkesyn. *Svært sjeldne (<1/10 000):* Øvrige: Misbruk. Ukjent: Selv om det ikke er observert i kliniske studier, kan forekomst av følgende bivirkninger ikke utelukkes: Tramadol: Postural hypotensjon, bradykardi, kollaps. Sjeldne tilfeller av allergiske reaksjoner med respiratoriske symptomer (f.eks. dyspné, bronkospasme, tungpustethet, angionevrotisk ødem, respirasjonsdepresjon) og anafylaksi, appetittforandringer, motorisk svakhet, humørsvingninger, endringer i aktivitet og forandring i kognitiv og sensorisk evne. Forverring av astma er rapportert, men kausal sammenheng er ikke etablert. Seponeringssymptomer kan oppstå: Agitasjon, angst, uro, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, tremor og gastrointestinale symptomer. Svært sjeldne tilfeller av panikkanfall, alvorlig angst, hallusinasjoner, parestesi, tinnitus og uvanlige symptomer fra sentralnervesystemet kan opptre ved brå seponering. Sjeldne tilfeller av endringer i warfarineffekt er rapportert, inkl. stigning i protrombintiden. Paracetamol: Bivirkninger er sjeldne, men overfølsomhet, inkl. hudutslett, kan forekomme. Bloddyskrasi, inkl. trombocytopeni og agranulocytose er rapportert. Enkelte rapporter indikerer at paracetamol kan gi hypoprotrombinemi når det administreres sammen med kumarinderivater som warfarin.
Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for tramadol N02A X02 side d og paracetamol N02B E01 side d.
Egenskaper: *Klassifisering:* Tramadol er et sentraltvirkende opioidanalgetikum. Den analgetiske effekten av paracetamol kan involvere sentrale og perifere effekter. *Virkningsmekanisme:* Tramadol: Ikke-selektiv ren agonist på μ-, δ- og κ-opioidreseptorer, med en høyere affinitet til μ-reseptorer. Paracetamol: Sentral og perifer analgetisk effekt, antipyretisk effekt via varmereguleringssenteret i hypothalamus. *Absorpsjon:* Tramadol: >90%. Påvirkes ikke av fødeinntak. Biotilgjengelighet ca. 75% av enkeltdose. Paracetamol: Raskt og nær fullstendig. C_{max} nås innen 1 time. *Proteinbinding:* Tramadol: 20%. Paracetamol: Ubetydelig. Fordeling: Tramadol: Høy vevsaffinitet. Paracetamol: Distribueres raskt og fordeles til de fleste vev. Distribusjonsvolum: Paracetamol: Ca. 1 liter/kg. *Halveringstid:* Tramadol: Ca. 6-7 timer ved normal lever- og nyrefunksjon. Paracetamol: 2-3 timer. Halveringstiden kan forlenges ved toksiske doser eller ved leverskade. *Metabolisme:* Tramadol: Tramadol metaboliseres hovedsakelig via N- og O-demetylering og ved konjuge ring av O-demetyleringsproduktene med glukuronsyre. Paracetamol: Metaboliseres hovedsakelig til glukuronider og sulfatkonjugater i lever. En mindre fraksjon konverteres av en cytokrom P-450-avhengig oksydase til en svært reaktiv metabolitt. Metabolitten inaktiveres raskt ved konjugering med redusert glutation og utskilles i urinen som acetylcystein- og merkaptursyre-konjugater. Glutation som beskytter mot skadelig effekt av paracetamols reaktive metabolitt blir forbrukt ved overdose. Lavt glutationinnhold i utsatte vev disponerer for organskade. *Utskillelse:* Tramadol: 90% av tramadol og dets metabolitter utskilles renalt. Paracetamol: Elimineres via nyrene, hovedsakelig som glukuronider med små mengder sulfater, merkaptat og uforandret legemiddel. <9% av paracetamol utskilles uforandret i urin. Ved nyresvikt er halveringstiden for begge virkestoffer forlenget.
Sist endret: 29.10.2013

Pakninger og priser:

Pakning	Varenummer	Pris	Refusjon
20 stk. (blister)	187231	kr. 101,80	-90
60 stk. (blister)	588446	kr. 165,20	-90

En kombinasjon du kjenner



Trampalgin™

tramadolhydrokorid 37,5 mg/paracetamol 325 mg

Nyhet i Norge!
Første tramadol kombinasjonspreparat

Ved moderate til sterke smerter[1]

- To veletablerte virkestoffer kombinert i én tablett
- Effektiv i lavere styrker, for pasientens skyld

Ref. 1. Godkjent preparatomtale

Weifa AS, Østensjøveien 27, 0661 Oslo, www.weifa.no

Lindrende nærvær

Lovisenberg, Oslo. Alle skal dø. Men de færreste snakker om det. For noen er det jobben.

Tekst **Kristin Horn Talgø** ● Foto **Erik M. Sundt**

En kjøkkenkrok med blå treskap. Lukten av morgenkaffe iblandet lukten av desinfeksjonsmiddel. Og noe underliggende. Noe udefinerbart. Mer en følelse enn en lukt. På veggen henger et abstrakt bilde i rød og blå farger med diktet «Høst» av Arild Nyquist.

På en myr
To gamle står
Holder omkring hverandre
Vil ikke dø alene

KVALMEBØLGER. Tone går bortover gangen. Stopper ved en dør og banker på før hun går inn.

– Hei Leif, hvordan går det med deg?

Leif reiser seg fra sengen og trekker en lyseblå ulljakke over de tynne skuldrene. På nattbordet står to røde roser og et bilde av en smilende baby. Det tredje barnebarnet, døpt for to uker siden.

– Jeg er litt kvalm akkurat nå.

Han setter seg på sengekanten og Tone setter seg ved siden av. Hun legger en smertestillende og en kvalmenedsettende i hånden hans. Skjelvende fingre prøver å plukke opp tablettene. Treffer bare hud. Han prøver igjen. Tablettene ligger midt i hånden, men fingrene sikter på et punkt rett ved siden av. Etter tre forsøk, dekker Leif til det høyre øyet og myser. Denne gangen lykkes han.

> **«Vi må la oss berøre. Hvis ikke blir vi ikke gode pleiere.»**
> Tone Sundal, spesialsykepleier

Kvalmebølgene er kraftigere nå. Tone går ut og lar ham få litt tid for seg selv. Når det blir stille på rommet går hun inn igjen,

– Det er sikkert lurt å ta det litt rolig i dag.

Tone stryker en hånd over pannen til Leif. Skifter morfinplaster og spør hva han har lyst til å spise og hva han trenger hjelp til. Havresuppe og litt frukt, men å vaske seg klarer han selv. Før hun går, tilbyr han henne en halspastill fra glasskålen ved sengen.

Å LA SEG BERØRE. Leif har vært ved lindrende døgnenhet hos Hospice Lovisenberg i to uker. Det er en døgnenhet for alvorlig syke og døende kreftpasienter som har behov for et helhetlig avansert tilbud for smerte- og symptomlindring, pleie og omsorg. Døgnenheten har et tverrfaglig team som består av sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, klinisk ernæringsfysiolog, musikkte-

Pleie: Øyvind Gaarder hviler etter at spesialsykepleier Tone Sundal er ferdig med stellet.

Fakta

Hospice Lovisenberg

Senter for Lindring og Livshjelp består av tre enheter: Lindrende døgnenhet, Livshjelpssenteret og Kompetanseenheten. Lindrende dagbehandling er et tilbud til hjemmeboende pasienter hvor pasientene får undervisning i å mestre å leve med en alvorlig sykdom. Her får de etter behov individuell behandling av et tverrfaglig team. Det er grupper med en halvtimes trening og avspennende øvelser, samt samtalegrupper. Livshjelpsenteret disponerer en seng på Døgnenheten til ukesopphold for pasienter som trenger et kortere opphold for optimalisering av smerte- og symptomlindring.

rapeut, sekretær, kokk, sosionom og prest.

Da døgnposten startet opp for 17 år siden, var det faste plasser og pasientene kunne være så lenge de ønsket. I dag varer oppholdet ved døgnenhet i utgangspunktet i to uker, før det må vurderes om pasienten enten skal reise hjem eller på sykehjem. Dersom pasienten ønsker å få dø på døgnenheten, og det er lite sannsynlig at pasienten vil leve lenger enn tre uker, kan oppholdet bli forlenget.

Leif ønsker å få dø her. Og spesialsykepleier Tone Sundal håper han gjør det.

Tone var en av dem som startet å jobbe her da døgnenheten var ny. Etter snart to tiår har hun lært seg å lese tegnene. Bruke intuisjonen. Og intuisjonen hennes sier at nå er det ikke så lenge igjen. Det er krevende psykisk å tørre å stå i alt som måtte komme i den siste fasen av livet. Å være sterk, men samtidig å la seg berøre.

– Og vi må la oss berøre. Hvis ikke blir vi ikke gode pleiere, fastslår Tone.

TVERRFAGLIGE IDEALISTER. Tone viser vei inn i en stue. Her er det trevegger, myke stoler og tykke gardiner. Den første assosiasjonen som går gjennom hodet er stuen i en markahytte. Tone setter seg ned og lener seg litt over bordet.

– Det er kjempeviktig å se arbeid med palliativ behandling i en tverrfaglig kontekst, sier hun.

– Her er ingen supermennesker slik vi kanskje så for oss i begynnelsen. Vi var så idealistiske at det nesten ble litt for mye.

Alle som begynte å jobbe på døgnenheten ved Hospice Lovisenberg ønsket å jobbe spesifikt med lindrende behandling med pasienter og pårørende. Ved oppstarten var det stort sett sykepleiere som jobbet her, med en

Smertestillende: Spesialsykepleier Tone Sundal gir kvalmenedsettende og smertestillende tabletter til Leif Ragnar Andersen .

lege i 20 prosent stilling. Det tok tid før tilbudet ble godt kjent.

– I begynnelsen hadde vi syv pasienter, og det ble veldig tette relasjoner mellom oss og familiene. Det ble nesten for mye omsorg, men jeg fikk endelig brukt meg slik jeg ønsket som sykepleier.

DAGER PÅ HELL. Før Tone banket på hos Leif, hadde hun nettopp hatt et tverrfaglig morgenmøte. Her går de ulike yrkesgruppene gjennom hver enkelt pasient. Både den fysiske og den psykiske tilstanden. De diskuterer hvordan oppholdet har gått så langt og hvor veien går videre.

Ønsker pasienten å få dø på Hospice, hjemme, eller er sykehjem et alternativ? Hvordan er pasientens forhold til sykdommen og ikke minst sin egen forestående død? Har de pårørende forsonet seg med at de snart skal miste en av sine kjære?

Det er han som har sluttet på medisiner og

«I begynnelsen var vi så idealistiske at det nesten ble litt for mye.» Tone Sundal, spesialsykepleier

håper på å få dø fort. Det er hun som fortsatt håper på å finne en kur legene vet ikke finnes. Men hun vil så fryktelig gjerne få se barnebarnets første skoledag. Og det er hun som vet at hun ikke har lenge igjen, men som ikke vil snakke om det. Det er tøft. Ikke bare for henne selv, men også for barna hennes. De som ikke får snakket om hvordan det er at moren deres snart ikke er der mer.

CONTAINER. Å snakke om følelser er ikke alltid lett. Å snakke om følelser når du selv skal dø eller en du er glad i skal dø, det er aldri lett. Alle familier er ulike med ulik bakgrunn, opplevelser og relasjoner seg imellom, erfarer sykepleierne. I noen familier hender det at ting er avklart, mens i andre har det aldri vært snakket om følelser. Og det er viktig for døgnposten at pasienter og pårørende føler at den siste tiden tross alt ble god.

– Det finnes mange kompliserte familiestrukturer. Når den siste tiden er der, er det mange som kommer på banen og ønsker en bit av den tiden, sier enhetsleder ved Hospice Lovisenberg, Joran Slaaen.

– Vi må være en slags «container». Vi må være klare til å ta imot det som måtte komme og ikke ta aggresjon og frustrasjon personlig. Det handler ikke nødvendigvis om oss som personer, men om situasjonen.

MED HJERTET I HENDENE. Det finnes mange skrekkhistorier om å dø i smerter og mange myter knyttet til morfin. Men i løpet av 17 år

Nettverksmøte: Det er mye som må ordnes før Øyvind Gaarder skal kunne være hjemme den siste tiden. Nettverksmøte er svært viktig for å koordinere alle behov og tjenester.

har Tone bare to ganger opplevd å måtte legge pasienten i delvis søvn på grunn av smerter. Ellers har de alltid kommet i mål med smertelindringen.

Men lindrende behandling handler ikke bare om medikamenter.

– Det handler like mye om det lindrende nærværet. Det bare å være der med den vi er, også i form av stell og massasje, forteller Tone.

«Det gode stellet» har stor betydning. Å være bevisst på at pasienten skal føle seg trygg.

– Hendene er redskapene våre som sykepleiere. Vi må tenke på hvordan det er å bli holdt. Ha varme og omtanke med når vi bruker hendene.

Tone er opptatt av de betydningsfulle bagatellene. Hvor viktig det er å bli ivaretatt av personer som ser betydningen av en slurk vann, at det skal være rent, ryddig og fint på rommet. Å gni føttene, hjelpe til med hårvask, klippe negler. Kort og godt den basale gode sykepleien.

– Det er en kompetanse å vite hvor viktig det er med de små tingene som får betydning for det store bildet. Det handler om å sørge for best mulig livskvalitet. At de siste dagene skal være gode dager.

HJEM FOR Å DØ. Å dø hjemme krever god planlegging. Etter at Tone har sett at Leif har det han trenger foreløpig, gjør hun seg klar til nettverksmøte

«Vi må være klare til å ta imot det som måtte komme og ikke ta aggresjon og frustrasjon personlig.» Joran Slaaen, enhetsleder

med en av de andre pasientene. Øyvind har vært på døgnposten i snart to uker, og han ønsker å dø hjemme i sin egen leilighet. Nettverksmøtet er alfa og omega for å få tilrettelagt det.

Det vil være mye arbeid involvert i de siste dagene av Øyvinds liv. For dem som ønsker å være hjemme kan det være vanskelig å skjønne hvor mye som kreves og hvilken påkjenning det kan være for pårørende.

– Vi skal hjelpe pasienten å tåle det og hjelpe de pårørende å tåle det. Det er viktig å ha de tette samtalene og lese gjennom linjene, sier Tone.

Tone må innrømme hun er spent i forkant av dette nettverksmøtet. Det er mange forhold å ta hensyn til. Bortsett fra seg selv og legen, kommer også en kreftsykepleier fra hjemmesykepleien, en fra Fransiskushjelpen og en fra søknadskontoret som håndterer alle søknader i forbindelse med hjemmetjenesten. Og konen til Øyvind, Grethe. Sammen med

Øyvind skal de kartlegge og planlegge hvordan han skal få ønsket sitt om å dø hjemme oppfylt.

ET MØTE. Det blir trangt om plassen med seks voksne mennesker sittende i en halvsirkel rundt sengen. I sengen, støttet opp av puter, ligger Øyvind. Dampen siver opp fra den elektriske sigaretten. På bordet under TV-en ligger bladet «Jeger» og to flasker vørterøl.

– Jeg har et avklart forhold til døden. Og en avtale med Vår Herre om at Han kan komme og hente meg når han ønsker, slår Øyvind bestemt fast.

Han forteller om datteren og de to barnebarna. Den første konen som døde av kreft på 80-tallet. Og om sønnen. Sønnen som skjøt seg selv i bilen.

– Men jeg klarte å få hodet samlet. I begravelsen så det ut som han bare lå og sov med et lite smil om munnen.

Den myndige stemmer stopper brått. Ansiktet trekker seg sammen. Kinnene blir våte. Det er stille i rommet. Så stille, så stille.

– Det var det jeg ville si. Da kan dere få ordet, avslutter Øyvind.

SENGER, SØVN OG SMERTEPUMPE. Det tar ett sekund før legen plukker opp tråden og går rett på en kort gjennomgang av sykdommen til Øyvind. Så tar de fatt på det første som må avklares for at Øyvind skal kunne dø i sitt eget hjem. Noe så enkelt, men likevel vanskelig: Å komme til enighet om en seng.

Øyvind vil beholde sin Tempur-seng, men det hjelper lite når hjemmesykepleien må ha en sykehusseng for å kunne gjøre jobben sin. Både for å komme lettere til og for å sikre riktig arbeidsstilling. Øyvind har lite lyst til å måtte sette bort sengen sin til 50 000. Men han har enda mindre lyst til å avslutte livet sitt på sykehjem. Etter litt diskusjon fram og tilbake går han med på å gi slipp på sengen sin og slippe inn sykehussengen med den luftmadrassen han er blitt så glad i her på døgnposten.

Men konen hans Grethe må også få sove, og få den avlastningen hun trenger. Hjemmesykepleien kan komme morgen, tidlig ettermiddag, sen ettermiddag og kveld. Hyppigheten av besøket kan reduseres eller trappes opp ved behov.

Hjemmesykepleien hjelper til med stell og vask, og smertepumpe. Dessuten ordner de en trygghetsalarm til Øyvind.

– Du kommer til å se forskjellige mennesker, men vi prøver å gjøre det så fast som mulig og du kommer til å se en del til meg, sier Bjørn, kreftsykepleier i bydelen.

Hjemmesykepleien får god hjelp av Fransiskushjelpen. «Uten dem vet jeg ikke hvordan Oslo hadde hatt det som by», har enhetsleder Joran sagt.

Omsorg: Tone Sundal blir godt kjent med pasientene ved døgnenheten, her sammen med Øyvind Gaarder.

Fransiskushjelpen har tre timers vakter på dagen, enten 09 til 12 eller 13 til 16, og om natten fra 22 til 08. I utgangspunktet avtales en fast dag i uka, men akkurat som med hjemmesykepleien, vurderes behovet kontinuerlig. I tillegg har Fransiskushjelpen en bakvakt som kan ringes døgnet rundt.

ROSER OG BLØTKAKE. Det rykker litt i ansiktet til Øyvind.

– Tenk den hjelpen jeg får, Grethe. Hva synes du?

Grethe stryker en finger under øyet. – Det høres kjempeflott ut.

– Blir det bedre nå må jeg kjøpe bløtkake og roser til dere alle.

Øyvind ser på Tone. – Nå vil jeg ha den klemmen min.

Tone smiler. – Ja, du har ikke fått den enda i dag, har du?

Hun reiser seg og legger armene rundt overkroppen som strekker seg mot henne. Skuldrene hans rister svakt.

– Dette skal gå bra, Øyvind. Dette skal gå bra.

SLAGMARK. – I møte med døden blir alt så tydelig av sorger og gleder. Jeg føler ofte at vi jobber på en slagmark. Vi må bevege oss i dette landskapet, og det er krevende, sier Tone.

Ved siden av å ha jobben på døgnenheten, har Tone tatt videreutdanning og jobbet med kompetanseoverføring i fem år på sykehjem. Og hun har vært i permisjon en periode og gjort helt andre ting. En jobb med så mange sterke og tøffe møter over tid krever sitt. Så hva gjør det med henne å jobbe så tett på døden?

– Dette arbeidet kan suge energien ut av deg. Det hender jeg er ferdig på jobb og er sliten helt inn til margen. Jeg har dager hvor jeg bare vil hjem til familien min. Dager hvor jeg kan ha vært med på at et barn har mistet mammaen sin og ute går livet bare videre.

– Samtidig kan jeg oppleve dager hvor jeg føler meg fylt av ny energi. Fylt av livsglede. Og bare glad for at jeg skjønner hvor heldig jeg er, som får mulighet til å komme så tett på pasienter og deres familie i den siste fasen av livet.

GIVE ME A BREAK! Men det er viktig å sette av tid og rom til å hente seg inn igjen. Trykke på pauseknappen. Dersom man går gjennom egne kriser på hjemmefronten er det særlig lett at det kan bli for mye i kombinasjon med det man står i på jobben.

– Når det blir for mye på alle kanter, tenker man, give me a break! Og da trenger man en break, konstaterer Tone.

– Men jeg kommer alltid tilbake hit, og forhåpentligvis har man lært å sette grenser for seg selv. Man merker fort om dette er et sted man kan være eller ikke.

Hun er også klar på at det er viktig å huske på å ansvarliggjøre pasienten og pårørende. Enhetsleder Joran Slaaen minner om at hvis de kommer for nært på en familie, får de heller ikke gjort jobben sin.

– Vi må ha en nødvendig avstand som profesjonell for å kunne hjelpe, påpeker hun.

SKATTER SKJULT I MØRKET. Det blir mange tanker og inntrykk når man jobber i dødens venteværelse, som Tone kaller det. De første to årene hadde hun alltid en liten bok i lommen hvor hun skrev ned møter og samtaler. I møte med pasienter som skal dø er det mange skatter skjult i mørket. Det er mange som sier at de skulle ønske at de hadde skjønt tidligere at det er de små tingene i livet som er viktig. De små, nære tingene.

– Vi lever ikke to dager, to uker eller to år fram i tid. Vi lever her og nå. Så enkelt og så vanskelig er det, sier Tone.

– Jeg har av og til spurt meg selv om jeg skal fortsette, men jeg opplever at jeg hører hjemme her. Og det er en kompetanse her som kommer så mange mennesker til gode.

TENN LYS. Ute i korridoren møter Tone på en kamerat av Øyvind som er på besøk og slår av en prat over kaffekoppen. Før Tone fortsetter videre, sier han.

– De som jobber her er engler. Skriv det. Virkelig. Engler.

– Vi velger å tråkke nær det de fleste skygger unna. Paradoksalt nok blir man på mange måter mer sårbar med årene. Det er lett å bli sugd inn i alt her, medgir Tone.

Hver gang noen dør tenner de lys i resepsjonen og har en minnestund i kapellet. Et stille sted hvor man kan få samlet tankene. Tre lys tennes. Ett for pasienten, ett for de pårørende og ett for dem som jobber der. Lysene brenner helt til de slukker av seg selv.

– Det er en veldig fin tradisjon. Kisten kommer også direkte hit. Vi gjemmer ikke bort døden. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Pasienten Øyvind Gaarder som er omtalt i artikkelen, er nå gått bort. Artikkelen trykkes med tillatelse fra Øyvinds etterlatte.

De pårørende

FAMILIE: **Døgnposten har 12 plasser, men ser på pasienten og de pårørende som en enhet. Derfor heter det at de har plass til 12 familier. Å jobbe helhetlig inkluderer også et tett samarbeid og oppfølgning av de pårørende. Her blir alle møtt i heisen av personalet og ønsket velkommen. Spesialsykepleier Tone Sundal understreker hvor viktig det er å bli kjent med familien til pasienten. Særlig å avklare forventninger med en gang.**

– Førsteinntrykket betyr utrolig mye. Har du gjort et godt førsteinntrykk, kan du godt gjøre noen blundere, men har du gjort et dårlig førsteinntrykk, skal du jobbe veldig hardt for å rette det opp igjen.

Enhetsleder ved Hospice Lovisenberg, Joran Slaaen, forteller at hver fagperson skal se pasienten og situasjonen ut ifra sin profesjon, så de sammen kan gjøre en bedre jobb. Alle er fast ansatt og fysisk til stede på huset, og ikke bare på henvisning.

> **«Førsteinntrykket betyr utrolig mye.»**
> Tone Sundal, spesialsykepleier

Samtidig er de som jobber der like menneskelige som alle andre.

– Vi kan også tråkke feil, men legger du deg flat så kan du rydde opp i det aller meste, sier Joran Slaaen.

OMSORG. Det er viktig å jobbe med hele familien, det er de som skal leve videre, påpeker hun. Ofte er det overraskende lite som skal til for at pårørende opplever seg sett og hørt.

– Mange opplever at det er ingen som har spurt dem om hvordan de har det, at de bare er i veien eller spør for mye. God pårørendeomsorg er god pasientomsorg, fastslår hun.

Hospice Lovisenberg tilbyr etterlattesamtaler for pårørende til pasienter på døgnenheten. Der er månedlige treff i en viss periode. De fleste kommer to til tre ganger i løpet av et halvt år. Trenger de mer, henvises de videre til lokale tilbud. Det kan være vanskelig å gi slipp for mange som har hatt tilknytning til menneskene ved Hospice Lovisenberg lenge. Men det er også viktig at de pårørende kommer videre. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Et omstridt oppdrag

Mexico. På den mannsdominerte meksikanske landsbygda går unge jenter fra dør til dør for å hjelpe jenter.

Tekst og foto **Elin Sætersdal**

Ti jenter sitter tett sammen på de harde setene i en gammel kassebil. Bilen kjemper seg igjennom hauger av sand og balanserer på kanten av uttørkete elveleier. Den tar oss lenger og lenger vekk fra byen San Miguel de Allende oppe på høylandet midt i Mexico. Etter hvert dukker det opp noen husklynger, og Veronica (21) og Elisea (20) hopper ut av bilen. Dette er landsbyen El Banda som de besøker hver tirsdag.

– Jeg henter dere her halv fem, roper sjåfør Don Cruz og humper videre innover mot andre landsbyer med de andre jentene.

El Banda er en av tre avsidesliggende landsbyer som Veronica og Elisea besøker hver uke gjennom et helt år. De informerer om familieplanlegging, deler ut gratis prevensjon og organiserer møter og samtalegrupper. Her ute på den fattige landsbygda er både tanken og kunnskapen om familieplanlegging langt unna, og mange av de dedikerte unge rådgiverne er selv tenåringsmødre som gjerne vil lære andre hva de skulle ønske at noen hadde lært dem.

SKEPSIS. På vei til El Bandas lille ungdomsskole, hvor de to klassene skal seksualundervisning, stopper jentene og prater med alle kvinner de treffer og deler ut informasjonsbrosjyrer. Skeptiske menn og aggressive vakthunder (en nødvendighet for folk her ute på den tilnærmet lovløse landsbygda) er en del av hverdagen, og Veronica forteller at de både har blitt angrepet av hunder og stoppet av politiet.

> **«Dessverre er det fortsatt ikke full åpenhet om prevensjon her i Guanajuato.»**
> Cynthia Silva Villagran

Fremme på skolen snakker Elisea til sin klasse med elever mellom 15 og 18 år om overgrep og familievold. Men hva er vold og overgrep egentlig?

– Hvis vi er gift og jeg vil ligge med kona mi og hun ikke vil, men jeg gjør det allikevel, er det vold, spør en gutt.

– Ja, det er helt klart vold, svarer Elisea.

– Å forebygge vold blant de unge er noe av det viktigste vi gjør, sier Elisea når timen er over.

Vold mot kvinner er mest utbredt og minst

Hver torsdag: Elisea og Veronica på vei til ungdomsskolen i El Banda.

rapportert her ute på landsbygda hvor alkoholisme og dårlig økonomi er et stort problem og kvinner blir de største taperne. Mexicos verste eksempel er de flere hundre kvinnedrapene, «feminicidos», i den beryktete grensebyen Ciudad Juárez. Mange problemer sees i sammenheng med den mannsdominerte kulturen som preger samfunnet og som opprettholder menns overlegenhet og dominans over kvinner.

BREMSEKLOSSER. «Hold henne barbeint og gravid» og «Kvinner er som hagler, de bør holdes ladde (gravide) og innendørs» er gamle meksikanske ordtak om kontroll av kvinner.

– Kvinnene har som oftest for mange barn til å risikere å forlate en voldelig ektemann. En del av fellen er å ikke være i stand til å kontrollere sin egen fruktbarhet. Mange bare aksepterer det og tenker at det er en del av det å være kvinne, sier newyorkeren Nadine Goodman engasjert.

Da hun 25 år gammel med en master i offentlig helse- og sosialtjenester i bagasjen flyttet til Mexico i 1980, så hun med en gang et stort behov for å fokusere på kvinners situasjon og manglende helsetjenester.

Nadine Goodman og ektemannen Alejandro Gonzalez startet med opplæring i familieplanlegging for unge jenter hjemme i sin egen stue, som etter hvert ble til Centro Para Los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA).

– Det er generelt liten tro på kvinners egne rettigheter her i Mexico. Vårt mål er å hjelpe jenter til å ta kontrollen over sitt eget liv, og det begynner med kontrollen over sin egen kropp. Det igjen begynner med informasjon om familieplanlegging blant de unge ute på den tradisjonelle landsbygda, sier hun.

Men det er ikke lett.

– Å gi ut prevensjon her i Mexico er virkelig en prestasjon, sukker Cynthia Silva Villagran på CASAs kontor.

– Det at vi begynte å snakke om familieplanlegging ble slett ikke godt mottatt av myndighetene i begynnelsen. Dessverre er det fortsatt ikke full åpenhet om prevensjon her i Guanajuato, forteller hun.

Selv om delstaten har et av landets høyeste antall tenåringsfødsler, havnet CASA i alvorlige konflikter både med statlige og lokale helsemyndigheter. Det er både mennenes sterke dominans og den katolske

Tradisjonelt: Fra landsbyen San Miguel de Allende.

Kontakt: Erika i samtale med en familie i landsbyen Puerto de Nieto.

Munner å mette: Mange barn er vanlig for meksikanske kvinner.

kirken som stikker kjepper i hjulene.

Guanajuato er en av Mexicos mest konservative delstater hvor ulike grupper har forsøkt å nekte kvinner tilgang på prevensjonsmidler. Flere kvinner har i løpet av de siste årene blitt dømt til årelange fengselsstraffer etter å ha tatt abort. Her er det vanlig å etterforske mistenkte tilfeller av abort, så hvis du er gravid og kommer til sykehuset med skader, kan du risikere at det tilkalles en etterforsker før du får legehjelp. Det fører til tusenvis av illegale aborter hvor kvinnene risikerer liv og helse. Frykten for å bli etterforsket får også andre gravide kvinner som har komplikasjoner til å tenke seg om to ganger før de oppsøker sykehus.

ENESTE JORDMORSKOLE. – Mange sykehus her i Mexico forstår heller ikke viktigheten av kunnskap om kvinnehelse og en jordmors arbeid, sier Cynthia Silva Villagran oppgitt.

De fleste jordmødre i Mexico er eldre kvinner uten noen formell utdannelse. Hvem vil ta deres plass? Etter initiativ fra noen eldre tradisjonelle jordmødre som ønsket å hjelpe unge kvinner til å bli jordmødre, kjempet CASA i 10 år for å etablere Mexicos første, og eneste, statlig godkjente jordmorskole, med ønske om at jordmødre skal anerkjennes som profesjonelle. Med blant lærerne er også tradisjonelle jordmødre. På den måten blir gamle kunnskaper og tradisjoner holdt ved like.

Studentene på CASAs jordmorskole i San Miguel kommer fra hele Mexico og helt fra nabolandet Guatemala. Innfødte indianere og søkere fra landsbygda med mødre og bestemødre som er tradisjonelle jordmødre prioriteres. Mange kommer fra Mexicos aller fattigste og mest turbulente delstat Chiapas. For jenter fra Chiapas jungel med mayaspråket chuj som morsmål, er sjansen for utdanning lav, men CASA ser annerledes på det.

– Disse jentene er en ressurs på flere måter, fordi de gjerne vil tilbake til landsbygda og jobbe etterpå. De har en sterk følelse for lokalsamfunnet, noe som er en fordel, sier Villagran.

«Mange bare aksepterer det og tenker at det er en del av det å være kvinne.»
Nadine Goodman

OMFATTENDE TILBUD. CASAs sykehus, som åpnet dørene i 1994, har et team av forskjellige spesialister i tillegg til fødeavdelingen, og ingen blir nektet behandling om de ikke kan betale.

– Kvinner kommer langveis fra, fra byer som Aguascalientes og Chihuahua, for å kunne få føde i vann her, forteller Adriana, administrator ved sykehuset.

Fakta

CASA

Centro Para Los Adolescentes de San Miguel de Allende ble grunnlagt 1981 for å gi råd om familieplanlegging og gratis prevensjon til unge jenter ute på landsbygda.
CASA ansetter og lærer opp vanskeligstilt ungdom som gjennom å være rådgivere og hjelpe andre får økt selvtillit og igjen blir gode rollemodeller. I dag hjelper CASA mange tusen kvinner årlig med informasjon og helsetjenester og har i tillegg til eget sykehus og jordmorskole blant annet barnehage, advokathjelp, krisesenter og kurs i ernæring, alt finansieres gjennom donasjoner. CASA tilbyr studieturer og praksisprogram som gir et verdifullt internasjonalt perspektiv for studenter og helsearbeidere i koloniperlen San Miguel de Allende, kjent som en av Mexicos vakreste byer. www.casa.org.mx

Fnis: I dag er det første time med seksualundervisning for ungdomsskoleelever i landsbyen El Banda.

Etter 33 leveår har CASA nå et omfattende helse- og opplysningstilbud for unge og fattige, og tross all motstand har arbeidet blant de unge ute på landsbygda blitt en suksess, med opptil flere hundre nye prevensjonsbrukere i måneden. Familieplanlegging i dette tradisjonelle og mannsdominerte området er fortsatt førsteprioritet. Og det er fortsatt en jobb å gjøre.

En rekke menn blir svært provosert av CASAs arbeid, noe programleder Gustavo Acosta i CASAs radioprogram stadig får erfare. Sinte innringere sier ting som: – I et ekteskap er det jo ingenting som kalles vold! Hvilken planet er dere fra? Ikke gi kvinner ideer om rettigheter. De blir bare opprørske!

Å være kvinnene overlegne sitter hardt i for Mexicos menn. Men mange unge meksikanske menn vil slett ikke bli kalt macho. «Machismo er ut», sier de. En av dem er 19 år gamle José, som er eneste gutt blant CASAs rådgivere og ifølge Villagran en av de aller ivrigste i jobben. En dag bare dukket han opp på CASAs kontor og sa at han gjerne ville jobbe for dem.

FRA UNGDOM TIL UNGDOM. En tidlig morgen kjører vi forbi staselige rancher før vi tar av fra hovedveien og humper innover et solsvidd og støvete ingenmannsland.

– Da rådgivere fra CASA kom til landsbyen min, syntes jeg det var et kjempebra tiltak, forteller José.

– Jeg så hvordan de hjalp mange jenter og fikk lyst til å være med å bidra selv. Informasjon er så viktig! Jeg vil gjerne at mennene skal komme på møtene våre også. Det er spesielt viktig når vi tar opp temaer som vold og kvinners rettigheter, men de er ofte på jobb til sent på kvelden ute på jordene.

Landsbyen Puerto de Nieto er dagens siste stopp. Dette er Josés landsby hver torsdag sammen med Erika (19).

> **«Disse jentene er en ressurs på flere måter, fordi de gjerne vil tilbake til landsbygda og jobbe etterpå.»**
> Cynthia Silva Villagran

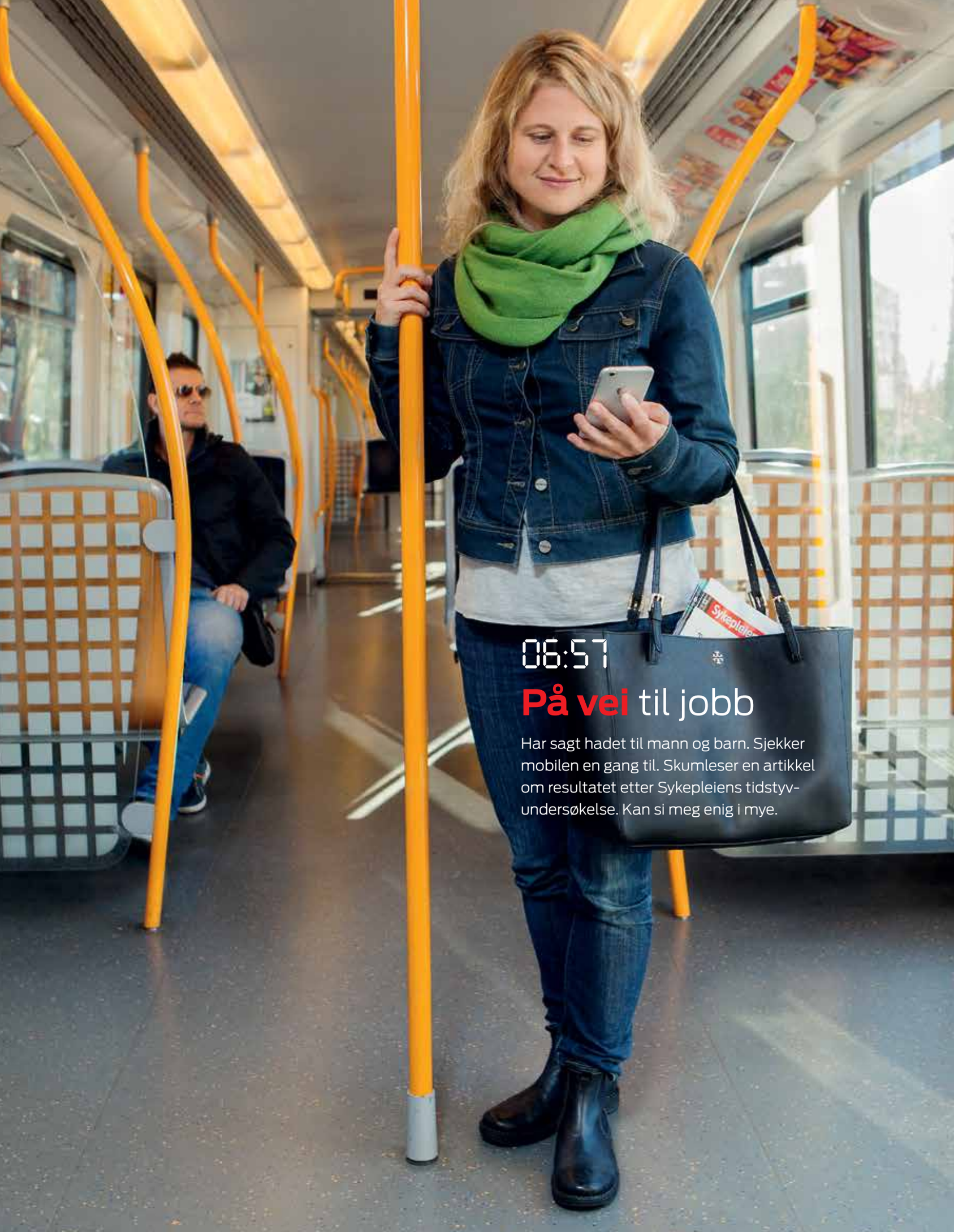
– Folkene i landsbyene er ofte veldig mistenksomme til å begynne med, forteller Erika. «Hvordan kan en ungdom komme her og fortelle oss noe? Hvorfor skal denne personen blande seg inn i mitt privatliv?» Og i hvert fall når vi begynner å snakke om prevensjon. Det vil de slett ikke høre om, langt mindre bruke! Mange menn nekter å bruke prevensjon selv og forbyr også sine koner å bruke det. De frykter at det vil redusere deres mandighet (fortsatt blant annet målt av hvor mange barn de har) og at de vil miste kontrollen over kona. Derfor bruker mange kvinner det i hemmelighet.

José og Erika må ofte bruke list og har en strategi for å komme rundt tradisjonelle og konservative foreldre og ektemenn. For mange av de fattige ute på landsbygda er det både vanskelig og dyrt å komme seg inn til byen, da er det lettere å ta med legene og helsetjeneste ut dit de bor, noe CASA også gjør. Så mens José snakker om hvilke helsetjenester folk i landsbyen har behov for, avtaler Erika og jentene å møtes et annet sted hvor de får prevensjon.

– Her er det helt vanlig å få mellom åtte og tolv barn, det første gjerne som 15-åring, men nå ser vi at mange bare vil ha ett eller to. De ser at det blir vanskelig økonomisk, forteller Erika.

– Overbefolkning er i tillegg et stort problem for Mexico, med alvorlige økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser, som for eksempel økt rekruttering til narkotikakartellene, legger Nadine Goodman til.

– Vi ønsker også å øke bevisstheten om at store familier ikke bare påvirker familien selv, men også lokalsamfunnet og igjen hele landet. Og for å skape forandring må vi begynne med å snakke om familieplanlegging med ungdommen. Ting tar tid, men pilen peker i riktig retning! Og for hver kvinne som klarer å bryte ut av en undertrykkende tilværelse, som slipper å risikere liv, helse og fengsel ved illegale aborter, er det en triumf for oss!



06:57

På vei til jobb

Har sagt hadet til mann og barn. Sjekker mobilen en gang til. Skumleser en artikkel om resultatet etter Sykepleiens tidstyv-undersøkelse. Kan si meg enig i mye.

Nye Sykepleien på dine premisser!

Vi tilpasser oss din hverdag! Papirmagasinet kjenner du godt, og med Sykepleiens app kan du laste ned og lese magasinet på farten. Vi har også gitt sykepleien.no et nytt og mer brukervennlig design. Her kan du kommentere artiklene direkte eller du kan dele din mening med andre sykepleiere på vår Facebook-side. Alt for å være mer tilgjengelig for deg.

Sykepleien

Semper

Endelig ro

Semper Dråper og Tyggetabletter inneholder *Lactobacillus reuteri Protectis*® som er en patentert naturlig melkesyrebakterie.

Bare 5 små Dråper daglig kan hjelpe spedbarnet og gi ro. For barnet kan det bety redusert gråtetid og familien kan oppleve en bedre livskvalitet.

•

Semper Dråper kan brukes fra fødselen, har en nøytral smak og er enkle å dosere. Kan gis på skje eller sammen med mat og drikke. Semper tyggetabletter har en god smak av jordbær. De passer til barn fra 3 år, men kan også brukes av eldre barn, ungdom og voksen. Dosering er den samme uansett alder.

Produktene kan kjøpes på apotek.

For mer informasjon, se www.semper.no eller kontakt oss på tel 800 30 580.

Sykepleie

Del 2 **Sykepleien 14 | 2014**
Fagartikler – Etikk – Intervju

Etterlysning: Retningslinjer for bruk av briller på operasjonsstuen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Smittebombene

Sykehusinfeksjoner. Briller på operasjonssalen utgjør en like stor risiko som smykker, og bør desinfiseres. **60**

«Hvordan kunne man som sykepleier være med på å sulte barn i hjel på store sovesaler?» Per Nortvedt. **64**

Hjertesyke. Økt kapasitet når oppgavefordeling planlegges. **66**

Innvandrere og kreft. Ønsker tilpasset informasjon. **54**

ETIKK I NYFØDT-SYKEPLEIE

Krevende. Det er mange hensyn å ta ved sykepleie til kritisk syke nyfødte.

MASTEROPPGAVE

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori

DOI NUMMER:
10.4220/sykepleiens.2014.0166

Maria Strandås, Universitetslektor ved Universitetet i Nordland.

I de færreste sykepleiefaglige områder er etiske utfordringer så tydelige som i nyfødtsykepleie. Pasientene er små og sårbare, ofte med kompliserte tilstander der prognosen er usikker. Det nyfødte barnet befinner seg i en setting av foreldre, familie og spesialiserte fagfolk, blant annet sykepleiere. Vanskelige etiske situasjoner berører alle aktørene innenfor feltet. Sykepleiere som arbeider med kritisk syke nyfødte og premature møter etiske utfordringer hver eneste dag. Alt fra utfordringer i relasjon og samhandling med foreldre og kollegaer, til store og vanskelige etiske dilemmaer som angår liv og død. De typiske etiske bekymringene som sykepleiere møter i daglig praksis er hverdagsutfordringene. De trivielle og udramatiske situasjonene sykepleieren møter og beslutningene som tas, er like lite verdinøytrale som de store liv-død-valgene. Det er derfor viktig å understreke at det ikke bare er de store og åpenbart dramatiske hendelsene som bør erkjennes som etiske problemer i klinisk sykepleiepraksis (1). I denne artikkelen ser vi nærmere på de hverdagsetiske utfordringene sykepleiere møter i nyfødtintensiv avdeling, samt hvordan forskningsfunn kan danne innsikt for å forbedre og kvalitetssikre praksis.

HVERDAGSETIKK. Hverdagsetikk har med verdier og holdninger å gjøre, som respekt og varhet, evne til å se, lytte og til å handle (2). For å ivareta barnets beste er det derfor viktig ikke bare å tenke over hvilke valg som tas, men også på hvilket grunnlag man tar dem. Hvordan sykepleieren utfører handlingene vil ha stor betydning for om det oppleves godt for barnet. Å se og tilrettelegge sykepleie best mulig for hvert enkelt barn er en kontinuerlig utfordring. Det krever etikk, holdning, fagkunnskap, kyndig handlingsredskap og skjønn. Måten sykepleieren møter, forstår og verner appellen fra det sårbare barnet og familien på, er selve kjernen i sykepleie (3). Ifølge Martinsen (4) er det kvaliteten i relasjonen som er vesentlig, og sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger, ut fra en faglig vurdering av hva som er til pasientens beste (4).

BESLUTNINGSMODELLER. Pasientens sikkerhet avhenger i stor grad av helsepersonellets etiske vurderinger. For å opprettholde forsvarlig praksis må fagfolk være kompetente til å ta etiske beslutninger. Dersom man overlater moralske spørsmål utelukkende til den enkelte sykepleieren kan det sårbare barnet bli offer for den enkeltes subjektivitet og vilkårlighet (3).

For å kvalitetssikre sykepleie og hjelpe sykepleiere å identifisere og løse etiske utfordringer kan etiske beslutningsmodeller og andre faglige eller etiske redskaper være nyttige. Etiske prinsipper som «velgjørenhet» og «ikke-skade» kan brukes som overordnete prinsipper og ligge til grunn for avgjørelser sykepleiere tar. Velgjørenhetsprinsippet innebærer å gjøre det som til enhver tid er det beste for pasienten, mens ikke-skadeprinsippet innebærer plikten til ikke å skade andre (5). Etiske beslutningsmodeller består av ulike trinn for å identifisere og løse etiske problemer (6). Slike modeller kan synes omfattende i møte med hverdagsetiske utfordringer, og i nyfødtintensiv kontekst bør modellen åpne for individuelle hensyn til barnets behov og situasjon, samt foreldrenes ønsker og verdier. Haddad (7) presenterer en slik modell bestående av fem trinn: 1. Reagere på følelsen av at noe er galt. 2. Samle informasjon. 3. Identifisere det etiske problemet. 4. Søke etter en løsning/fastslå alternativ. 5. Samarbeide med andre for å avgjøre riktig handling. Modellen egner seg for hverdagsetiske utfordringer da den ikke er svært omfattende, samtidig som den inkluderer andre aktører i beslutningsprosessen.

METODE. Artikkelen tar utgangspunkt i en studie basert på seks

Fakta

Hovedbudskap

I denne artikkelen ser vi nærmere på ulike hverdagsetiske utfordringer som sykepleiere møter i arbeid med kritisk syke nyfødte og premature. Videre undersøkes hvordan forskningsfunn kan danne innsikt for å forbedre og kvalitetssikre praksis i form av utvikling av en etisk beslutningsmodell som kan hjelpe sykepleierne å identifisere og løse hverdagsetiske utfordringer i praksis.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Nyfødt
- Intensiv
- Etikk

Prioriterer: Sykepleier på nyfødt intensiv tar alltid hensyn til hva som er best for barnet når vanskelige avgjørelser knyttet til behandling skal tas. Illustrasjonsfoto: Colourbox

kvalitative dybdeintervjuer (8) av spesialsykepleiere med minst fem års erfaring fra nyfødtintensiv avdeling. Hensikten var å få økt kunnskap og innsikt i sykepleiernes hverdagsetiske erfaringer og få fram mangfoldet av etiske utfordringer sykepleierne møter. Innsamlet data er analysert ved hjelp av Kvales fenomenologisk-hermeneutiske analyse (8,9).

FUNN. I denne studien kom det frem at etiske utfordringer som sykepleierne møter i nyfødtintensiv avdeling ofte er knyttet til ulike virkelighetsoppfatninger. Studiens funn ble til temaet: *«Å ivareta barnets beste når ulike virkeligheter kolliderer»*. Med «ulike virkeligheter» menes at foreldre, sykepleiere og annet helsepersonell, på grunn av ulik utdanning, kunnskap, erfaring og relasjon til barnet, oppfatter virkeligheten de står i svært forskjellig. Under presenteres studiens funn i form av seks undertemaer som også representerer områder hvor ulike virkeligheter kolliderer i ivaretakelsen av barnets beste.

UTFORDRENDE. Samarbeid med foreldre krever mye tid og ble beskrevet av sykepleierne som givende, men utfordrende. Ulik forståelse og relasjon til barnet gjør at sykepleiere og foreldre kan oppfatte situasjoner forskjellig, noe som utfordrer samhandlingen. Sykepleierne fortalte at ærlig informasjon var viktig, men med foreldre i en krisesituasjon er det utfordrende å vurdere hvor mye informasjon det er hensiktsmessig å gi, og på hvilket tidspunkt. Sykepleierne følte seg av og til dradd vekk fra barnet for å tilfredsstille foreldres behov. I kritiske situasjoner må sykepleierne alltid prioritere barnet, noe som kan medføre opplevelsen av å svikte foreldrene.

«Pasientene er små og sårbare.»

Sykepleierne beskrev hvor vanskelig det var å være tilskuer til barnets lidelser, og hvordan de ble berørt av barnets og foreldrenes situasjon og følelser. Tragiske hendelser setter dype spor i sykepleieren og kan utløse lange tankeprosesser og søvnløse netter, spesielt hos uerfarne sykepleiere. Det er vanskelig ikke å la seg påvirke av foreldres redsel eller sorg. Sykepleierne ga også uttrykk for hjelpeløshet og frustrasjon når de ikke kom

til enighet med leger om barnets behandling.

BESKYTTE BARNET. Sykepleierne i studien påpekte at på grunn av barnets størrelse, umodenhet i alle organsystemer, dets sårbarhet, avhengighet og manglende evne til å uttrykke egne ønsker og behov, utgjør syke nyfødte en spesielt krevende pasientgruppe. Sykepleierne synes det var vanskelig at de måtte påføre barnet smerter for å få gjennomført forordnet behandling. De var opptatt av å beskytte barnet mot sansemessige belastninger og sørge for tilstrekkelig hvile. Ulike yrkesgrupper skulle inn til barnet for undersøkelser og behandling, og sykepleierne opplevde utfordringer med å sørge for at det sårbare barnet fikk tilstrekkelig og sammenhengende hvile.

Sykepleierne uttrykte at det var utfordrende å vurdere hvor bestemte de skulle være for å få gjennomført omsorgstiltak de mente var best for barnet, dersom foreldrene ikke forsto eller var helt enig i det som skulle gjøres. Når foreldre motsetter seg behandling som barnet trenger, må sykepleieren balansere varhet og myndighet for å komme til enighet med foreldrene samtidig som barnet får forsvarlig behandling.

UENIGHET. Sykepleierne uttrykte at ulik forforståelse og opplevelse av situasjoner kunne skape uenighet med kollegaer. Konflikter med leger ble beskrevet som spesielt utfordrende, og sykepleiere følte seg hjelpeløse om legen ikke lyttet til dem. Nyfødtintensiv er en travel avdeling, og sykepleierne fortalte at de av og til kan glemme, eller ikke få tid til å gjøre en prosedyre, eller at beskjeder ikke gis ved vaktskifter. Slik kommunikasjonssvikt, og det at sykepleierne ikke fikk tid til å konferere med foreldrene før de tok avgjørelser på vegne av barnet, førte til unødvendige konflikter med foreldrene.

KONTINUITET. Kontinuitet i sykepleien skaper forutsigbarhet og trygghet for engstelige foreldre, sier sykepleierne. Pleieplaner ble brukt for å ivareta kontinuiteten i omsorgen til barnet. At pleieplaner ble ignorert eller endret uten avtale skapte frustrasjon blant sykepleierne og foreldrene. Sykepleierne opplevde at kontinuitet i barnets hverdag var vanskelig å opprettholde etter som mange ulike yrkesgrupper tar del i behandlingen. Sykepleierne var bevisste på barnets behov for ro, men samtidig var det vanskelig å legge opp dagen på en måte som både ivaretar barnets behandlingsbehov, omsorgsbehov og som gir tilstrekkelig hvile.

BARNETS BESTE. Å vurdere hva som er best for barnet er utfordrende. Sykepleierne pekte på at tiltak som er nødvendige for å sikre optimale fysiologiske forhold for barnet også kan medføre en rekke ubehagelige og smertefulle opplevelser. Et enkelt barn kan ha motstridende interesser og behov, og sykepleierne fortalte at det ofte var vanskelig å avgjøre hvilke behov som skulle vektlegges for å ivareta barnets beste på kort og lang sikt. Hva er viktigst, de umiddelbare og nåværende interesser eller de framtidige? Selv om utsiktene ved behandling på lang sikt er gode, kan det føles som om man påfører barnet et overgrep i nuet (3). Dilemmaet mellom nåtid og framtid synliggjør ett av sykepleiernes hverdagsetiske konfliktsituasjoner: Pasientens autonomi versus maksimal behandling. Hva er egentlig til barnets beste?

POSISJONER. Sykepleiere må forholde seg til to ulike posisjoner. En posisjon er det som skal være godt for barnet, noe annet er å imøtekomme innspill fra omgivelsene. Sykepleierne i studien var svært opptatt av å beskytte barnet mot sansemessige belastninger og sørge for tilstrekkelig hvile. Når ulike yrkesgrupper skulle ha tilgang til barnet for å få gjennomført undersøkelser og behandling, var det utfordrende dersom sykepleiernes opplevelser av hvilke behov som var viktig i situasjonen ikke samsvarte med kollegaenes prioriteringer. Krav om effektivitet og økonomistyring representerer også en virkelighet som påvirker slik at behandling må gjennomføres når personalet har tid og rom, ikke alltid når det passer best for barnets situasjon (10). Å komme til enighet med kollegaer angående barnets beste er utfordrende. Ulike oppfatninger av hvilke faglige og etiske verdier som står på spill skaper frustrasjon for sykepleierne dersom det hindrer tiltak de mener kan hjelpe barnet (11). Velgjørenhetsprinsippet og ikkeskadeprinsippet kan her være til hjelp for å styre ulike helsearbeidere i samme retning. Målet vil alltid være å oppnå mest mulig velgjørenhet og minst mulig skade for pasienten (5).

«I kritiske situasjoner må sykepleierne alltid prioritere barnet.»

FORELDRENES ØNSKER. Foreldre har naturlig nok sterke meninger om behandling og sykepleie til sitt barn. Disse er ikke nødvendigvis i tråd med sykepleiernes vurderinger av hva som er viktig. Når foreldrenes og sykepleierens virkeligheter kolliderer, må sykepleieren benytte både faglig og etisk skjønn for at foreldrene skal føle seg sett, hørt og inkludert, samtidig som det sårbare barnets behov og rettigheter blir ivaretatt. Selv om barnets beste alltid er prioritert, betyr det ikke at hensyn til foreldre ikke veier tungt. Ideelt sett bør man finne en løsning som ivaretar både barnets beste og foreldrenes ønsker. Samtidig er det sykepleierens faglige ansvar å sørge for forsvarlig behandling av barnet (12). For å vurdere og planlegge gode løsninger kreves det evner til å integrere kunnskap og ferdigheter med pasientens og familiens verdier og omstendigheter.

I slike situasjoner kan etiske modeller være til hjelp (6). Ved å bruke Haddads modell (7) kan sykepleieren, så snart hun (i trinn én) oppfatter at etiske verdier står på spill, gå inn i modellen og følge trinnene

videre mot en god løsning på den etiske utfordringen. Sykepleieren samler inn nødvendig informasjon i trinn to og bruker denne informasjonen til å identifisere det etiske problemet i trinn tre. For å finne gode løsninger på etiske utfordringer må sykepleieren identifisere hvem som påvirkes av en beslutning og hva som er deres verdier (13). Foreldre vil naturlig nok alltid ha opplevelser og meninger angående sitt barns behandling og sykepleie, og påvirkes av beslutninger som tas. Sykepleieren må ta dette med i betrakting når hun i trinn fire fastslår alternative løsninger. Det siste trinnet i modellen innebærer et samarbeid med andre for å avgjøre riktig handling i situasjonen (7). Dette trinnet er viktig da det forhindrer vilkårlighet i beslutningsprosessen. Sykepleier kan i dialog med foreldre og kollegaer finne gode løsninger som tar nødvendige hensyn til ulike virkelighetsoppfatninger. Dersom alle sykepleiere benytter samme framgangsmåte for å løse etiske utfordringer, blir sykepleiepraksis mer konsistent og ikke minst forutsigbar for foreldre. Dermed kan man kanskje også unngå at enkelte problemer oppstår.

I PRAKSIS. Kunnskapen om at ulike virkeligheter som kolliderer gjør det vanskelig å ivareta den nyfødte, synliggjør behovet for å forbedre og kvalitetssikre praksis. I møte med hverdagsetiske utfordringer på nyfødtintensiv avdeling kan det være nyttig for sykepleiere å benytte seg av etiske retningslinjer og modeller i beslutningsprosessen. Dermed vil det legges føringer for hvordan sykepleiere skal identifisere og løse etiske utfordringer i praksis. Slike føringer bidrar til å forhindre vilkårlighet og kvalitetssikrer sykepleie til sårbare nyfødte når ulike virkeligheter kolliderer. Praksis blir dermed gjort mer konsistent for barnet, til tross for at både foreldre og andre må bli sett. Da sykepleie til kritisk syke nyfødte utgjør et spesielt fagområde med mange ulike aktører og virkelighetsoppfatninger, kan det fremdeles være behov for å utvikle en ny hverdagsetisk beslutningsmodell som ivaretar barnets beste når ulike virkeligheter kolliderer.

AVSLUTNING. Artikkelen presenterer nye aspekter som kan gi økt kunnskap og forståelse for mangfoldet av hverdagsetiske utfordringer sykepleiere som arbeider med kritisk syke nyfødte møter. Synliggjøring av sykepleiernes hverdagsetiske erfaringer kan bidra til økt refleksjon og bevissthet omkring etikkens plass i hverdagens gjøremål på nyfødtintensiv avdeling. Utvikling av en modell som kan hjelpe sykepleieren til å identifisere og løse hverdagsetiske utfordringer i praksis kan bidra til at det sårbare barnet får en konsis og kvalitetssikret sykepleie, til tross for ulike virkeligheter. Forskning på dette området frambringer ny kunnskap som kan bidra til å heve kvaliteten på sykepleie som gis til kritisk syke nyfødte. Funnene støtter behovet for videre forskning på området hverdagsetikk på nyfødtintensivavdeling. ●

REFERANSER:

1. Hamran T. Pleiekulturen. En utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 1992.
2. Bredesen T. Grunnleggende sykepleie til nyfødte. I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. Oslo: Cappelen Damm AS, 2009:289–300.
3. Tandberg BS, Bjarkø L. Etikk i nyfødtmedisin. I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. Oslo: Cappelen Damm AS, 2009: 64–82.
4. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
5. Brinchmann BS. De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, 2012:81–96.
6. Park EJ. An integrated ethical decision-making model for nurses. Nurs Ethics 2012;19:139–59.
7. Haddad AM. The anatomy and physiology of ethical decision making in oncology. J Psychosoc Oncol 1992:69-82.
8. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
9. Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2001.
10. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes and quality of care on neonatal units. J Adv Nurs 2010;66:2213–24.
11. Hall EOC, Brinchmann BS, Aagaard H. The challenge of integrating justice and care in neonatal nursing. Nurs Ethics 2012;19:80-90.
12. Slettebø Å. Etiske dilemmaer. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2012.
13. Bunting SM, Webb AA. An ethical model for decision-making. Nurs Pract 1988;13:30–4.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

INNVANDRERE VIL VITE MER OM KREFT

Tilpasset informasjon. Kreftforeningen ønsker å sikre at alle som bor i Norge får et likeverdig tilbud.

SAMARBEIDSPROSJEKT:
Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori

DOI NUMMER:
10.4220/sykepleiens.2014.0167

May-Britt Knobloch
Spesialrådgiver/ Minoritets-koordinator, Kreftforeningen.

Ela Czapka
Forsker ved Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI).

Nasjonal Kreftstrategi 2013–2017 slår fast følgende: «I Norge har 13,1 prosent av befolkningen innvandrerbakgrunn. Helseutfordringene innenfor denne gruppen, som inkluderer arbeidsinnvandrere, flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente, er sammensatte. Deler av innvandrerbefolkningen kommer ofte senere til utredning enn den øvrige befolkningen, noe som gir særskilte utfordringer for kreftomsorgen. Disse er primært knyttet til forsinket diagnose og språkproblemer. Det må tilstrebes bedre informasjon om forebygging og tidlig diagnostikk, samt bedre kommunikasjon med kreftpasienter hvor språk kan være en barriere.» (1).

Etter at Polen ble medlem av EU har den polske arbeidsinnvandringen til vestlige land, inkludert Norge, økt betydelig. Ifølge SSB er det 84 000 polske statsborgere i Norge (SSB, januar 2014), men disse representerer kun de arbeidsinnvandrere som er registrert. Antallet uregistrerte polske arbeidsinnvandrere i Norge er ukjent og ekstremt vanskelig å måle, men antallet er enormt (2), og man kan anta at det dreier seg om tusenvis (3).

I dag bor det cirka 33 000 somaliere i Norge. De er den største gruppen med flyktningebakgrunn. Det er noen flere menn enn kvinner, og halvparten bor i Oslo og Akershus. Den somaliske innvandrerbefolkningen er svært ung. I 2006 var 83 prosent av førstegenerasjonsinnvandrerne under 40 år og 30 prosent under 20 år. Av etterkommerne var hele 86 prosent under ti år på samme tidspunkt (4). I 2013 kom det 1694 asylsøkere fra Somalia (5).

Tilgjengelig statistikk viser at det er høyere frekvens av krefttilfeller i Norge enn i Polen. World Cancer Research Fund International har laget en liste over de 50 landene som har mest kreft i verden. På denne listen er ikke Somalia. Vi antar at det skyldes at infrastrukturen ikke fungerer optimalt, fordi det har pågått en borgerkrig i svært mange år der. Norge ligger på 8. plass, Polen på 39. plass. På listen over de 20 landene med mest spiserørskreft (insidens) er Somalia på 11. plass. Når det gjelder lungekreft ligger Polen på 4. plass. Ser man på menn alene, ligger de på 3. plass og kvinnene på 17. plass (7).

Polsk statistikk viser at dødeligheten ved kreft er økende, mens man ser den motsatt trenden i Norge. En ny FN-rapport har for første gang vist at kreft er den sykdommen som dreper flest mennesker i verden, med 8,2 millioner årlige dødsfall (8).

OM PROSJEKTET. Prosjektet var et samarbeid mellom Kreftforeningen og Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI). Vi ønsket å kartlegge hvordan og hvor to innvandrergrupper ønsket informasjon om kreft. Kreftforeningen valgte polakker og somaliere til dette prosjektet. Begge er store grupper unge innvandrere. Den ene gruppen er arbeidsinnvandrere, den andre er flyktninger. Forskjellene i kulturell og religiøs bakgrunn er stor.

Vi benyttet fokusgruppeintervjuer som metode. Rekrutteringen skjedde ved hjelp av snøballmetoden, og forskningsresultatene er således ikke representative for hele gruppen av polske og somaliske innvandrere i Norge. Derimot rekrutterte vi innvandrere med forskjellig bakgrunn, alder og kjønn, for å sikre at resultatene til en viss grad gjenspeiler hele gruppen av polakker og somaliere i Norge. Informantene besto av 15 polakker og 21 somaliere. Fokusgruppeintervjuene ble holdt separat for somaliere og polakker og for kvinner og menn.

BEHOV OG FORVENTNINGER. De polske informantene hadde delte meninger om hvordan Kreftforeningen kunne hjelpe polakker i Norge. Informantene hadde forslag til både hva man kan gjøre med det og hvordan man kan bli kjent med Kreftforeningen. De fleste

Fakta

Hovedbudskap

Artikkelen diskuterer hvordan og hvor polske og somaliske innvandrere ønsker informasjon om kreft. Selv om de har forskjellige holdninger til kreft ønsker begge gruppene å få mer informasjon om Kreftforeningens tilbud.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Kreft
- Innvandrer
- Informasjon

Når flere: Kreftlinjen på polsk og somali, informasjonsmøter og god markedsføring har trolig bidratt til at stadig flere innvandrere kontakter Kreftforeningen. På bildet til venstre, Halima Farhia Ali, fra Somalia og på bildet til høyre Malgorzata Raciniewska Zyglew fra Polen. Begge er spesialsykepleiere i onkologi ansatt for å betjene den somaliske og polske Kreftlinjen. Foto: Øyvind Bjørkum.

informantene ønsker å motta informasjon om kreftforebygging. Informantene mente at informasjon om Kreftforeningen og foreningens tilbud, burde distribueres gjennom løpesedler og brosjyrer, SMS-er, på arbeidsplasser, i kirker, Caritas og på polske websider. Informasjonen burde være tilgjengelig på polsk. Informantene ville at Kreftforeningen skulle informere dem om polske leger i Norge som er tilgjengelige: «Det ville vært fint å ha informasjon om polske leger i Norge eller leger som er utdannet i Polen».

Til tross for at en informasjonstelefon virket spesielt interessant for informantene, hadde de samtidig betenkeligheter med tanke på effektiviteten med en slik løsning: «Informasjonstelefonen vil helt sikkert være nyttig. Men vil den gi tilstrekkelig støtte med tanke på at polakker og nordmenn tenker forskjellig?»

Dersom Kreftforeningen organiserte møter mellom spesialister og pasientforeninger ville informantene sette stor pris på det, «fordi personer kan utveksle meninger, ikke minst styrke hverandres moral og rådene som kommer fra likemann er bedre». De polske informantene var skeptiske til audiovisuelle virkemidler, og brosjyrer og løpesedler var det delte meninger om. Flesteparten av informantene støttet ideen om at Kreftforeningen utviklet internettsider på polsk. Informantene hadde merket seg situasjonen til de uregistrerte innvandrerne, som ikke har tilgang til helsetjenester: «Det bør være noe for dem; kreft er kun én av sykdommene de kan få».

Somaliske innvandrere vil ha informasjon om kreft gjennom somalisk kulturmegler og temakvelder. Mange av dem syntes en webside på somalisk kunne være en god idé. Det ble også foreslått at Kreftforeningen kunne oppsøke somaliske møteplasser som butikker, kafeer, restauranter og moskeer.

Somaliske menn og kvinner hadde forskjellige meninger om Kreftforeningens tilbud. Menn med høy utdannelse ville gjerne motta informasjon om kreft gjennom SMS, e-post eller brosjyrer. Både menn og kvinner ønsket å møte spesialister fordi de foretrakk ansikt til ansikt-møter. Av samme grunn likte ikke de somaliske informantene ideen om anonym chat eller en anonym informasjonstelefon med en spesialist. Somaliere var, i motsetning til polske innvandrere, svært positive til audiovisuelt materiell på sitt eget morsmål.

14 av 15 polske informanter og 12 av 21 somaliske informanter ville hjelpe Kreftforeningen med å evaluere nye tilbud etter oppstart.

NYE TILBUD. Kreftforeningen var svært fornøyd med tilbakemeldingene fra informantene. Vi så på alle deres ønsker og behov og valgte noen vi kunne realisere. Et tydelig ønske hos begge informantgrupper var nettsider med kreftinformasjon på eget språk. Det har Kreftforeningen laget. Undersøkelser viser at 90 prosent av alle innvandrerne i Norge bruker internett regelmessig. De polske sidene kom i mars 2013 og de somaliske i november. Polakkene ønsket informasjon om forebygging. Det var ikke viktig for somalierne. De sa: «Det er uvanlig for oss å oppsøke informasjon om sykdom, før den kommer». Begge grupper ønsket informasjon om hva man gjør dersom man får symptomer på kreft.

Nettsidene som Kreftforeningen laget inneholder informasjon om hvordan man kan redusere risikoen for kreft. Sidene inneholder informasjon om hva man skal foreta seg ved mistanke om kreft og har også lenker til informasjonsbrosjyrer om kreft. Brosjyrene har norske titler slik at norske helsearbeidere kan finne informasjon til sine polske og somaliske pasienter. Etter ønske fra de somaliske informantene har vi lagt inn mange lenker til filmer, fra både Norge og USA. Flere somaliere har liten skolegang og en del er analfabeter. Video er derfor et velegnet virkemiddel.

> **«Først og fremst, må de informere oss om dem selv.»**
> Polske og somaliske innvandrere om Kreftforeningen

For ytterligere å styrke tilbudet til de to gruppene har Kreftforeningen ansatt kreftsykepleiere med bakgrunn fra Polen og Somalia. De sitter på Kreftlinjen som er Kreftforeningens rådgivingstjeneste på telefon, chat, e-post og SMS.

ØNSKER INFO-MØTER. Begge gruppene ønsket at Kreftforeningen arrangerte informasjonsmøter for å gjøre Kreftforeningen kjent og bygge tillit til den. Det har vi gjort. Møtene har også vært en del av markedsføringen av Kreftforeningens nye tilbud. I tråd med innspill fra informantene har markedsføringen bestått av artikler og annonser på polske og somaliske nettsider. Vi har også hatt artikler og annonser i innvandreraviser. Små Kreftlinjekort er blitt trykket opp på begge språk og er delt ut til legekontorer, konsulater, kirker, butikker, skoler og informasjonssentre, frisklivssentraler, moskeer og Helseklinikk for papirløse. Informasjonsmailer er sendt til helseforetak, Vardesentrene, Helsedirektoratet, IMDI, NAV, Helsebiblioteket, Kunnskapssenteret og svært mange innvandrerorganisasjoner. Prosjektet er også lagt frem på mange arenaer.

Kreftforeningen har øremerket 5 millioner til forskning på innvandrere og kreft i 2014. Ressurspersoner fra innvandrermiljøene er hentet inn for å gi Kreftforeningen innspill til hvordan midlene skal gjøres kjent i de riktige forskningsmiljøene.

RESULTATER. De polske nettsidene har en gjennomsnittlig sidehenvisning på cirka 100 per måned. I måneder hvor vi annonserer på polske nettsider får vi 350 og 450 sidehenvisninger månedlig. De fleste som besøker sidene kommer fra mojanorwegia.no og andre polske nettsider, samt nakmi.no og dagensmedisin.no.

Den somaliske nettsiden har ikke like lang «levetid» som den polske. Men vi ser også her at når vi annonserer og har redaksjonelle artikler på somaliske nettsider øker antallet sidehenvisninger. I desember 2013 gjorde vi det på nettstedet calanca.com og fikk 836 visninger. 84 prosent av alle besøk kom fra calanka.com.

Vi har gjennomført 15

informasjonsmøter for innvandrere generelt, og for polakker og somaliere spesielt. De fleste møtene har vært i Oslo, men vi har også gjennomført ett i Hamar og ett i Drammen. Det planlegges flere informasjonsmøter høsten 2014. Det har stort sett vært kvinner som har møtt opp på informasjonsmøtene. Oppmøtet har variert fra 5 til 40 personer. De fleste møtene har vært gode møter hvor tilhørerne har kommet med mange spørsmål, kommentarer og selvopplevde historier. En del kvinner har hatt mangelfulle lese- og skriveferdigheter. Da har presentasjonen og evalueringsskjemaene blitt tilpasset dem. På møtene har vi også tatt med informasjonsbrosjyrer om kreft på tilhørernes språk, for å forsterke det muntlige budskapet.

Tall fra Kreftforeningens registreringssystem viser hvor mange som kontakter Kreftlinjen og hvor de kommer fra.

- I 2012 var det 135 innvandrere som tok kontakt. 10 var fra Polen og 2 fra Somalia.
- I 2013 var det 138 innvandrere som tok kontakt. 28 var fra Polen og 10 fra Somalia.

Vi ser at antall innvandrer som kontaktet oss ikke har steget. Men ved å spisse tilbudet vårt til noen innvandrergrupper, har vi nådd mange flere fra Polen og Somalia i 2013.

- I 2013, januar–april var det 40 innvandrere som kontaktet oss.
- I 2014, januar–april var det 78 innvandrere som kontaktet oss.

Antall innvandrere som kontakter oss øker. Fortsetter de neste månedene slik, blir tallet for 2014 høyt. Det at vi har nådd flere mennesker fra målgruppene våre er trolig en kombinasjon av nettsider og Kreftlinjen på polsk og somali, informasjonsmøter og god markedsføring.

VEIEN VIDERE. Informantene forsto at den største utfordringen for Kreftforeningen ville være å informere dem om organisasjonen og om sine tilbud. Tilgang til helsetilbud i det landet man har emigrert til er en stor utfordring. I et informasjonssamfunn innebærer ulik tilgang til informasjon større forskjeller i samfunnet. Når informasjon mangler kan enkelte grupper oppleve sosial ekskludering.

Kreftforeningen skal spille en viktig rolle ved å tilby innvandrere informasjon om kreftforebygging og behandling på eget språk. Det kan hjelpe innvandrere til å navigere i det norske helseapparatet. Det er spesielt viktig i en situasjon hvor mange innvandrere møter barrierer når de trenger helsetjenester og når de vanligste informasjonskildene, slik som tv og blader, er utilgjengelige på grunn av manglende språkkunnskaper.

MER ÅPENHET. Vi ser at kreft fremdeles er svært tabubelagt i en del innvandrergrupper. Polakkene sier at kreft skaper frykt blant dem. Somalierne sier: «I vår kultur snakker vi ikke høyt om kreft, tuberkulose og funksjonshemming. Det er tabubelagte emner. Kvinner får ikke giftet seg dersom mennene oppdager at de har slike sykdommer». Kreftforeningen sier i sin strategi: Kreft finnes i alle miljøer og mytene er mange. Vi skal starte debatten, ta livet av mytene. Vi skal snakke om kreft» (10). Derfor lager vi nå to små filmer på polsk og somali, hvor vi tar opp temaet myter og åpenhet. Disse vil bli lagt ut på nettsidene og vist på informasjonsmøtene.

Til tross for en viss skepsis blant informantene har vi opplevd stor etterspørsel etter brosjyrer med oversatt kreftinformasjon. Deltakerne tar dem med, men vi vet ikke om de leser dem. Kreftforeningen har laget få brosjyrer beregnet på innvandrere. Det finnes svært mye god oversatt kreftinformasjon fra andre land, og vi ønsker å kartlegge behovet ytterligere før vi utvikler eget materiell.

Markedsføring av tilbudene er ressurskrevende og utfordrende. En plan for framtidig markedsføring er under utvikling. Kreftforeningen skal evaluere de nye tilbudene sommeren 2014. Informantene våre vil bli forespurt om å bidra. Tilbudene vil bli revidert i tråd med hva evalueringen forteller oss.

VI VET FOR LITE. Vi har liten kunnskap om forekomsten av kreft i de forskjellige innvandrergruppene. Hovedårsaken er at landbakgrunn som variabel ikke registreres i Kreftregisteret i dag (11).

Oslo universitetssykehus ser at kun 30 prosent av innvandrerkvinner svarer på skriftlig invitasjon om mammografikontroll, mot 80 prosent av norske kvinner (12). En upublisert studie fra Ahus viser at somaliske kvinner med brystkreft har framskredet sykdom når de får diagnosen. 50 prosent av dem dør, mot 11 prosent for norske kvinner (11). I Polen er kreft den nest største årsaken til alle dødsfall.

De fleste innvandrerne er ressurspersoner. Forskning viser at arbeidsinnvandrere har god helse («healthy migrant effect»), (13). Forskning viser også at etter noen år som innvandrere, med dårlige leve- og arbeidsvilkår, dårlig språkforståelse, dårlig økonomi og sosial isolasjon blir helsen redusert. Dette fenomenet beskrives i litteraturen som «exhausted migrant effect». De fleste er dårlig forberedt på konsekvensene av å emigrere til et annet land. Mange får psykiske problemer, høyt blodtrykk, alkoholisme, seksuelt overførbare sykdommer med mer.[14].

Kreftforeningen ønsker å sikre alle likeverdige helsetjenester. Vi vil fortsette å gi innvandrere kunnskap om tidlig oppdagelse av kreft. Kreftforeningen har ansatt en person i en prosjektstilling som skal utforme og iverksette tiltak som kan bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller i kreftforekomst og kreftdødelighet.

En spesiell takk til Helen Ghebremedhin, Maria Rubach og Ajsa Dzafic, som var en del av prosjektgruppen. Vi vil også takke informantene som har deltatt i undersøkelsen og gitt oss kunnskap om deres behov og ønsker. Uten dem hadde ikke dette prosjektet kunnet gjennomføres.

REFERANSER:

1. Sammen - mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017, Helse- og Omsorgsdepartementet.
2. Frieberg JH. The stages of migration: from going abroad to settling down. Post-accession Polish migrant workers in Norway. Journal of Ethnic and Migration Studies 2012; 38: 1589-1605.
3. Olszewski E. Polacy w Norwegii 1940-2010. Wydawnictwo Adam Marszalek. Torun 2011.
4. Somaliere i Norge. En arbeidsgruppe rapport. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. August 2009.
5. Utlendingsdirektoratet. http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/arsrapporter/arsrapport-2013/hvor-mange-sokte-om-beskyttelse/ (24.04.2014)
6. Aalandslid V, Tronstad KR. Familieinnvandring, kjønn og sysselsetting. Statistisk sentralbyrå. Oslo–Kongsvinger 2010. http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201023/rapp_201023.pdf (22.04.2014)
7. Data for cancer frequency by country, World Cancer Research Fund International. http://www.wcrf.org/cancer_statistics/cancer_frequency.php (22.04.2014)
8. http://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2014/pdfs/pr224_E.pdf?utm_source=MailingList&utm_medium=email&utm_campaign=International+Newsletter+-+February+2014
9. Guthu L, Holm S. Innvandrere på nett. Vox, Nasjonalt fagorgan for kompetansepoitikk, 2010.
10. Kreftforeningens strategi 2015, s. 14.
11. Likeverdig helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal Strategi om innvandreres helse, 2013 – 2017. Helse- og omsorgsdepartementet.
12. Ramin-Osmundsen M. Helseforskjeller rammer innvandrere. Ny tid, 25.6. 2010.
13. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Social Science&Medicine 1995; 41(6):819-28.
14. Kawczynska-Butrym Z. Migracje. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo UMCS. Lublin 2009.

FAGARTIKLER:

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

Anne Relbo
Følger opp hjerte-transplanterte

Fortalt til **Christina Andersen** ● Foto **Stig M. Weston**

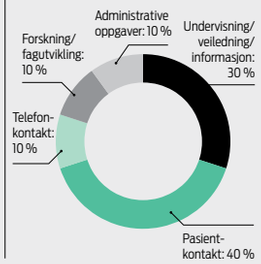
Fakta

Anne Relbo
50 år

Jobber i Oslo kommune
60°N

CV
1989: Ferdig sykepleier
1994-1997: Videreutd. hjerte- og lungetransplantasjon og intensiv sykepleie
1998-: Transplantasjonssykepleier ved Rikshospitalet
2002-2006: Videreutd. klinisk spesialist i sykepleie

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jeg kommer veldig tett på pasientene mine. Jeg følger dem på godt og vondt fra de er livstruende syke til de blir tilsvarende friske.

Store deler av arbeidet mitt er veiledning, informasjons- og undervisningsbasert. For hver enkeltpasient har vi mellom fem til sju temasamtaler hvor vi snakker om hvordan det er å leve med en hjertetransplantasjon. Tema kan være rolle i familien, virkninger og bivirkninger av medisiner, kosthold og faretegn for infeksjoner.

Pasienter som skal til utredning møter til en forventningssamtale hvor vi blant annet snakker om hva pasienten skal igjennom, samliv og hva avstøtning innebærer. Jeg har også akseptsamtaler hvor vi forbereder pasienten på hvordan den første fasen etter operasjonen vil være, men også spenning knyttet til fremtiden. Her prøver jeg å trekke inn pårørende.

Rikshospitalet er det eneste sykehuset i Norge som utfører hjertetransplantasjoner. Derfor samarbeider vi med fastleger og poliklinikker rundt om i landet for videre oppfølging. Jeg holder en del ekstern undervisning for sykepleiere ved andre sykehus. Hjertetransplantasjon er et snevert område i Norge, så jeg er ganske delaktig i fagutvikling. Jeg har ansvar for å lese litteratur og oppdatere informasjon. Jeg fungerer også som en slags koordinator innen forskningsstudier.

Vi er nå en liten enhet, med tre til fire sykepleiere på jobb. Transplantasjonsdagenheten er underlagt kardiologisk sengepost, men vi sitter på eget kontor hvor vi også er tilgjengelig for pasientene der hjemme. I tillegg til samtaler gjør vi også en del praktisk sykepleierarbeid. Få uker etter transplantasjonen overflyttes pasientene til pasienthotellet, hvor de tilbringer rundt en måned før de utskrives. For disse har vi daglig oppfølging. Videre kommer pasientene til hyppige kontroller det første året, og en todagers visitt en gang i året resten av livet.

Jeg har ikke flere pasienter enn at jeg kjenner dem med fullt navn og bakgrunnshistorie. Jeg gleder meg med dem når det går bra, samtidig som det kan være utfordrende å være profesjonell når det går dårlig. De sender bilder av barnebarna sine og når de har nådd et mål, for eksempel en fjelltopp de har klart å nå toppen av. Slik ser jeg at arbeidet jeg gjør faktisk nytter. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Kjenner alle: Pasientene er få, så Anne Relbo blir godt kjent med alle.

Randi Martinsen
– Yngre slagpasienter sliter

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Noen å snakke med. Slagpasienter under 67 år trenger mer hjelp enn de får fra kommunen sin.

Hver dag rammes 40 mennesker av hjerneslag i Norge. Det blir 15 000 mennesker i året. Gjennomsnittsalderen er cirka 76 år, men det betyr ikke at alle er pensjonister. 1500 er under 50 år. En av fire er under 65 år. Mange av dem står i fare for å havne litt på siden eller helt utenfor både arbeidslivet og det sosiale livet blant venner og familie.

– Kommunene bør ha et system for å fange opp dem som trenger hjelp i månedene og årene etter et slag, sier Randi Martinsen.

ALENE MED KAOSET. Hun er instituttleder ved Høgskolen i Hedmark og tok doktorgraden i sykepleievitenskap i september. Der dokumenterer hun at yngre slagpasienter får en veldig tilfeldig og lite tilpasset oppfølging når de kommer hjem etter slaget.

– De trenger først og fremst noen å snakke med og hjelp med den psykososiale delen av livet. Dette mangler ofte i rehabiliteringsarbeidet etter slag. Mange får god hjelp til å trene opp det fysiske, men så må de takle krisen og kaoset alene når de har kommet hjem til kommunen sin, sier Martinsen.

47 DELTAKERE. Bakgrunnsmaterialet for doktorgradsarbeidet hennes er flere studier med til sammen 47 deltakere. En intervensjonsstudie hadde 25 deltakere. Der testet hun ut en dialogbasert sykepleieintervensjon som hun har utviklet sammen med blant andre Marit Kirkevold. Det består av åtte samtaler fordelt over et halvt år, på en til to timer per gang. Det må være den samme helsearbeideren som følger opp hver gang. 14 av de 25 deltakerne var i arbeidsfør alder, mellom 18 og 67 år. De intervjuet hun mer i dybden.

I tillegg intervjuet hun 22 hjerneslagrammete opptil ni år etter slaget, for å se hvilket behov det er for psykososial oppfølging i et lengre perspektiv. Hun tok også åtte fra den første og åtte fra den andre gruppen for å se om det utpekte seg noen tendenser hos de med og uten intervensjon. Det så ut til at de med intervensjon hadde det bedre kort tid etter intervensjonen.

MARGINALISERES. – Forskningslitteraturen har i liten grad skilt mellom unge og eldre personer med hjerneslag. Jeg tenkte det måtte være forskjell på å være for eksempel 40 og 80 år og bli rammet av hjerneslag, sier hun.

– Hva fant du?

– Mange blir marginalisert i arbeidslivet, blant venner og familie. Noen settes utenfor av andre og får ikke slippe til, noen gjør det selv og kan for eksempel være redde for å få et nytt slag. Ellers fant jeg at dette er en veldig uensartet gruppe med helt ulike behov, men de fleste savnet bedre oppfølging. Kun én av alle de 47 deltakerne hadde individuell plan, og den ene fungerte heller ikke særlig bra.

«Kun én av alle de 47 deltakerne hadde individuell plan.»

TO GRUPPER. *– Noen grupper som helsepersonell bør være ekstra oppmerksomme på?*

– De unge uetablerte og de som er foreldre vil ofte trenge ekstra oppfølging fra kommunen. De er to ulike grupper som vil trenge ulike tiltak.

– Hva trenger de uetablerte?

– De er i en sårbar fase av livet der de skal løsrive seg fra foreldre og skape seg et selvstendig liv med utdanning og jobb. Når de får slag, mister de ofte den naturlige kontaktflaten gjennom studier/venner/jobb og isolerer seg hjemme. Det kan får store konsekvenser for resten av livet, og de er ekstra utsatt for å få depresjon og angst. De trenger først og fremst noen å snakke med, og noen som kan hjelpe til å finne fram i jungelen av ulike hjelpeinstanser.

– Og de som er foreldre?

– Disse trenger også noen å snakke med, men kan i tillegg trenge avlastning. En alenemor jeg snakket med kunne trengt ekstra hjelp til barnepass og hjelp i huset for eksempel. En far sa han ønsket hjelp fra skole og helsesøster til å forklare for tenåringssønnen hvordan et hjerneslag virker inn på dagliglivet. Lærere bør varsles hvis en av elevene har en mor eller far som har fått hjerneslag. Da kan de legge til rette og varsle helsesøster også, som kan følge opp eleven.

USYNLIGE SYMPTOMER. En undersøkelse fra Sunnaas sykehus viser at nær halvparten av slagpasientene sliter med angst og depresjon flere år etter slaget.

Psykolog Hilde Bergersen fortalte nylig til NRK-programmet Puls at mange unge sliter spesielt mye med at de vil høre til, bidra og leve som før.

Samtaler: Randi Martinsen har vært med og utviklet en samtalebasert intervensjon for hjerneslagpasienter som kommunale sykepleiere og ergoterapeuter nå undervises i å bruke.

Men det går ikke alltid når de er blitt rammet av et slag.

– Unge kan raskt trene seg opp igjen, og kan se friske ut selv om de ikke er det. Mange sliter med hukommelse og tretthet, sa hun til Puls.

Mens Randi Martinsen arbeidet med doktorgraden, gikk det opp for henne hvor usynlige symptomene til denne gruppen er.

– Flere unge får mindre slag, og mange av dem har ikke halvsidige lammelser, sier hun.

VIDERE FORSKNING. Martinsen og kolleger er nå i oppstartsfasen av en ny studie med 400 deltakere som skal rekrutteres innen utgangen av 2015. Der skal de se om den dialogbaserte sykepleieintervensjonen de har utviklet har effekt.

«De unge uetablerte og de som er foreldre vil ofte trenge ekstra oppfølging.»

Intervensjonen er forsøkt kvalitetssikret ved å være laget etter et rammeverk for utvikling av intervensjoner fra Storbritannia. Martinsen mener det blir spennende å se resultatet, siden mange intervensjoner viser seg å ha liten effekt i studier.

– Vi er i gang med å kurse de helsearbeiderne som skal drive samtalene. De er ergoterapeuter og sykepleiere, og vi vil antakelig trenge mellom 30 og 40 stykker.

FOR HJEMMETJENESTEN. – Skulle samtalene vise seg å ha effekt, blir neste skritt å implementere dette ute i kommunene. Man kan for eksempel tenke seg at dette blir en del av det hjemmetjenesten må kunne tilby, sier Martinsen.

Hun tror tiltaket vil ha effekt.

– Å få snakke om situasjonen sin er forebyggende i seg selv. Å få snakke med noen som forstår og kan rådgi i tillegg, er noe de i intervensjonsstudien evaluerte positivt. Disse menneskene skal leve i mange år etter slaget, så det er flott om vi med enkle tiltak kan hindre seinproblemene og kanskje hjelpe noen tilbake i jobb. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

BRILLER PÅ OPERASJONSSTUEN

Smittefare. Briller utgjør en like stor risiko som smykker.

FORDYPNINGSOPPGAVE:
Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori

DOI-NUMMER:
10.4220/sykepleiens.2014.0168

Ann-Chatrin Leonardsen, PhD-stipendiat Sykehuset Østfold, anestesisykepleier, master i tverrfaglig samarbeid, redaktør InspirA

Therese Grundstrøm Leypoldt, operasjonssykepleier, Sykehuset Østfold

Charlotte Brarud, operasjonssykepleier, Sykehuset Østfold

Sykehusinfeksjoner rammer cirka 60 000 pasienter i norske sykehus hvert år. Av disse dør 3400 pasienter. 15–25 prosent rammes av postoperative sårinfeksjoner (1). Sårinfeksjoner er uheldige komplikasjoner som kan medføre store belastninger både for pasienter og samfunn. For pasienter kan det føre til alvorlig sykdom, intensiv behandling, lengre liggetid, redusert funksjonsnivå, smerter og økt dødelighet. Anslagsvis koster dette samfunnet mer enn en milliard kroner årlig. Forskning viser at 20 prosent av disse infeksjonene kan forebygges (2).

Forebygging av sykehusinfeksjoner er regulert gjennom «Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner». Formålet er å forebygge og begrense forekomst av infeksjoner i sykehus og andre helseinstitusjoner. Helsepersonell er lovpålagt å utføre tjenesten forsvarlig, og har en selvstendig plikt til å unngå skader (3,4).

Smittevernrutiner er grunnleggende i forebygging og kontroll av sykehusinfeksjoner. Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av arbeidstøy som inkluderer smykkebruk, ringer og piercing, samt bestemmelser om negler, hår og skjegg i helseinstitusjoner nasjonalt (5).

Vår hypotese var at personlige briller utgjør en like stor smitterisiko som smykker. Ifølge hygienesykepleier ved et middels stort sykehus på Østlandet, er det ikke utarbeidet noen retningslinjer for bruk av egen brille i operasjonsavdelingen.

Med bakgrunn i dette ønsket vi å undersøke: Kan bruk av personlig brille i operasjonsavdelingen utgjøre en smitterisiko for operasjonspasienten? Og hvis så er tilfelle: Hvilke tiltak kan eventuelt iverksettes for å forebygge smitteoverføring?

OPERASJONSPASIENTEN. Minst en tredjedel av sykehusinfeksjoner er forårsaket av infeksjoner fra pasientens egen normalflora (6). Staphylococcer kan overleve i hud- og støvpartikler i tre til ti måneder, og kan spres både ved direkte og indirekte kontakt, og via luft. Den dominerende bakterietypen ved postoperative sårinfeksjoner er S. aureus og S. epidermis. Dyp sårinfeksjon kan oppstå fra 30 dager opptil ett år etter det kirurgiske inngrepet. Forskning viser at 25 prosent av infeksjonene forårsaket av S. aureus kommer fra personell på operasjonsstuen, 25 prosent fra pasienten selv og resten fra miljøet per- eller postoperativt (1).

De aller fleste infeksjoner som er forårsaket av S. aureus er overfladiske infeksjoner i huden. Bakterien kan i sjeldne tilfeller gå over i blodet og gi alvorlige tilstander hos operasjonspasienten, som: sepsis, osteomylitt, pneumoni, ulike abscesser og endokarditt (6). S. aureus kan ikke penetrere frisk hud eller friske slimhinner, og er derfor stort sett ufarlig for friske mennesker (1).

PÅ ORTOPEDEN. I Storbritannia utførte man i 2012 en studie om bruk av egen brille i operasjonsavdelingen. Formålet var å vurdere bakteriell kontaminering av 20 briller fra kirurger på en ortopedisk operasjonsavdeling. Av 20 briller var 19 kontaminert med S. epidermis. På tre av brillene var det i tillegg oppvekst av Stafylococcus hemolyticus eller Xylosus, og en hadde oppvekst av S. aureus.

Ingen av de brillene som ble testet hadde vært berørt av kirurgens hender under operasjon, og ingen var mistet i operasjonssåret. Studiens konklusjon var at briller er en mulig

> **«Ingen av de brillene som ble testet hadde vært berørt av kirurgens hender under operasjon.»**

Fakta

Hovedbudskap

Studiens funn viser at kontaminerte briller kan utgjøre en like stor smitterisiko peroperativt som bruk av smykker. Rengjøring av brille er et billig og effektivt tiltak for å forebygge smitte og infeksjoner.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hygiene
- Operasjon
- Smitte

Tiltale: Desinfeksjon, bruk av visir, maske eller hjelm hindrer smitte effektivt. Foto: Colourbox

Tabell 1: Bakterievekst ved prøvetaking av briller i en operasjonsavdeling

	Funn bakterier:			Oppvekst av bakterier:			
	Antall pers.	Staph. Epidermis	Staph. Aureus	Ingen (0)	Sparsom <10	Moderat 10>	Rikelig 500>
Vernebriller i Opr.avdelingen	12	2	0	10	1	1	0
Personlig brille Opr.sykepl.	5	5	0	0	2	3	0
Personlig brille Anestesisykepl.	4	4	0	0	2	1	1
Personlig brille Operatør	4	3	0	1	0	0	3
Personlig brille Renholder/ Hjelpepleier	5	5	1	0	3	1	0

kilde til kirurgisk infeksjon. I tillegg konkluderte studien med at ulike effektive smitteverntiltak kan være desinfeksjon av briller, bruk av visir, maske eller hjelm. Studien viste til at mulige kontaminasjonsveier kunne være direkte kontakt mellom briller og såret, direkte kontakt med kirurgens hender, eller at brillen ble mistet over de sterile instrumentene og eventuelt sårsprut fra pasientens operasjonssår. Luftbåren kontaminasjon ble også påpekt som mulig smittevei i forhold til at mikrober kan feste seg til brillen (7).

FREMGANGSMÅTE. Vi ønsket å kartlegge hvilke mikrober som eventuelt fantes på personlige briller og vernebriller i operasjonsavdelingen. Vernebriller er briller som ligger plassert i operasjonsavdelingen til bruk for personalet ved behov. Vi valgte å inkludere disse i studien for å se om det var forskjeller på disse kontra personlige briller.

Vi opprettet kontakt med hygienesykepleier ved sykehuset, som instruerte oss i den praktiske gjennomføringen. Hun sto også for kontakten med mikrobiologisk avdeling, som bidro med å bearbeide materialet fra prøvene.

Vi valgte å utføre undersøkelsen på en dagvakt i operasjonsavdelingen. Seksjonsleder informerte de ansatte om undersøkelsen på morgenmøtet. I tillegg fikk de utlevert et informasjonsskriv om studien. Vi unnlot å informere lang tid i forkant, slik at man ikke skulle ha anledning til å «forberede seg». Deretter utførte vi undersøkelsen i løpet av fire timer.

Under brilletestingen hadde vi en tralle med utstyr som bestod av sterilt vann og prøvesett til bakteriologisk dyrkning. Prøvesettet besto av et plastrør med en steril vattpinne med forseiling. I tillegg vasket vi hendene med Antibac mellom hver prøvetagning, for å unngå kontaminering av prøvene fra våre hender.

Etter gjennomført undersøkelse kontaktet vi hygienesykepleieren, og i fellesskap overleverte vi prøvematerialet til mikrobiologisk avdeling. Etter to dager forelå resultatet på undersøkelsen.

Alle ansatte som ønsket å delta i undersøkelsen på den aktuelle vakten ble testet. Vi testet 18 briller fra operatører, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, hjelpepleiere og renholdere. Deretter testet vi tolv vernebriller.

«Ti av tolv vernebriller hadde ikke oppvekst av mikrober.»

FUNN. Det ble gjort funn av bakteriene S. epidermis og S. aureus. Tabellen (over) viser at forekomsten av S. epidermis er betydelig større enn S. aureus.

Bakteriene er inndelt i mengde i de ulike kolonnene. Verdien 0 indikerer ingen oppvekst av bakterier. Under (<)10 kolonier viser sparsom oppvekst, over 10 (>) kolonier viser moderat oppvekst og over 500 (>) kolonier viser at det er rikelig oppvekst av bakterier i prøvematerialet. En koloni vil si at det er oppvekst av store til enorme mengder bakterier. Det kan ifølge mikrobiologisk avdeling være alt fra tusenvis til millioner av bakterier.

Av 12 vernebriller var 83,3 prosent uten funn av mikrober og 16,7 prosent med sparsom til moderat oppvekst av S. epidermis.

88,8 prosent av de personlige brillene hadde oppvekst av bakterier. På 83,3 prosent var det oppvekst av S. epidermis i ulike mengder, 5,5 prosent hadde i tillegg

oppvekst av S.aureus, mens 11,1 prosent var uten oppvekst.

Brillene som tilhørte operasjonssykepleiere viser funn fra sparsom til moderat oppvekst av S. epidermis. Funn på anestesisykepleieres briller viste fra sparsom til rikelig oppvekst av S.epidermis. Operatørenes briller hadde fra ingen, til overvekt av rikelig oppvekst av S. epidermis. Renholdere og hjelpepleiere representerte 16,6 prosent i undersøkelsen. Her ble det gjort funn av både S. epidermis fra sparsomt til moderat oppvekst, til 5,5 prosent med funn av S. aureus. Dette var ifølge mikrobiologisk avdeling det eneste patogene funnet i studien.

Det var tilnærmet likt antall deltakere i de ulike yrkesgruppene.

Funnene i undersøkelsen viste at det var vesentlig større oppvekst av bakterier på personalets personlige briller kontra vernebrillene i avdelingen. De personlige brillene kan altså medføre en smitterisiko for pasientene.

TILTAK FOR Å FOREBYGGE. I Helse Sør-Øst ble det i 2012 innført nulltoleranse for smykkebruk (8). Nulltoleransen inkluderer ringer, klokker, piercing og armbånd. I tillegg er det strenge krav til hvordan arbeidsantrekket skal være for personalet i en operasjonsavdeling (5).

Man kan ikke kreve at briller skal fjernes fra operasjonsavdelingen, men briller bør kanskje inkluderes som en del av arbeidsantrekket? De ansatte bruker briller på og utenfor avdelingen daglig, og kan da ta med seg mikrober til og fra avdelingen. Studien fra Storbritannia (7) anser kontaminerte briller som en smittekilde. Funn i denne studien samsvarer med våre. Da alle yrkesgruppene hadde mikrobefunn vil det si at de som bruker personlige briller er potensielle smittekilder i operasjonsavdelingen.

Tre av fire operatører hadde rikelig oppvekst av mikroben S. epidermis på sine personlige briller. Det ble også funnet oppvekst på operasjonssykepleieres briller. Dette er tankevekkende, siden disse er nærmest operasjonsfeltet. Det er dermed størst sjanse for at smitteoverføring skjer fra en av disse gruppene av helsepersonell.

RISIKO. Nasjonal veileder for håndhygiene (9) understreker at risikoen ved at personalet bærer smykker er at man hyppig berører smykkene med sine hender, og at håndhygiene ikke blir utført mellom hver berøring. Det samme vil være gjeldende for bruk av briller. Mikroben kan igjen videreføres fra operasjonssykepleierens eller operatørens kontaminerte hender til operasjonssåret. Faren for smitteoverføring er likevel mindre når man befinner seg i det sterile operasjonsfeltet, siden man har prosedyrer på ikke å berøre usterile kontaktflater som briller etter utført kirurgisk håndvask, steril påkledning og bruk av sterile doble hansker (5).

Ifølge Butt et al. (7) kan det forekomme at sprut fra operasjonssåret treffer operatørens brille, som igjen kan kontaminere operasjonspasienten ved tilbakeslag. En annen situasjon kan være at operatøren eller operasjonssykepleieren er uheldig og mister brillene sine over de sterile instrumentene. Dette har vi selv har vært vitne til. En annen indirekte smittevei kan være luftbåren kontaminering. Det vil si at mikrober kan bli virvlet opp fra støv og gjennom luften feste seg til brillen og videreføres til operasjonssåret (5).

Et effektivt og enkelt tiltak for å bryte dette er korrekt utført håndhygiene og rengjøring av brillene regelmessig. I tillegg er det viktig med hyppig rengjøring på operasjonsavdelingen og et velfungerende ventilasjonsanlegg (6). For å redusere faren for å miste briller inn i pasientens buk eller over instrumentene, kan man utføre tiltak som å sette en teip på brillen ved nesen eller ha strikk eller strammebånd på brillestengene.

VERNEBRILLER. Ti av tolv vernebriller hadde ikke oppvekst av mikrober. Dette kan forklares ved at vernebrillene som lagres i avdelingen vaskes etter bruk, og rengjøringsrutinene for disse er dermed å anta som tilfredsstillende. De vaskes med såpe og vann etter hvert inngrep, og blir rengjort med Vircon; desinfiserende såpe, når pasienten har en form for smitte. Butt et al. anbefaler at alle briller desinfiseres (7). S. aureus og S. epidermis er følsomme for desinfeksjonsmidler.

De ansatte argument for ikke å utføre desinfeksjon av sine briller, er at de er bekymret for at de skal bli ødelagt da brillene ofte er kostbare. Dette kom fram i uformelle samtaler. Ifølge en brillerensfabrikant fikk vi informasjon om at brillerens som inneholder isopropanol generelt kan brukes for å fjerne mikrober og rengjøre brillene uten at de ødelegges. 70 prosent desinfeksjonssprit inneholder derimot Etanol, som ifølge fabrikanten kan ødelegge briller ved at brilleinnfatningen kan tape farge eller at plasten blir porøs.

«Tre av fire operatører hadde rikelig oppvekst av mikroben S. epidermis på sine personlige briller.»

Per i dag har ikke operasjonsavdelingen et egnet produkt for rengjøring, og dette medfører at personalet ikke får fulgt opp et viktig forebyggende tiltak mot sårinfeksjoner.

KONKLUSJON. Ifølge studiens funn er det sannsynlig at kontaminerte briller utgjør en like stor smitterisiko for postoperative sårinfeksjoner som bruk av smykker. God håndhygiene er allmenn anerkjent som det sannsynligvis viktigste tiltaket mot smittespredning i sykehus.

Enkel rengjøring som utføres på vernebriller i operasjonsavdelingen har med grunnlag i teori og funn forebyggende effekt på sykehusinfeksjoner. Denne prosedyren anbefales gjennomført også ved bruk av personlig brille i operasjonsavdelingen. Rengjøring av brille er et billig og effektivt tiltak i forhold til hva en sårinfeksjon koster samfunnet. Per i dag er dette ikke rutine ved norske sykehus. Vi har i vår studie inkludert alt personell som er involvert i arbeidet med operasjonspasienten, i motsetning til tidligere utførte studier. Vi mener å ha påvist at personlige briller utgjør en smitterisiko for operasjonspasienter.

Under gjennomføring av undersøkelsen hadde deltakerne mulighet å påvirke prøvesvarene, siden selve undersøkelsen tok fire timer fra felles informasjon på morgenmøte til alle brilletestene var utført. Det vil si at deltakerne hadde mulighet til å vaske sine briller før vi utførte den bakteriologiske testen.

Utvalget er forholdsvis lite, men vi mener likevel å ha påvist en viktig utfordring i operasjonsavdelingen. ●

REFERANSER:

1. Andersen BM. Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus, Ullevål Universitetssykehus. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.,2005.
2. Rafoss LHS.(2012).http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/795951/hygienetiltak-har-effekt (06.04.2013).
3. Smittevernloven.(1996). http://www.lovdata.no/all/nl-19940805-055.html (06.03.2013).
4. Statens helsetilsyn.(1996). http://www.fhi.no/dokumenter/ece1725f87.pdf (06.03.2013).Brekken RS, Hansen I, Loraas LM.Hygiene og infeksjonsforebygging. I: Dåvøy GM, Eide PH, Hansen I(red.). Operasjonssykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.,2011.
6. Tjade T. Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer. Bergen: Fagbokforlaget, 2011.
7. Butt U, Saleem U, Yousuf K, El-Bouni T, Chambler A, Eid AS. Infection risk from surgeons' eyeglasses. J orthop Surg 2012; 20(1): 75-7.
8. Mikkelsen B.(2012).Hentet 6.mars 2013 frahttp://www.helsesorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2012/15.%20mars/0142012%20Saksframlegg%20%20Tiltak%20for%20%C3%A5%20forebygge%20infeksjoner
9. Folkeinstituttet. (2004). Nasjonal veileder for håndhygiene. http://www.helsesorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2012/15.%20mars/014-2012%20Saksframlegg%20-%20Tiltak%20for%20%C3%A5%20forebygge%20infeksjoner.pdf (06.03.2013).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

Profesjonsetikk. Det viktigste vi kan gjøre for å styrke sykepleierrollen og sykepleiens profesjonsetikk, er å fokusere på sykepleierens moralske og faglige autonomi.

Sykepleie og ondskap

Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Forrige gang skrev om jeg tyske sykepleieres deltakelse i Holocaust. Jeg beskrev hvordan det er godt dokumentert at sykepleiere i Tyskland deltok i alle deler av nazistenes utryddingsprogram; tvangssteriliseringene, og drapene på barn, handikappete og psykiatriske pasienter i eutanasiprogrammet. Hva som er mest urovekkende ved dette er hvordan det kunne skje. Og det spørsmålet som kanskje er viktigst å besvare er hvordan forhindre at et tilsvarende sammenbrudd i profesjonsetikk skal kunne skje igjen.

KORT VEI TIL ONDSKAP. Det er mange forklaringer på hvordan sivilisasjonssammenbruddet kunne skje; historiske, kulturelle, ideologiske, politiske, sosialpsykologiske og maktteoretiske. Fra mitt synspunkt er imidlertid det mest gåtefulle og kanskje mest urovekkende to ting: For det første, mangel på empati. Hvordan kan det være så lett «å skru» av dypt situerte og nedarvete motstandsmekanismer mot å påføre andre mennesker smerte og lidelse, så man til og med som sykepleier kunne være med på å gi barn smertefulle intrakardiale Fenolinjeksjoner, eller sulte dem i hjel på store sovesaler? Det er en gåte hvordan vi mennesker på den ene siden er forankret i en form for hverdagslig anstendighet, der vi stort sett oppfører oss ordentlig, er vennlige og imøtekommende og vil hverandre og også fremmede vel. På den andre siden er det avgrunner i oss vi nesten ikke kan våge å skue ned i. Og hvordan kunne dette med så stort omfang skje med sykepleien, som tross alt hadde en forankret etisk tradisjon i kristendom, nestekjærlighet og en lang diakonal barmhjertighetstradisjon i Tyskland.

«Det var også respekt og lydighet for legen som overordnet som man dekket seg bak i sitt forsvar under rettsoppgjørene i tiden like etter krigen.»

KRITISK REFLEKSJON. Hvordan legitimerte så sykepleieren mordene? En kombinasjon av kollektivistiske og økonomiske argumenter og lydighet overfor autoritetene viste seg å bli en dødelig blanding. Sykepleierne ble lært opp til å underordne hensynet til den enkelte pasient målsettingen om å bedre helsen til hele folket. På den andre siden oppga de tyske sykepleierne nesten alle som en lydighet som en viktig grunn for sin deltakelse i eutanasiprogrammet. Deres plikt var å følge legenes ordre.

Det var også respekt og lydighet overfor legen som overordnet sykepleierne dekket seg bak i sitt forsvar under rettsoppgjørene i tiden like etter krigen. Lydighet, ikke nazisme og ikke ideologi, var en av de viktigste grunnene til sykepleiernes ugjerninger. Hva sier det oss i dag? Jo, det sier oss at noe av det viktigste vi i dag kan gjøre for å styrke sykepleierrollen og sykepleiens profesjonsetikk, er å fokusere på sykepleierens moralsk og faglige autonomi. Det innebærer å kunne tenke selv, nødvendigheten av å kritisere autoriteter og idealer man ikke tror på og samtidig å kunne gi gode grunner for kritikk og egne handlinger. Evnen til kritisk refleksjon sammen med en respekt for menneskeverdet til den enkelte pasient og pårørende er således sementen i profesjonsetikken. Etikk uten refleksjon og kritikk av illegitim makt, av undertrykking og lydighet og lojalitet for lojalitetens skyld, er ingen etikk. Dette må vi lære studentene, dette må vi innprente i hver enkelt vi i dag utdanner. Kanskje Jens Bjørnebos ord til «En ung mann som vil frem i verden» skulle henge på veggen i hver høyskole. Slik lyder de fire første vers:

«Det første bud er ganske lett. De som er flest har alltid rett.
Tenk alltid på hva folk vil si og ta den sterkestes parti.
Og tviler du så hold deg taus – til du ser hvem som får applaus
Tenk nøye ut hva du bør mene. Det kan bli dyrt å stå alene».

EUTANASI OG RESSURSKNAPPHET. En av de viktigste grunnene til nazistenes tvangssterilisering av «uønskete individer» og til drapene i eutanasiprogrammet, var ikke eugeniske. De var heller ikke primært rasebiologiske eller antisemittiske, men

Rådet for sykepleieetikk

Rådet for sykepleieetikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.
● Telefon: 99 04 91 69 ● e-post: berit.daae.hustad@sykepleierforbundet.no

DOI NUMMER: 10.4220/sykepleiens.2014.0177

de var i stor grad politiske og økonomiske. Etter nederlaget i den første verdenskrig var det nedgangstider i Tyskland. Særlig var det i Weimarrepublikkens siste dager stor sosial nød og arbeidsløshet. Det var stor mangel på sykehussenger, og denne mangel på behandlingsplasser ble særlig akutt når krigen på Østfronten begynte å gå dårlig, når sykehusene ble bombet av de allierte og sårete soldater i tusener vendte hjem fra slagmarken. Skulle senger da brukes til dem som ikke var produktive og som bare la beslag på ressurser som ellers kunne komme befolkningen til gode?

Som historikeren Michael Burleigh sier, skal man huske på at noe av nazistenes mest inhumane politikk hadde sitt utspring i Weimarperiodens diskusjon om «the useless eaters», pasienten som fylte særlig de psykiatriske institusjonene og som la bånd på samfunnets effektive ressursutnyttelse. Senere, som Burleigh også påpeker, ble fysisk og psykisk utviklingshemmete drept for å spare penger og ressurser til den kommende krigen. Medisinske grunner ble fabrikkert for å legitimere drapene (Burleigh 1994).

Man skal ikke dra sammenlikninger for langt, men tanker slår en om hvor lett politikken og økonomien kan få forrang for etikken og hvor farlig det kan være å snakke om individer som uønskete, om det å bli gammel og syk som uverdig, eller om tilstander som belastning for pårørende. Særlig i krise og nedgangstider kan det man ikke trodde var mulig faktisk bli praktisk politikk. ●

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

REFERANSER:

1. Burleigh M. Death and Deliverance – Euthanasia in Germany 1900-1945, London: Cambridge University Press, 1994.

BEDRE TILBUD TIL HJERTESYKE

Vellykket. Planlagt oppgaveglidning har vært en suksess ved St. Olavs Hospital.

DELPROSJEKTER

Artikkelen bygger på

60% praksis

40% teori

DOI - NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0169

Marit Inderhaug Husby, intensivsykepleier og fagsykepleier, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Ann-Elise Antonsen, sykepleier, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Hans Olav Nilsen, sykepleier og ekkotekniker, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Tone Ryggvik, sykepleier, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Kari Hanne Gjeilo, forskningssykepleier og førsteamanuensis, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Det medisinske fakultet (NTNU).

Erfaringer fra flere prosjekter ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, viser at planlagt oppgaveglidning kan bidra til et bedre pasienttilbud, kompetanseutvikling, fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse.

ENDRINGER. Helsesektoren endrer seg kontinuerlig og står ovenfor store fremtidige personellutfordringer som følge av den demografiske og medisinske utviklingen, endringer i pasienters preferanser, sykdomspanoramaet, lovverk og økonomiske rammevilkår (1–3). Innenfor det kardiologiske fagfeltet har utviklingen ført til endringer i oppgavefordelingen mellom profesjonene. Sykepleiernes funksjon har gått fra å være en assistentrolle til mer selvstendig fagutøvelse. Sykepleiernes rolle i poliklinisk oppfølging av kardiologiske pasienter er ett eksempel på at sykepleierne i større grad har fått en mer selvstendig og spesialisert rolle enn tidligere (4–5).

NYE OPPGAVER. En konsekvens av nye arbeidsformer er det som kalles oppgaveglidning eller jobbglidning. Begrepene brukes ofte synonymt, men flere hevder at begrepet oppgaveglidning er mer dekkende enn jobbglidning da det dreier seg om at noen oppgaver, ikke jobber, overtas av annet personell eller yrkesgrupper (1,6–7). Hensikten med oppgaveglidning er oftest å utnytte personalet bedre, samt økonomisk og kapasitetsmessig gevinst. Det kan også være en konsekvens av nye arbeidsoppgaver knyttet til nye behandlingstilbud. Nye måter å organisere tjenestene på kan gi gevinst i form av fleksibilitet og bedre utnyttelse av ressursene (1, 7). Oppgaveglidning mellom profesjoner er imidlertid ikke uproblematisk og har vært gjenstand for kontinuerlig debatt (8–9).

Denne artikkelen beskriver og drøfter erfaringer fra satsingen på oppgaveglidning knyttet til fire ulike delprosjekter ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital. Vi tror at en så omfattende satsing på oppgaveglidning i en og samme klinikk innen en kort tidsperiode kan ha overføringsverdi til andre helseforetak.

> **«Pasientgruppen med hjertesvikt er økende.»**

PROSJEKTER. I 2012 utlyste Helse Midt-Norge RHF midler til prosjekter som skulle bidra til bedre organisering, samarbeid på tvers og faglig utvikling innen spesialisthelsetjenesten. Målet var å stimulere til konkrete prosjekter som kunne bidra til nye måter å løse oppgaver på og samtidig gi varige endringer (10). Klinikk for hjertemedisin fikk tildelt midler til fire delprosjekter med en varighet på ett år.

Klinikk for hjertemedisin har lokalsykehusfunksjon for Trondheim og nærliggende kommuner. I tillegg har klinikken en betydelig regionsfunksjon. Det er stor pågang av pasienter, antall avdelingsopphold stiger, samtidig som liggetiden er redusert. Utviklingen er en utfordring med hensyn til personellressurser. Det ble identifisert områder som var aktuelle for oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Dette var:

- Etablering av atrieflimmerpoliklinikk
- Styrking av eksisterende sykepleiebasert hjertesviktpoliklinikk
- Kontroll av pasienter med elektrofysiologiske implantater (pacemaker/hjertestarter)
- Kardial ultralyd

POLIKLINIKK. Atrieflimmer er en vanlig hjerterytmeforstyrrelse, med prevalens på 1–2 prosent i den generelle befolkningen (11). Antall pasienter med atrieflimmer øker samtidig som oppfølgingen av disse pasientene blir stadig mer omfattende og kompleks. Behandlingstilbudet er i stor grad endret i løpet av de siste ti årene, både

Fakta

Hovedbudskap

Erfaringer fra flere prosjekter ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, viser at oppgaveglidning, med tydelig definerte mål og et godt samarbeid mellom leger og sykepleiere bidrar til at flere pasienter behandles i tråd med etablerte retningslinjer for hjertesykdom. Omfordeling av arbeidsoppgaver har ført til bedre ressursutnyttelse og kapasitetsmessig gevinst. Sykepleiere med høy kompetanse har hatt en selvstendig funksjon og bidratt til forsvarlig behandling med god kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjerte- og karsykdom
- Hjertearytmi
- Hjertesvikt

Stort behov: Forespørselen etter ekkokardiografi av pasienter ved St Olavs har økt. Det var derfor behov for å øke kapasiteten. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix

medikamentelt og med en betydelig utvikling innen ablasjonsbehandling (12). Det er nødvendig med tett oppfølging av pasientene både i for- og etterkant av de ulike behandlingsalternativene.

For å imøtekomme disse utfordringene ble det opprettet en sykepleierdrevet atrieflimmerpoliklinikk med to sykepleiere i 50 prosent stilling. Begge hadde lang erfaring med pasientgruppen og en hadde videreutdanning i kardiologisk sykepleie. Poliklinikken ble etablert i nært samarbeid med kardiologene. Hensikten med tilbudet var å redusere antallet innleggelser, redusere ventetiden til polikliniske konsultasjoner, optimalisere medisinsk behandling, bidra til bedre symptomkontroll og trygghet for pasientene og å være et kontaktpunkt for fastlegene.

KONTINUITET. Selvstendige sykepleierkonsultasjoner med oppfølging og koordinering av behandlingsalternativ ble gitt til pasienteriforbindelsemedablasjonsbehandling, elektrokonvertering, oppfølging og kontroll ved oppstart av antiarytmika og antitrombotiske medikamenter. Sykepleierne vurderte i samarbeid med kardiolog oppstart av blodfortynnende etter etablerte skåringssystemer (11). Prosjektet har bidratt til bedre kontinuitet for pasientene. De har fått et fast sted å henvende seg og det er lav terskel for å ta kontakt for å avtale konsultasjon eller be om en avklaring over telefon. Tilbudet er bedret ved at pasientene kan ta direkte kontakt for å avtale behandling, for eksempel i form av elektrokonvertering.

«Prosjektene har bidratt til et mer sømløst pasientforløp.»

HJERTESVIKT. Pasientgruppen med hjertesvikt er økende. Dette er i stor grad eldre pasienter da prevalensen av hjertesvikt øker med alderen. Hjertesvikt er en kronisk tilstand som fører til hyppige innleggelser i sykehus (13-15). Hjertesviktpoliklinikker er et viktig tiltak for å imøtekomme behovet for spesialiserte helsetjenester til pasienter med hjertesvikt og bidrar til å redusere reinnleggelser og mortalitet. Virksomheten krever spesialisert kompetanse (14).

Hjertesviktpoliklinikken er sykepleierdrevet med kardiolog som medisinsk ansvarlig. Formålet med prosjektet var å styrke, videreutvikle og øke aktiviteten ved den eksisterende hjertesviktpoliklinikken. Det ble tilført to halve sykepleierstillinger. Sykepleierne hadde lang klinisk erfaring og én hadde videreutdanning i kardiologisk sykepleie. Optimalisering av medikamentbruk og veiledning

til pasienter og pårørende om egenkontroll er sentrale elementer i en konsultasjon. Palliativ behandling med stor vekt på omsorg er aktuelt for pasienter med langtkommet hjertesvikt. Sykepleierne har en koordinerende funksjon, både tverrfaglig, mot primærhelsetjenesten og ved innleggelse av pasienter med dekompensert hjertesvikt som ikke kan behandles poliklinisk. Det er opprettet et nytt tilbud med søvnregistrering til hjertesviktpasienter med mistanke om søvnapné (16). I tillegg vurderes tilgang til andre spesialiserte tjenester ved hjertesvikt, slik som pacemaker og utredning med tanke på mekaniske hjertepumper og hjertetransplantasjon.

Henvisninger, konsultasjoner og antall pasienter som har fått optimalisert og avsluttet behandling har økt. Flere pasienter har fått behandling og oppfølging i tråd med nasjonale og internasjonale standarder (13–15). Antallet nyhenviste pasienter økte med 40 prosent i prosjektperioden (upubliserte data). Vårt inntrykk er at den økte aktiviteten har gitt gevinst for den enkelte pasient og klinikken i form av færre reinnleggelser.

KONTROLL. Stadig flere pasienter får behandling med implantater i form av pacemaker (PM) og hjertestarter (Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD). Det er utviklet IKT-løsninger for fjern- og hjemmemonitorering (17). Det implanteres også flere langtids EKG-registratorer som skal kontrolleres ved symptomer eller avtalte kontroller. Antallet kontroller er doblet de siste ti årene, og implantatene har blitt mer avanserte. På bakgrunn av økningen i implantasjonskontroller ønsket klinikken at en spesialutdannet sykepleier kunne bistå kardiologene. Formålet med prosjektet var å sikre oppfølgingen av pasienter med PM/ICD og øke kapasiteten for å imøtekomme et stadig økende behov for kontroller. Hensikten var å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og å ha en fast fagperson som pasienter og pårørende kunne henvende seg til. Det ble tilført en 100 prosent sykepleierstilling. Sykepleieren hadde lang klinisk erfaring, spesialutdanning i PM-behandling fra universitetet i Lund i Sverige og har fulgt kardiologer i praksis for praktisk opplæring.

Kardiolog og sykepleier har ukentlig gjennomgått hvilke pasienter som skal kontrolleres, og hvilke av disse som kan kontrolleres av sykepleier. Det har vært avgjørende for prosjektet at sykepleieren innehar nødvendig kompetanse for å sikre trygge kontroller, kontinuitet og koordinering i oppfølgingen av pasientgruppen. Prosjektet har bidratt til en økning i kapasiteten. Det har blitt tatt i bruk flere ulike systemer for hjemmemonitorering. Dette har resultert i at antall pasienter med disse løsningene er steget fra 20 til 80. Ytterligere to sykepleiere starter nå opplæring i PM-behandling, noe som bekrefter behovet for denne kompetansen.

UTREDNING. Kardial ultralyd, ekkokardiografi, er ofte første ledd i utredningen av hjertepasienter. Dette er en undersøkelse som gir mye og viktig informasjon om hjertets funksjon, og det er en undersøkelse som bør være lett tilgjengelig (18). Det er en økende forespørsel etter ekkokardiografi av pasienter både internt og fra sykehusets øvrige klinikker. Det var derfor behov for å øke kapasiteten.

Formålet med prosjektet var å øke antall utførte ekkokardiografiske undersøkelser ved ekkolaboratoriet.Klinikken hadde før prosjektstart en ekkotekniker i 80 prosent stilling og så behov for å utdanne to ekkoteknikere som kunne fungere sammen i en 100 prosent stilling. Prosjektet startet derfor med at to sykepleiere gjennomførte «Videreutdanning i ultralyd av hjerte og kar» ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST). Dette er et studium som gir 60 studiepoeng hvor halvparten består av praksis (19). Sykepleierne fikk tett oppfølging fra ekkolaboratoriet med veiledning og praksiserfaring. Utdanningen resulterte i en formell utdanning som ekkotekniker. Ekkoteknikerne gjennomfører den ekkokardiografiske undersøkelsen. De har ansvar for tilstrekkelig bildedokumentasjon og beskrivelse som gjennomgås og kontrasigneres av overlege. Utdanningen av to ekkoteknikere har ført til større kapasitet ved ekkolaboratoriet ved at antall utførte undersøkelser har økt. Aktivitetsøkningen har imidlertid også økt behovet for overlegekompetanse innen ekkokardiografi for supervisjon og kontrasignering.

«Prosjektet har bidratt til en økning i kapasiteten.»

ERFARINGER. Når oppgaveglidning er tema, fokuserer man ofte på mangel på leger og kostnadseffektivitet. I de ulike prosjektene våre har det vært vel så viktig å vektlegge at pasientene skulle få et bedre og mer omfattende tilbud enn tidligere. Vårt inntrykk er at alle delprosjektene har bidratt til bedre pasienttilbud både kvantitativt i form av økt kapasitet, og kvalitativt i form av et godt medisinsk og sykepleiefaglig tilbud. I prosjektperioden ble det gjennomført en pasienttilfredshetsundersøkelse ved St. Olav. Undersøkelsen bekreftet at pasientene generelt sett var godt tilfreds med tilbudet ved klinikken, inkludert de to poliklinikktilbudene som ble evaluert og som var en del av prosjektet.

BEDRE. Opprettelse av atrieflimmerpoliklinikk førte til bedre logistikk, et smidigere pasientforløp og sannsynligvis færre innleggelser av pasienter med atrieflimmer. Hjertesviktpoliklinikken inkluderte betydelig flere pasienter, noe som trolig forebygget antall reinnleggelser. Kapasiteten av kardial ultralyd har økt og flere undersøkelser er utført. Pasienter med behov for ultralyd før utreise ble raskere utskrivningsklare med kortere ventetid på undersøkelsen. Oppfølging og kontroller av pasienter med pacemakere og hjertestartere har økt, herunder oppfølging med fjern- eller hjemmemonitorering. Fjern- eller hjemmemonitorering kan bidra til å fange opp endringer og episoder tidligere, da dette blir avlest uten

at pasienten er på sykehuset for kontroll. Tilbakemeldinger fra pasientene tyder på at de nå opplever lettere tilgang til pasienttilbudene.

KRAV. Helsevesenet har et kontinuerlig krav om stadig bedre ressursutnyttelse. For å imøtekomme dette er det nødvendig med en aktiv holdning til omstilling. Våre prosjekter er eksempler på omstilling som bedrer kapasitet og kvalitet for store pasientgrupper. Klinikkens vurdering er at dette har vært kostnadseffektive omstillingstiltak. Kapasiteten økte i form av flere konsultasjoner og undersøkelser uten økning i antall legestillinger. Flere pasienter har imidlertid ført til flere henvendelser til medisinsk ansvarlig kardiolog og flere kontrasigneringer i pasientjournal.

SPESIALISERTE. Sykepleiere i spesialiserte stillinger gjenspeiler en bevegelse mot en mer selvstendig sykepleierfunksjon. Kompetente sykepleiere utførte oppgavene trygt, sikkert og effektivt. Det ble ikke registrert uheldige hendelser, klager eller avvik i tilknytning til prosjektene. Når sykepleiere overtar nye arbeidsoppgaver må kompetansen økes tilsvarende. Lang klinisk erfaring med pasienter med hjertesykdom, og formell videre- og etterutdanning relatert til de ulike delprosjektene var nødvendig. I løpet av prosjektperioden begynte ytterligere to sykepleiere på videreutdanning i kardiologisk sykepleie.

FRAVÆR. En utfordring vi registrerte var sårbarhet ved fravær. Dette ble dels løst ved at man fordelte arbeidsoppgavene på flere. I tre av fire delprosjekt ble det ansatt to sykepleiere, noe som bidro til å sikre en mer robust oppfølging av pasientene.

Flere av prosjektdeltakerne hadde, i tillegg til prosjektet, en stillingsprosent i andre deler av klinikken og bidro med sin kompetanse der ved behov. Dette har bidratt til viktig erfaringsoverføring internt ved klinikken. Videre har sykepleierne i prosjektene hatt undervisning og foredrag internt, ved videreutdanninger for sykepleiere og andre faglige møteplasser. Delprosjektene var presentert med poster på et eget «Jobbglidningsseminar» i regi av Helse-Midt Norge. Vi tror at potensialet er stort med hensyn til erfaringsoverføring både til andre sykehus og primærhelsetjenesten.

OPPSUMMERING. Alle delprosjektene er videreført etter prosjektperioden. Det er gjort noen justeringer, men pasienttilbudene er videreført og er nå en permanent del av klinikkens virksomhet. Flere konsultasjoner og undersøkelser er overført til sykepleiere og har bidratt til ytterligere spisskompetanse. Nye utfordrende arbeidsoppgaver for noen sykepleiere kan også være et gode i seg selv, samtidig er det viktig at man har riktig kompetanse slik at dette oppleves trygt og er i tråd med kravene til faglig forsvarlighet. En god bieffekt er at sykepleiere som ønsker det får nye og spennende utfordringer, som igjen kan bidra til økt jobbtilfredshet.

Diskusjoner rundt oppgaveglidning kan bidra til eller forsterke eksisterende konflikter mellom profesjoner (8-9). Vår erfaring er at planlagt oppgaveglidning, med tydelig definerte mål og et godt samarbeid mellom leger og spesialutdannete sykepleiere, er positivt. Dette bidrar til at flere pasienter behandles i tråd med etablerte retningslinjer for behandling av pasienter med hjertesykdom.

Omfordeling av arbeidsoppgaver har ført til bedre ressursutnyttelse og kapasitetsmessig gevinst. Sykepleiere med høy kompetanse har hatt en selvstendig funksjon i sine respektive delprosjekter og bidratt til forsvarlig behandling med god kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet. Prosjektene har bidratt til et mer sømløst pasientforløp med god flyt og forutsigbarhet. For å møte en stadig økende strøm av pasienter har Klinikk for hjertemedisin tatt oppgaveglidning ett steg videre med kompetente sykepleiere i en viktig rolle. ●

REFERANSER:

1. Frich J. Jobbglidning – et ledelsesperspektiv. Overlegen. 2012;1:6–8
2. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Rapport 14/2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå. 2012.
3. Helsedirektoratet: Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen. Helsedirektoratets rapport IS-1673 03/2009. Oslo: Helsedirektoratet. 2009.
4. Alm C, Norekvål TM. Sykepleiere i norsk kardiologi: fra pleiefunksjon til aktiv rolle i diagnostikk og behandling. I Forfang K, Rasmussen K, (red). Det norske hjerte. Oslo: Universitetsforlaget. 2007.
5. Fålun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesialkompetanse. Tidsskriftet Sykepleien. 2013;13:68–70.
6. Hustavenes M. Oppgaveglidning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Overlegen. 2012; 1:12–13.
7. Stortingsmelding nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet. 2012.
8. Helle J. Jobbglidning – trussel eller mulighet. Overlegen. 2011;1:4–5.
9. Hofstad E. Tema: Maxisykepleiere. Sykepleien. 2012;7:20–27.
10. Helse-Midt Norge: Blinker ut faglige utviklingsprosjekter. [Hentet 2014-05-26]. Tilgjengelig fra: http://www.helse-midt.no/no/Media/Nyhetsarkiv/Nyheter/Arkiv-2011/Blinker-ut-fagligeutviklingsprosjekter-for-2012/118041/
11. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH. et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. 2012;14:1385- 1413. 12. Gjesdal K. Supraventrukulære arytmier. I Forfang K, Istad H (red). Kardiologi. Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
13. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012;33:1787–1847.
14. McDonagh TA, Blur L, Clark AL, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care Eur J Heart Fail. 2011;13:235–241.
15. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V, Gundersen T, Løchen M-L, Mo R et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforening. 2007;127:174–177.
16. Hetland A. Hjertesvikt og søvnapné. Hjerteforum. 2014;1:34–41.
17. Platou ES. Pacemaker og ICD-behandling. I Forfang K, Istad H (red). Kardiologi. Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
18. Aakhus S. Ekkokardiografi. I Forfang K, Istad H (red). Kardiologi. Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
19. Kildal NH, Mæhle J. Norsk ekkotekniker utdanning: De første studentene snart i mål. Hjerteforum. 2012;3:52–54.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

SANA Helseinteriør AS
Medikamentskap og spesialinnredning
for bruk på land og ombord skip
sana.no
Tlf. 6494 0088
post@sana.no

Nydelig indisk mat
Velkommen til et hyggelig måltid
på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo
Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar
Karl Johans gt 18 c
Telefon 22 42 53 11
www.jaipur.no
JAIPUR Indian Restaurant/Bar
Family operated since 1996

11:02

Pause fra arbeidet

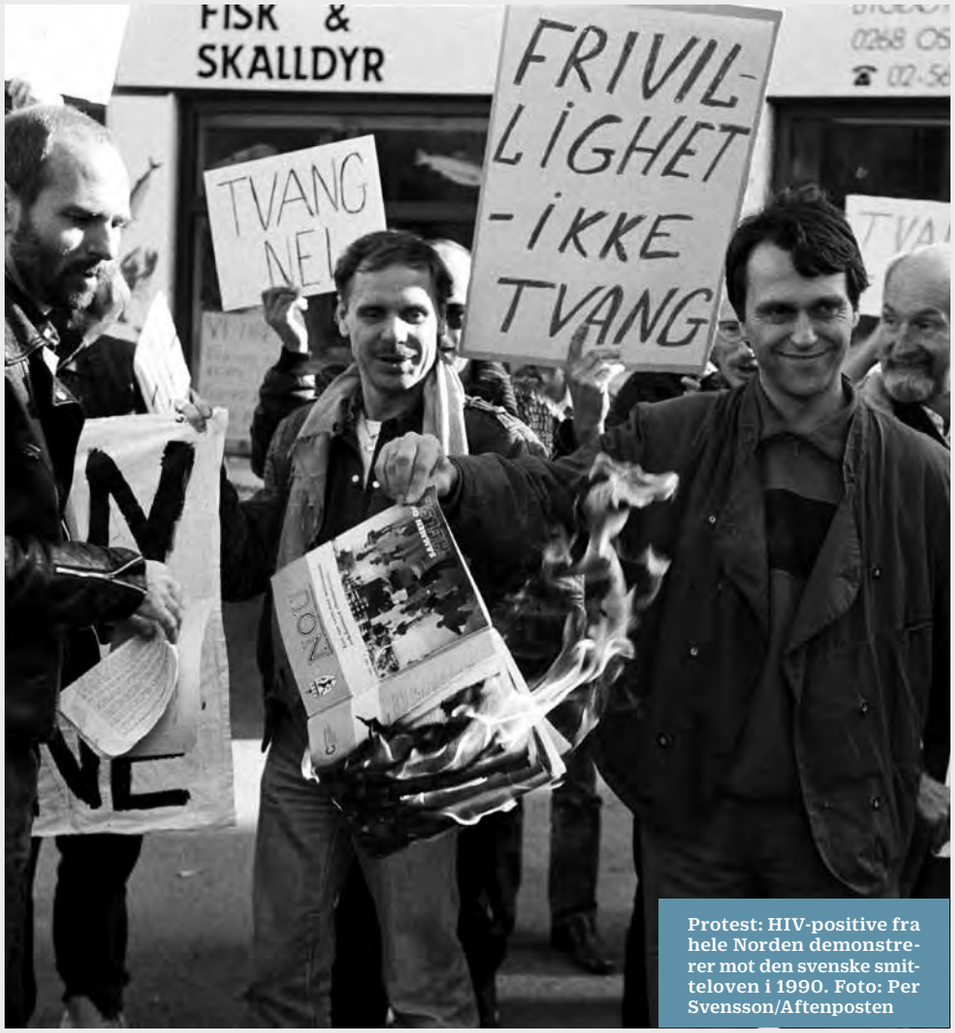
Maten smaker. Rester fra gårsdagens middag og et eple. Diskuterer Sykepleiens tidstyvundersøkelse og snakker om hva vi skal gjøre i helgen. Kanskje litt frisk luft og et toalettbesøk før arbeidet kaller.

Sykepleien

P

Påfyll

Del 3 **Sykepleien 14 | 2014**
Bøker – Kultur – Fakta



Protest: HIV-positive fra hele Norden demonstrerer mot den svenske smitteloven i 1990. Foto: Per Svensson/Aftenposten

Frykt og protest

Hiv. Frykten dominerte da den første aidspasienten i Norge døde. Også sykepleierne overreagerte. **78**

Bøker. Tre bøker om seksualitet. **73**

«Noen av diktene i Epikrisepoesi har det tatt 20 år å skrive.»
Arne Hugo Stølan. **74**

Hva leser du nå?
Funksjonshemming kan åpne noe nytt. **77**

Tekst **Nina Hernæs og Liv Bjørnhaug Johansen**

Info: Skeiv Ungdom har laget film for å opplyse helsepersonell. Illustrasjon: Colourbox/Sykepleien

Laget transefilm

ERFARINGER: Skeiv Ungdom har laget informasjonsfilmen «Se oss». Den skal gi helsepersonell og andre som jobber med barn og unge innsikt i hva transpersoner opplever og gjennomgår.

Bak filmen står Kristin Nordsæther og Monica Aasen. Nordsæther sier til Blikk at de vil vise bredden, at det ikke kun dreier seg om kjønnskategoriene mann og kvinne.

Aasen sier at uten kunnskap og informasjon er det vanskelig å komme unna det sensasjonelle som har vært synlig i media.

Ni personer fra 18 til 27 år forteller om sine opplevelser.

– Flere av ungdommene har møtt helsepersonell som ikke hadde noe erfaring med, eller vokabular om, transseksualisme. «Jeg har en diagnose, jeg er ikke en diagnose, sier en av informantene så fint i filmen, sier Nordsæther til Blikk.

– Informantene våre opplever seg selv som levende leksikon som må utdanne andre og spesielt helsepersonell. Mange har også gjort veldig mye research selv, for det finnes ikke så mye informasjon, legger Aasen til.

I tillegg til filmen er det laget en brosjyre.

Kilde: Blikk

Mindre diabetes 1 blant barn

Norge er på verdenstoppen i forekomst av diabetes hos barn, men nye tall fra Barnediabetesregisteret viser at veksten flater ut. Hvorfor vet man ikke. Også i Sverige og Finland får færre barn diabetes 1.

Kilde: Diabetesforbundet

Helsetjeneste med god kvalitet

Nesten 9 av 10 mener norsk helsetjeneste har ganske eller veldig god kvalitet. Det viser tall fra GallupPanelet. 2 av 10 mener likevel det er ganske eller veldig sannsynlig å bli skadet under sykehusbehandling.

Kilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tar opp ensomhet

I Haugesund står Røde Kors bak prosjektet Meigjengen. Formålet er å hjelpe ungdom ut av ensomhet og inn i aktiviteter. Blant annet er det laget et undervisningsopplegg som alle kontaktlærerne på ungdomsskolene skal gjennomføre.

Kilde: Haugesunds Avis

Tredoblet snusbruk

På fem år er snusbruken i Norge tredoblet. Økningen er størst blant de unge. Tall for 2013 viser at 19 prosent av mennene og 7 prosent av kvinnene snuser daglig eller av og til, men i aldersgruppen 16–24 år snuser 33 prosent av mennene og 23 prosent av kvinnene.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Bøker.
3 bøker om seksualitet

Seksualiteten gjennom livet

NY: Med utgangspunkt i sexologiens nestor Langfeldts tenkning har Stéphane Vildalen laget boken Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner. Hun samler hans arbeid gjennom 40 år og sammenstiller den med oppdatert forskning og samfunnsutvikling og vier en del av boken til å forstå seksuelle overgrep. Vildalen etterspør et sterkere fokus på seksualitet i allmennutdanningen og i helsevesenet.

Den ukjønnete planeten

SCI-FI: Ai er sendt til planeten Gethen for å få befolkningen til å tilslutte seg en slags interplanetar FN. Planetens beboere viser seg å være kjønnsløse, bortsett fra noen dager i hver syklus. Ai sliter med å finne seg til rette i den androgyne kulturen, og hans maskulinitet vekker både mistro og latter. Ursula le Guins *Mørkets venstre hånd* kom i 1969 og utforsker spørsmål om hva seksualitet er.

Seksualitet på skjeiva

MANGFOLD: Espen Ester Pirelli Benestad og Elsa Almås er pionerer i sexologifaget i Norge. Kjønn i bevegelse kom i 2001 og beskriver tradisjonelle forståelser og nye perspektiver på seksualitetens mange variasjoner. Benestad er selv transseksuell og deler egne erfaringer og forståelser. Boken gir nye tanker om og bred innsikt i et på samme tid over- og undereksponert felt.

Ny versjon av regneapp

NYE VALG: Legemiddelregning heter en app utviklet av Helsebiblioteket og Legemiddelverket. Den er gratis og ment som et hjelpemiddel i håndtering av medikamenter.

Nå er en ny versjon lansert, der tre nye valg er lagt til. Det er infusjonshastighet når dosen er angitt i mengde per minutt eller time, hvilket volum som må tilsettes for å oppnå ønsket styrke og hva styrken blir etter tilsetting av et visst volum.

Appen kan lastes ned fra App Store og Google Play og kan brukes på smarttelefon og nettbrett.

Kilde: Legemiddelverket

Ny metode for å knekke tuberkulose

VAKSINE: Sammen med Statens Serum Institutt i København skal forskere ved Oslo universitetssykehus prøve ut immunmodulerende behandling av pasienter med tuberkulose.

Forskerne skal teste ut effekten av vaksine kombinert med antiinflammatorisk behandling på pasienter som samtidig får vanlig behandling for tuberkulose.

Tuberkulose er vanligst i fattige land, men forekomsten har de siste årene økt også i Norge. I hovedsak er de syke innvandrere smittet i sine hjemland.

Resistens er et økende problem, og krever langvarig behandling med dyre medisiner med mye bivirkninger. Derfor er det viktig å finne andre former for behandling.

Kilde: Oslo universitetssykehus

Arne Hugo Stølan
Poetisk pleier

Tekst **Nina Hernæs** ● Foto **Anders Gimse**

Mennesker. Han bærer med seg bilder han aldri glemmer.

Dette er ikke bare et poetisk, men et etisk prosjekt, sier Arne Hugo Stølan rolig.

– Jeg håper å vekke empati hos leserne.

I *Epikrisepoesi* stiller han ut språklige bilder fra livet på institusjon.

(frampek)
hun står og holder seg fast
i en grå håndveske
og en plastpose med klær
når vi ønsker
henne velkommen
til vår etasje

hun bærer på tyngden
av et etternavn
og garderoben
til et menneske som
har blitt sviktet
av sine nærmeste

hun smiler stille
når vi tilbyr henne
noen skiver brød
og en kopp kaffe

på språket alle forstår
formidler hun uviljen
mot å være til bry
eller vekke oppsikt

hodet hennes vil
tippe forover
og armene falle
slapt til siden

når vi kjører henne inn
på rommet
og løfter henne over

i senga
som var desinfisert
og klargjort

kommer vi til å innse
at vi har
ingen verdens ting
å tilby henne

men enn så lenge
sitter hun i lenestolen
og nyter en stille
lunsj

mens en liten
blodrød
syltetøystripe
renner nedover papiret
som dekker
kjolebrystet

SYKEPLEIER. I 20 år jobbet han som sykepleier i ulike deler av helsetjenesten. Men skjønnlitteraturen tok mer og mer over. Nå er han forfatter, anmelder og lærer på skrivekurs.

I *Epikrisepoesi* går han tilbake til tiden som sykepleier. Ideen kom for fire år siden. Da var han ferdig med sin forrige diktsamling, *Dansefeber*, og noen få epikrisedikt var på skissestadiet. Det ble mer og mer viktig å ferdigstille dem.

– Noen av erfaringene slapp meg ikke, sier han på telefon fra Lillehammer.

– Samtaler, nære situasjoner, opplevelser og det følelsesmessige ved å jobbe på institusjon ble viktig å bringe inn i et skjønnlitterært språk.

Noen av diktene, som *Frampek*, er bygget på konkrete hendelser. Andre er satt sammen av flere. Damen som sto og holdt seg fast i håndvesken er en situasjon og et bilde han aldri glemmer.

FORFATTER. – Diktene handler om institusjonens virkelighet, men også om livet. Man kan tenke seg institusjonen som livet i et nøtteskall. Som en intensivert livserfaring.

> **«Noen av diktene har det tatt 20 år å skrive.»**

Han har skrevet siden ungdommen, men tenkte ikke poesi da han jobbet som sykepleier.

– De har gradvis kommet frem. Det tok lang tid å finne ut hvordan jeg skulle forholde meg skjønnlitterært til det jeg hadde opplevd.

– Noen av diktene har tatt 20 år å skrive, for å sette det på spissen.

Han har jobbet med å gjøre diktene så enkle som mulig.

– De skal kunne leses av alle, både helsepersonell, pårørende og de som er syke. Jeg ville formidle noe av virkeligheten. Det virker som disse diktene er mer gjenkjennelige for folk enn andre jeg har skrevet.

Sykepleien APP

Les mer

Les mer epikrisepoesi i Sykepleiens utgave på app.

Fakta

Arne Hugo Stølan

Aktuell med:
Epikrisepoesi

FORM. Tittelen våknet han en morgen opp med.

– *Epikrisepoesi* kopler sammen to uttrykksformer som er veldig ulike, påpeker han.

– Poesien gjør det mulig å fortelle og lese opplysningene i epikrisen på en annen måte.

Der epikrisen er teknisk og kortfattet, åpner poesien for en billedliggjøring som vekker følelser.

– Den sier noe som ikke er sagt akkurat slik tidligere.

VERDIFULLT. Han er godt fornøyd med å jobbe med språk på fulltid.

– Men jeg kunne ikke tenkt meg livet uten de erfaringene jeg fikk som sykepleier. De har vært alfa og omega for livet mitt og kanskje også for måten jeg forholder meg til andre mennesker på. I sykepleie skal man ta inn over seg det andre forteller, både verbalt og nonverbalt. Man utvikler en sensitivitet også for det som ikke blir sagt. Det er noe jeg bruker fremdeles.

Han sier han setter sykepleie og andre yrker som forholder seg til menneskers livssituasjon utrolig høyt.

– Jeg tror de aller fleste vil ha utbytte av en sånn jobb for en kortere eller lengre periode.

MARITIMT. Diktsamlingen begynner med et dikt om en gammel sjømann som vandrer i demensens korridorer og avslutter med en annen forvirret mann som våkner av uvær og spør «når går båten». Også det bygget på en konkret opplevelse.

I stedet for et realitetsorienterende svar sier pleieren «når som helst, fint at du er klar».

Om det var god sykepleie, er Stølan litt usikker på. Mens mannen leies tilbake til sengen i institusjonen, der uværet herjer på alle kanter. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Fakta

Den som vil godt.

Om medfølelsens psykologi

Av Per-Einar Binder
238 sider
Fagbokforlaget, 2014
ISBN 978-82-450-1535-5

Anmeldt av: Thore K. Aalberg, Cand.polit., fagbokforfatter og homøopat

Selvhjelp til omsorgsgiveren

ANMELDELSE: **Mennesker som deltar i frivillig innsats for andre, får helsegevinster. Det å lese romaner gir økt empati. Viljestyrke og selvregulering er gunstig for prestasjoner i skole og yrke. Forfatterens ønske er at alle som er interessert i medfølelse skal reflektere over og praktisere den.**

Per-Einar Binder, som er professor og spesialist i klinisk psykologi, har både et psykologisk, politisk, økologisk, filosofisk og buddhistisk perspektiv på det han skriver. Han viser til mye spennende og ny forskning både innen nevrobiologi og psykologi. Forfatteren er tydelig på at naturvitenskapen ikke gir alle svar og at også naturvitere fortolker virkeligheten.

Bokens hovedbudskap er at skal en være en god hjelper for andre, må en også ta vare på seg selv. Det gjør man både ved å reflektere over egen atferd og kjenne på egne følelser og unngå å flykte fra ubehaget. Én tilnærming er mindfulness-meditasjon. Forfatteren kunne med fordel ha utdypet at det også finnes meditasjonsformer som først og fremst fokuserer på metodelyd og ikke pusten.

Undertittelen på boken er «Om medfølelsens psykologi». Om den hadde blitt endret til «Om selvutvikling», ville ikke det ført til store endringer i valg av innhold i de 26 kapitlene. Boken inneholder flere øvelser. Noen av dem tydeliggjør tematikken som tas opp. Pasientkasusen er interessant, men har ingen tydelig funksjon utover den rent pedagogiske.

Forfatteren stiller gode spørsmål og er flink til å forklare faglige uttrykk, men kunne med fordel ha brukt færre fremmedord. Hvis målgruppen først og fremst ikke er forskere, ville den bli mer leservennlig ved å fjerne henvisninger i selve teksten. En fagbok trenger heller ikke bygges opp som forskningslitteratur. Binder har et godt og ledig språk, men boken skjemmes av «naturvitenskapsmannen» og litt for mange skrivefeil. ●

Fakta

Epikrisepoesi

Av Arne Hugo Stølan
73 sider
Cappelen Damm, 2014
ISBN 978-82-02-44193-7

Anmelder: Liv Bjørnhaug Johansen, sykepleier og Master i kulturhistorie

Intimt møte med levd liv

ANMELDELSE: **Det ligger mye poetisk potensial i sykepleierhverdagen, og å lese Arne Hugo Stølans bok er som å gå fra rom til rom i et sykehjem. Hver tekst gir et intimt møte med levd liv og tematiserer den eksistensielle trusselen pasientlivet bærer. Synsvinkelen er pleierens, men det er pasientens verden som fyller tekstene.**

I hvert dikt møter vi en hun eller han under en overskrift i parentes som angir et tema. Noen av tekstene er så fortellende at de ville ha fungert som prosa om vi byttet ut verselinjer med normal tegnsetting. Kanskje opplever han stoffet han har valgt som så poetisk ladet at han bare trenger å vende leserens blikk mot det for å lage poesi? Og kanskje er det det, men det er liten tvil om at de tekstene som gjør boka leseverdig er de der språket løsriver seg fra det fortellende. Eksperimentelt blir det aldri, men han har sans for timing og tankevekkende paradokser. I tekster som (hjertepasient), der hun er en døende kvinne som holdes i livet av pacemakerens *metronomiske usvikeligehet*, hever han seg over fortellingen og når det innsiktsnivået bare poesi rekker. Jeg ville gjerne sett mer av det.

Situasjonene han skildrer er velkjente for de fleste som har trådd noen sykehusgulv. Som vi kan forvente møter vi demente, sorgrammete og døende, og han skildrer disse møtene med innsikt, empati og varme. Men tidvis evner han også å overraske og lar oss se situasjonene i nytt lys. Som kvinnen som står halvnaken i sykehuskorridoren med en framfallen livmor hengende mellom lårene under tittelen (frigjort): *endelig/kan hun si/at hun ikke bryr seg mer/at hun kommer/som hun er.*

Kanskje er det poetens privilegium å la det overordnete stå usagt, men når boken ebber ut i en stemningsfull nattevaktscene, blir jeg sittende igjen med et savn etter noe som kunne brutt med strukturen og strukket opp en horisont over alle enkeltskjebnene. ●

Hva leser du nå?

Lene Beate Strømmen

Å våge annerledeshet

LITTERATUR: – Jeg har nettopp lest *Kunsten å høre hjerteslag* av Jan-Phillipe Sendtker med litteraturgruppa mi. Handlingen er lagt til Burma, og vi følger en foreldreløs gutt som får en øyesykdom som gjør ham blind. Ved å utvikle de andre sansene sine klarer han seg godt, han klarer til og med å høre andres hjerteslag på lang avstand.

Han møter den store kjærligheten i en polioskadet jente. Hun blir hans øyne, og han hennes bein. De planlegger å gifte seg da han blir hentet av en rik onkel som sørger for en øyeoperasjon som gir ham synet tilbake, og et nytt, men ikke nødvendigvis bedre liv.

– For meg handler boka om at det ikke bare må være tragisk å få en funksjonshemning, det kan faktisk føre til at en ny verden åpnes. Historien kan relateres til vår rolle som sykepleiere. Det er viktig å lytte til hva pasienten opplever som et problem, ikke hva vi antar.

liv.b.johansen@gmail.com

Alder: 42 år
Yrke: Fagutviklingssykepleier ved nevromuskulær sengepost på Drammen sykehus

Et forsvar for tiden

ANMELDELSE: Når helsevesenet effektiviseres spør mange seg hvem man skal ta tid fra. Tid er som kjent penger, og i forslaget til statsbudsjett for 2015 ligger det ytterligere effektivitetskrav. For å kunne argumentere godt for hvorfor det er viktig å ha tid til god sykepleie, må man kunne definere faget. Det er vanskelig.

Ingunn Elstads «Sjukepleietenking» er et viktig bidrag i så måte. I tillegg til å løfte opp de store spørsmålene om hva sykepleie er og hvorfor vi bør hegne om den gode sykepleien, kan boka leses som et innspill i debatten om New Public Management og et kritisk blikk på effektiviseringskåtheten til de politisk styrende.

Når pasienter sendes tidlig hjem eller på pasienthotell, der de ikke kan observeres av sykepleiere, er det fordi kompetansen i sykepleieobservasjonen blir nedvurdert, mener Elstad. Dette er relevant. Innsparinger gir mindre tid til det Florence Nightingale kalte «bærebjelken i sykepleien», nettopp det forfatteren prøver å beskrive i sin bok.

Tilværelsen er ufullstendig og ukjent, som mennesker er vi ufullførte, sier Elstad med den tyske eksistensfilosofen Martin Heidegger. Ved alvorlig sykdom blir uvissheten enda større, eksistensielle spørsmål inntrer i all sin kraft, og behovet for noen som kan legge til rette og vise vei blir avgjørende.

Dette er hva sykepleiere gjør i sitt daglige arbeid. I tillegg har sykepleiere en omfattende kompetanse i å sanse pasienten gjennom det kliniske blikket. Dette er kunnskap man vanskelig kan lese seg til. Hos dyktige og erfarne sykepleiere er dette integrert, slik at man klarer å fange opp det uventete og ukjente, og sanse forandringer i pasientens tilstand før de vises på målinger. Dette er menneskelig kunnskap som ikke kan erstattes. Det er kjernen i sykepleien.

Denne boken bør være pensum i sykepleierutdanningen. Den klarer å sette ord på det udefinerbare. Innlemmete anekdoter er med på å konkretisere det som ellers kunne blitt for abstrakt. Et glitrende eksempel er historien om intensivsykepleieren Tom Lowndes, hvis handlinger er basert på faglig funderte observasjoner. Likedan de små glimtene fra Florence Nightingales virke som sykepleier på 1800-tallet og hvordan hun begrunnet sine sykepleiehandlinger.

Sjukepleietenking inviterer til refleksjon. Fra et filosofisk perspektiv forsøker den å vise hvordan sykepleien kan «gi innsikt i menneskelivet som tid og forandring». Linjene til naturvitenskapen minner oss også om at sykepleie er et komplekst fag. Sykepleiere trenger ikke å velge mellom å være «engler i hvitt» eller kompetente, høyt utdannete fagpersoner. De er faktisk begge deler. ●

Fakta

Sjukepleietenking
Av Ingunn Elstad
294 sider
Gyldendal, 2014
ISBN978-82-05-44351-8

Anmelder: Gro Lillebø, Spesialsykepleier i onkologi og student i intensivsykepleie

«Menneske som går gjennom krevjande fasar, kan trenge kyndig hjelp rett og slett med å leve så godt som muleg. Det er sjukepleie.»
Ingunn Elstad, Sjukepleietenking

Frykt. I perioden 1983 til 1988 ble mennesker og samfunn sterkt preget av en til da ukjent sykdom – aids.

Da hiv kom til Norge

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Jeg husker det som om det var i går, fortalte professor Stig E. Frøland under et aktørseminar høsten 2009 om da hiv kom til Norge.

– At oversykepleier på Medisinsk avdeling A som fikk innleggelsessøknaden, kontaktet meg angående en 30 år gammel homofil mann, som var henvist til Rikshospitalet fra et mindre østlandssykehus. Han hadde hatt et svært vekttap, diaré over flere måneder, og nå hadde han en svær Candida-øsofagitt, altså soppbetennelse i spiserøret. Og jeg var helt sikker da jeg hørte dette: Nå har vi det første aids-tilfellet i Norge.

Det viste seg å holde stikk. Datoen var 19. januar 1983, og ansatte på Rikshospitalet skulle bli vitne til et uhyggelig sykdomsforløp fram til pasienten døde i november samme år. De måtte hjelpeløst se på hvordan viruset medførte infeksjon, blindhet, rammet sentralnervesystemet, tarm og lunger.

VARSLET KATASTROFE. De første enkelttilfellene av sykdommen dukket opp i USA i 1980. Stadig nye registrerte tilfeller var alle blant homoseksuelle menn. Året etter ble sykdommen knyttet til den seksuelle livsstilen som hadde utviklet seg blant denne gruppen i USA. Man begynte å benevne sykdommen som «homsepest».

Homoorganisasjonene i USA var livredde for at den friheten og toleransen som var vunnet skulle oppleve et alvorlig tilbakeslag. I begynnelsen var det derfor mye motstand og fornektelse av problemet. Samtidig fortsatte antallet smittete å stige. Man kunne ikke lenger benekte tallene. Det var ingen tvil om at en alvorlig epidemi var på gang. Det var bare snakk om tid før Norge også ville få sitt første tilfelle.

SMITTEREDSEL. Da det første sykdomstilfellet ble oppdaget i Norge i 1983, kjente man ikke årsaken til aids. Det førte til en enorm smittefrykt. Det gjaldt også helsepersonell.

Da en sykepleier kort tid etter stakk seg på en intravenøs kanyle, gikk hun inn i en svær, langvarig angstreaksjon. For blodsmitte var absolutt en mulighet for å få sykdommen. Sykepleieren utviklet heldigvis aldri noen hivinfeksjon eller aids, men traumet førte til at hun forlot sykepleieryrket.

Om helsepersonell var bekymret, var redselen enda større blant personellet ved sykehusenes serviceavdelinger, røntgenavdelinger og laboratorier. Det gikk så langt at mikrobiologisk avdeling og Sentrallaboratoriet ved Ullevål sykehus nektet å undersøke prøver hvor det var mistanke om aids.

Det kom krav om at man skulle merke prøver som man mistenkte kunne dreie seg om hiv med en ekstra gul lapp med et kryss. Prøvene var også ofte merket med navn og det hele. Dette var den første indikasjonen på de helsejuridiske utfordringene med hiv og aids, med stor fare for diskriminering og skade utover selve helseproblemet.

Smittefrykten blant folk flest var også høy, til dels hysterisk, og den kunne ramme hivsmittete hardt, med sosial isolasjon og utstøting fra arbeidslivet. Henki Hauge Karlsen ble avskjediget fra jobben som bartender da han fikk påvist hivsmitte. Han fikk seinere medhold i Høyesterett om at sykdommen ikke var god nok grunn til oppsigelse.

> **«Da de var gått, kastet jeg håndklær og lot alle koppene ligge veldig lenge i veldig varmt vann.»**
> Kjell Erik Øie, sykepleier

MYE FRYKT. I begynnelsen var troen på at man snart fant et botemiddel sterke i befolkningen og i mediene. Men på slutten av 1984 forsvant optimismen. Det gjorde ikke situasjonen bedre at Helsedirektoratet anslo at Norge kunne få opptil 100 000 smittete i løpet av 10 til 15 år.

Så fulgte sjokkoppslagene i mediene. Først små drypp, siden som en tsunami som feier vekk moderasjon og motforestillinger. Vi får historien om den aids-smittete mannen i Oppland som ikke får tannlegebehandling noe sted. Og da aidssyke Erik Gundersen døde høsten 1986, ble han lagt i dobbel kiste på sykehuset. De fryktet smitte. Pårørende fikk heller ikke se ham i kisten.

I en stor aids-undersøkelse som Scanfact gjorde for VG i oktober 1986, kommer det fram at seks av ti nordmenn mener det er forbundet med livsfare å berøre eller omgås homofile. Sju av ti mener det samme om å omgås sprøytenarkomane. Det var mye frykt i lufta.

Og medieoppslagene fortsatt å øke. Dagbladet kjørte «Den nye pesten»-serie. Over hele førstesiden slo avisen blant annet stort opp «Vi tar våre forbehold», med bilde av en fangevokter i smittefrakk, munnbind, hette og hansker. Og blant helsepersonell kom det krav om reservasjonsrett overfor disse pasientene. Ett sykehus åpnet for dette.

UKLARE RÅD. Man visste at det var snakk om et virus, men kjente ikke så mye til smitteveiene. Helsepersonell visste ikke hva de skulle si om daglig hygiene, det å bo sammen med noen eller spise sammen. Rådene spriket.

Ut over hele 1986 hadde Sykepleien en serie under vignetten «Aids – århundres katastrofe?». I en av artiklene skrev en sykepleier om hva

Mistet jobben: Den aidssyke Henki Hauge Karlsen fikk medhold i Høyesterett om at sykdommen ikke var grunn nok for oppsigelse. Her med sin advokat Tor Erling Staff. Foto: Arne Bergo/NTB

På sykehuset: Lege Stig E. Frøland tok imot den første aidssyke i Norge på Rikshospitalet i 1983. Foto: Janne Møller-Hansen/VG

Protest: Hivpositive demonstrer mot den svenske smitteloven som gir myndighetene mulighet til tvangstesting og internering. Foto: Per Svensson/Aftenposten

Fakta. **Hiv/aids**

HISTORIE: De første tilfellene av aids ble offisielt påvist 5. juni 1981 i San Francisco, USA, og i 1984 ble hivviruset påvist av to uavhengige forskergrupper fra USA og Frankrike som årsak til sykdomstilstanden. Det første tilfellet av aids i Norge ble påvist januar 1983.

FOREKOMST: I dag lever rundt 5 500 mennesker med hivsmitte i Norge. 2/3 av dem er menn. Den største gruppen smittete er asylsøkere og innvandrere som har blitt smittet før ankomst til Norge. I 2013 fikk i alt 233 personer diagnosen hiv i Norge. Dette er en nedgang i forhold til året før, noe som har vært en trend de siste årene. Totalt regner WHO med at rundt 35 millioner mennesker lever med hiv.

HIV: Humant immunsviktvirus (hiv) medfører svekkelse av immunforsvaret slik at kroppen blir mer mottakelig for infeksjoner og sykdom.

AIDS: Ervervet immunsvikt syndrom (aids) er diagnosen som brukes ved langvarig hivinfeksjon med komplikasjoner.

BEHANDLING: Det finnes ingen helbredende behandling for hivinfeksjonen, men medisiner som styrker immunforsvaret og dermed minsker faren for infeksjonssykdommer.

Kilde: Helseutvalget for bedre homohelse

aidssyke bør gjøre for å opprettholde best mulig helse i eget hjem. Ett av rådene var: «Håndklær og kluter skal ikke deles mellom husstandsmedlemmene da fuktighet kombinert med høy temperatur i badeværelse gjør at mikrobeorganismer gror i disse. Disse tekstilene må vaskes i maskin på 90 grader, eller kokes på annen måte.»

Denne type råd bidro ikke til å dempe angsten for å bli smittet. Signalet var snarere at her kan man ikke være forsiktig nok.

– Det er klart at vi gikk inn i denne epidemien med egne følelser og irrasjonell smitteangst. Jeg husker jeg var med og startet opp den første gruppa for hivpositive, og de var hjemme hos meg så sent som i 1985. Da de var gått, kastet jeg håndklær og lot alle koppene ligge veldig lenge i veldig varmt vann. Jeg snakket ikke om det på tre år, fordi du ikke skulle vise angst når du var en del av den etablerte, flinke homogjengen, fortalte sykepleier Kjell Erik Øie på det tidligere refererte aktørseminaret i 2009.

TVANGSTESTING. Hiv-testen ble tilgjengelig i Norge i 1985. Men bruken var på ingen måte problemfri. Det ble en meget intens og opphetet diskusjon om frivillighet eller tvangstesting.

Tilhengerne av tvangstiltak ønsket en omfattende bruk av obligatorisk hiv-testing. Dels av kjente risikogrupper, men også av alle sykehusinnlagte. Ja, faktisk hele Norges befolkning. To ganger årlig.

Det kom også krav om tvangstiltak overfor dem som ikke rettet seg etter påbud om atferdsendringer. En hudlege gikk ut og foreslo Reitgjerdet som et egnet oppbevaringssted for de gjenstridige. Det ble også foreslått å offentliggjøre navn og bilde av de gjenstridige i media.

Motstanderne mente det var utopisk å tro at et positivt testresultat alene ville gjøre underverker når det gjaldt atferdsendring. Og da snakket man om testing for en sykdom som det ennå ikke var noen behandling for.

Frivillighetslinjen vant fram. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Tekst **Eivor Hofstad, Kari Anne Dolonen, Jan Vegard Pettersen**

Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor mange homeopater trengs for å skifte en lyspære?
A 0,000000000012
B Tre, fordi det er et naturlig materiale
C Ingen, duftlys holder i massevis

2 Hva er likheten mellom påskekrim og korridorpasienter?
A Eimen av gammel marsipan
B Begge deler involverer skurker med slett moral
C De er særlig populære i Norge

3 Hvorfor er det lurt av James Bond å ta martinien «shaken, not stirred»?
A Det kamuflerer den alkoholinduserte skjelvingen hans
B Risting får frem helsebringende antioksidanter bedre enn røring
C En bartender som rister har ikke armene frie til å skyte

4 Hva kaller legene underleppen for?
A Assisterende overleppe
B Sykepleierleppa
C Hot lips undercover

5 Hva sa St. Peter til sykepleieren som ville gjennom perleporten?
A Har du gått gjennom bestillingskontoret først?
B Kom igjen når du har feber
C Greit, men du blir utskrivningsklar etter tre dager

6 Hvorfor har menn brystvorter?
A Hulemannen kunne amme. Evolusjonen har forandret ham
B Det er en «genfeil»
C Y-kromosomet hevder seg først 6-8 uker etter unnfangelsen.

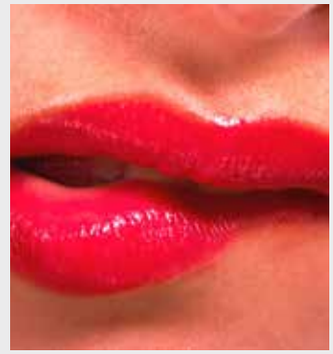
7 Kan menn produsere brystmelk?
A Nei
B Ja, hvis de blir riktig fysisk stimulert
C Kun dersom de er født tvekjønnet

8 Hvor har gonorésmitten kommet hvis du lider av ophtalmia gonorrhoica?
A Munnen
B Øyet
C Øret

9 Hva er et av tegnene på Aarskogs syndrom?
A Et «sjal» fra pungen over penis
B Ekstrem utovernavle
C Et «skjerf» fra klitoris over urinåpningen

10 Hva har du mer av når du er redd?
A Snørr og slim
B Østrogen
C Ørevoks

Kilder: Norsk medisinsk ordbok, BMJ, Tidsskriftet for Dnlf, abcnyheter.no, morsomfakta.no



Leppekunnskap: Biter hun seg i sykepleierleppa?

- 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1A, 2C, 3B, 4 A, 5 ingen vet, 6C, 7B, 8B, 9A, 10C

Randis hypokonderkryssord

	TRAU-MER	KANNE	FUGL		4 LIKE	ELV	WHIP-LASH / DRIKK		AVTA	FETT		MEDI-SINERE	GAVER		RETN.	MELO-DIER		PUL-VER		TITTE / ORGAN
AKE-VITT																				
TITTEL / VESEN					FAG					DRIKK			PÅ FLY			FLIRE / REDSK.				
					OSE / DYR					BYGE / MÅL			EVIG							
KAR-AKTER / SKLIR			MYNT	PUSTE					TYPE						HINNE			SYRE-KON-STANT (FORK)	FLOKK	
						MÅL / KILDE			SPISE		LEVE		SEK-VELE							
PÅ-FUNN		JEG		DYR						MØBEL					BRAKK					
					RØRTE / DYR					PRON. / NABO-ER			REKKE / FASE			LEVE		GLI! / MÅL		
ERT!				SERVI-TØR							SOLO				FRISK-ERE					
FRED			PRON.			MÅL			SKA-DER						INSTR.					

Se løsning på kryssord side 83.

Meninger

Del 4 **Sykepleien 14 | 2014**
Kronikk – Leserinnlegg – Portrett

Omstridt: Fysiker Andreas Wahl utfordret deler av helsevesenet med programmet Folkeopplysningen.

Griper fakta

Portrett. Andreas Wahl advarer sykepleiere mot å fremme udokumentert praksis. **90**

Anlovs arrest.
– Plukk ned trygdehaukene! **86**

«Jeg ønsker meg først og fremst faglig dyktighet ‹på gulvet›, ikke akademisk status.»
Ida Begum

NSF-lederen.
– Mye bra fra Nordheimutvalget. **82**

Forenkling. Prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene handler om mye mer enn enkeltpasienters tilgang til dyr behandling.

Ressursene må utnyttes best mulig

Norheimutvalget har lagt frem sin innstilling «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten». Utvalget har sett på hvordan vi bedre kan fordele helsegoder i fremtiden, og hvordan vi kan bruke rettferdige prosedyrer ved fordeling av godene, både i kommuner og sykehus. Tre overordnete kriterier: helsegevinst, ressursbruk og helsetap, blir anbefalt som grunnlag for vurdering av ulike behandlinger og tiltak.

Norheimutvalget peker på viktige utfordringer for den norske velferdsstaten, noe som har blitt behørig debattert i mediene. Debatten har imidlertid vært preget av forenklinger om at nå skal de yngre få mer av kaka, på bekostning av de eldre. Det er et for snevert perspektiv.

FORNØYD. Utvalget fremmer virkemidler som kan bidra til en omstilling og modernisering, slik at befolkningen får helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, også i fremtiden. Det handler om både forebygging og behandling. Dette er fornuftige prioriteringer på et samfunnsnivå. Da er det viktig at tjenestene understøtter denne målsettingen også på et individnivå.

Jeg har fulgt utvalgets arbeid, og Norsk Sykepleierforbund (NSF) har kommet med innspill underveis. NSF er svært fornøyd med mange av tiltakene som foreslås. Utvalget er opptatt av mer åpenhet rundt hvordan organisering og finansieringssystemer slår ut, når det gjelder tilgang til helsehjelp for enkeltgrupper og individer. Det foreslår at prinsippene for prioritering skal nedfelles i helseforetakenes og i kommunenes sørge for-ansvar. Dette gir kommuner og helseforetak et overordnet ansvar for å sikre likere tilgang til helse- og omsorgstjenester. Kronikere og forebyggende helsearbeid skal prioriteres høyere. Forebyggende helsetjenester til barn og unge skal styrkes. Dette er godt nytt for det brede lag av befolkningen.

> **«Tjenestene må understøtte livene som leves.»**

FOREBYGGING. Spesialisthelsetjenesten har fungert godt når det gjelder behandling, men svakere med tanke på pasient- og pårørendeopplæring, helsefremmende og forebyggende tiltak og rutiner for god omsorg ved livsavslutning. De store helseutfordringene i dag dreier seg om behov for helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge, og eldre med omfattende sykdom eller funksjonssvikt, som trenger helsehjelp. Det blir flere kronikere som trenger bistand til å mestre sin livssituasjon, både innen somatikk og psykisk helse.

Vi er også enig med utvalget om at innvandreres helse og deres tilgang på helsetjenester må vektlegges.

MODERNISERE. I våre innspill til utvalget har vi vært opptatt av at prioriteringer ikke bare må sees i lys av individuelle vurderinger av rett til behandling, men hvordan myndighetene omstiller og moderniserer hele tjenesteapparatet, slik at de prioriterer ressursene til de tjenester og tiltak der vi kan forvente en best mulig nytte, både for samfunnet og for enkeltindivider.

NSF støtter derfor logikken i utvalgets forslag om at tjenestene må understøtte livene som leves, enten det er snakk om en verdig alderdom eller en barndom, som legger til rette for god helse livet ut. Samfunnsøkonomisk er dette riktige og viktige prinsipper, ikke bare for for å hindre unødvendig bruk av dyre helsetjenester, men for å sikre gode og meningsfulle liv fra vugge til grav. ●

Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Noe på hjertet? ● Send din mening på e-post til ● redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til ● Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tydelige, stolte og modige

HELSESØSTER: Vi ønsker å kommentere innholdet i Hilde Egges artikkel «Foreldre er ikke eksperter» i Sykepleien nr. 12/2014 fordi vi mener den undervurderer helsesøsters kompetanse som gruppe.

Vi er langt på vei enige i konklusjonene til Hilde Egge, men dypt uenige i vurderingene underveis i artikkelen. Er det kun skrevet for å provosere?

Hilde Egge skriver i artikkelen at helsesøster overlater ekspertrollen til foreldrene. På bakgrunn av dette hevder hun så at helsesøster ikke tør å tematisere utfordringer selv når vi ser det er nødvendig.

Vi mener foreldrene kjenner barnet sitt best, men det er ikke ensbetydende med at de er eksperten. Hvordan kan Egge si at vi ikke innehar ekspertrollen lenger? I Nedre Eiker kommune, kjenner vi oss ikke igjen i dette, derimot anerkjenner vi at foreldrene kjenner barnet sitt best. Vi identifiserer risikosamspill, risikofaktorer OG setter i gang tiltak ut fra ulike behov og bruker dermed vår kompetanse til BARNETS beste.

Vi jobber kontinuerlig med fag og fagutvikling og jobber også med å styrke foreldrekompetansen, men dette er ikke ensbetydende med at foreldre ikke vet best og ikke kan, med rett veiledning. Når vi jobber med å styrke foreldrekompetansen styrker vi foreldrenes mestringsfølelse og tro på at foreldre kan være gode foreldre for sine barn. Vi tilbyr dem hjelp der vi ser det er nødvendig og inntar da ekspertrollen.

Vi jobber systematisk med å identifisere den såkalte magefølelsen og vi lar IKKE barn vente i årevis FØR vi varsler. Dette er noe vi har gode rutiner på. Praksisutøvelsen vår bygger på forskingsbasert kunnskap som var et sentralt fokusområde i vår helsesøsterutdanning ved Høgskolen Diakonova.

Vi ønsker Hilde Egge velkommen til Nedre Eiker kommune for å hospitere, slik at hun selv kan se at hennes antakelser ikke stemmer. Som helsesøster i en kommune med dårlige ressurser på Robek-listen fremstår gruppen vår som STOLT, og vi mener dette gjelder mange av landets MODIGE helsesøstre og ønsker henne TYDELIG velkommen.

Lise Sofie Andersen og Irene Grønlie,
Helsestasjonen Nedre Eiker kommune

Løsning på kryssord i nr. 14/2014 (se side 80)

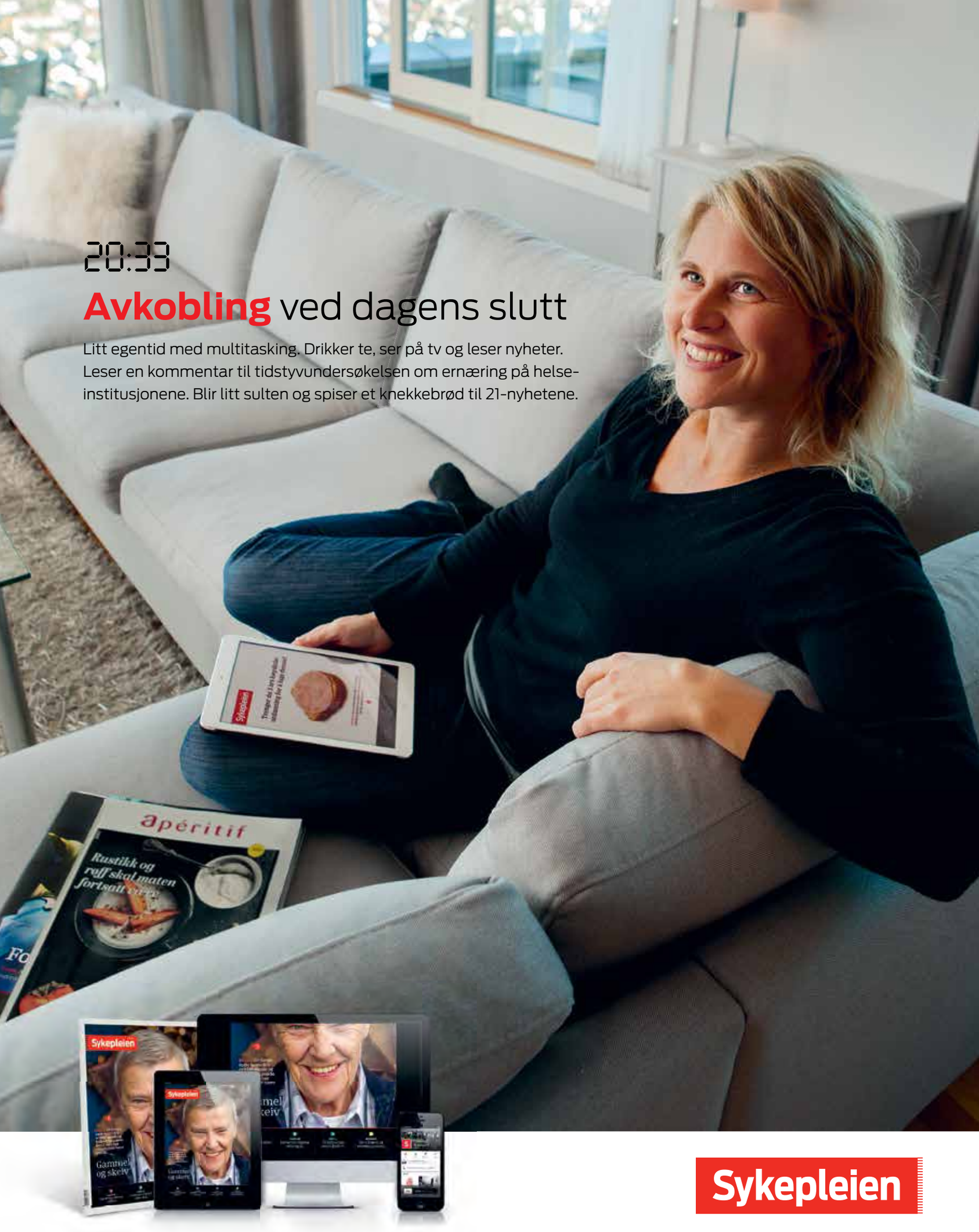
Når barn sulter i hjel

OMSORGSSVIKT: Det skjedde i ly av privatlivets fred. En ti år gammel gutt sultet i hjel i Oslo. Er det rart vi alle spør oss: Hvordan kunne det skje?

For sånt skal ikke kunne skje. Særlig urovekkende er det at det skjer i vårt organiserte samfunn. I rike Norge. I 2014!

Spørsmålene er mange: Hvorfor grep ingen inn? Hvordan kunne det ende så tragisk? Det vitner om svikt både i nær familie, skole, nærmiljø og barnevern. Grov omsorgssvikt som kostet en ti år gammel gutt livet. Mer enn noe annet viser denne typen saker hvor sårbare barn er. Og hvor avhengig de er av hjelp utenfra, når de foresatte ikke kan yte omsorg. Det er også betimelig å spørre hvorfor ingen fanget opp mor i denne saken. Vi kan bare ane alvorlige, personlige problemer? Når dype livskriser rammer foreldre kan de ha utfordring nok i bare å ta vare på seg selv. Og langt mindre et barn. Da kan veien være kort til vanskjøtsel. Kan det tenkes at mor selv vil være den trengende som får omsorg og oppmerksomhet? Slik kan problemfylte foreldre ofte snu barns behov for omsorg på hodet. Voksne vil selv bli sett. Voksne har selv så mange uoppfylte behov å dekke. Eller foresatte er psykisk syk. Resultatet er at barnet og dets behov ikke blir sett eller ivaretatt. Om det er faktum i denne saken er for tidlig å si. Til det vet vi for lite enda. Derimot vet vi konsekvensene av når barnevernet og ulike samfunnsetater ikke fungerer godt nok. For det enkelte barn. For familiene og for samfunnet. Et godt barnevern er dog noe langt mer enn en liten gruppe pedagoger og psykologer. Det handler også om at barn blir sett og forstått i det daglige, på sine arenaer: Det kan være skole, nærmiljø og av omgangskrets. Det som ikke skal kunne skje, skjedde. Hvilke uansvarlige burde tatt ansvar? Hvilke «hull i systemet» er det som må tettes? Hvilken instans bør stramme grepet? Hvordan kan vi lettere se de usynlige barna? Svar på slike spørsmål kan forhindre en ny tragedie!

Rune Langnes



20:33

Avkobling ved dagens slutt

Litt egentid med multitasking. Drikker te, ser på tv og leser nyheter. Leser en kommentar til tidstyvundersøkelsen om ernæring på helseinstitusjonene. Blir litt sulten og spiser et knekkebrød til 21-nyhetene.

Sykepleien

Foto: NTB scanpix

Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

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

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

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

Åpningstider:
mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500
Vi snakker norsk og engelsk – og somali og polsk på tirsdager kl. 1500–2000.

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

KREFTFORENINGEN

Mobbes. Trygdede er blitt en beleilig klagemur for politikere uten visjoner.

Trygdehaukene faller til jorden

Enkelte politikere står i spissen for en uhyggelig hets av mennesker som har det vanskelig.

Snusk. Svindel. Snylting. Latskap. Ordene er ment å såre. Men treffsikre er de ikke. For antall personer som faktisk jukser til seg trygdepenger er forsvinnende liten. Ledende politikere mistenkeliggjør flere hundre tusen mennesker som med gode grunner og dønn legitimt mottar trygd. Det er grovt.

Geir Pollestad (Sp), Anniken Huitfeldt, Anette Trettebergstuen (begge Ap), Erna Solberg og Torbjørn Røe Isaksen (begge Høyre) og Robert Eriksen (FrP) er noen av dem som har utmerket seg, og de deler også noe annet: minimal yrkeserfaring. Arbeidslinja er et helt greit kompass. Som målsetting. Men når det misbrukes som et middel til å straffe dem som står utenfor, er det egentlig uhørt. En reaksjonær politikk som vaker i grenselandet mellom ideologisk fanatisme og populistisk desperasjon. Verken konservativt eller liberalt, bare ufint.

Kunnskapsminister Røe Isaksen hevder kjekt at de som mottar sosialhjelp har «plikt og rett til aktivitet fra dag én når de møter opp på sosialkontoret.» Altså en nulltoleranse for avvik. De som ikke hører på Høyre skal kun utbetales nødhjelp. Altså den laveste satsen som tilbys, som ikke er til å leve av.

BROILERE. Mange politikere har ikke selv opplevd å stå utenfor. De vet ikke hva det vil si å kjenne inkassogjeldens langdryge smerte på kroppen, eller bekymringen over å ikke ha råd til sigaretter. Det kan virke som om mental helse er et felt de aldri egentlig har hørt om. Men unge må de vel ha vært, disse broilerne? De må da ha tenkt én avvikende tanke, eller for et stakket sekund i løpet av ungdomsskolen erfart den friske brisen fra outsiderens sinnelag? Man kan dog saktens lure.

I sausen av underforståtte beskyldninger ligger ikke bare anklagen om å snylte på resten av samfunnet. Det ligger også en mistanke om ren svindel. Så la oss ta dem på alvor, trygdehaukene: Av 600 000 personer i arbeidsfør alder som mottar trygd i dag blir noen hundre anmeldt hvert år, altså ca. 0,2 prosent av mottakerne. Ifølge Skattebetalerforeningen forsøker 1 prosent å snyte på skatten. Ifølge Statistisk sentralbyrå er 0,8 prosent av befolkningen kriminelle. Altså er trygdemottakere i realiteten *mer* lovlydige enn normalt. Andelen suspekte pensjons-spekulanter på Stortinget er høyere enn trygdesvindlerne. Men forskjellen er at når Kjell Magne Bondevik, Gro Harlem Brundtland eller andre prominente impliseres så avkreves vår tillit til deres rettskaffenhet. Altså den absolutte motsatsen til mistanken som alle våre største partier skjenker publikum.

«Unge må de vel ha vært, disse broilerne?»

Beløpet som er forsøkt svindlet er om lag 200 millioner, som kan høres ut som mye penger. Det er det ikke. Det utgjør én promille, og vi bruker om lag 200 milliarder på stønader i løpet av et år (alderspensjon trukket fra). NAV bruker selv én milliard på konsulenter. Årlig.

STOLT. Mangelen på raushet er påfallende blant dem som har makten og mikrofonen. Den er direkte unorsk, og i full konflikt med nestekjærligheten vi finner i både vår norrøne og kristne kulturarv. Og i disses ånd bør vi slutte å lytte til haukene. La oss heller være stolte av at vi er i stand til å ta vare på. At vi gir folk en sjanse til å komme tilbake selv når livet er hardt eller demotiverende. Politikere må gjerne diskutere den fortsatt mislykkete NAV-reformen som de selv har ansvaret for, eller trygdesystemets fremtidige organisering. Men ikke la det gå utover mennesker som mest av alt skulle ønske de kunne delta i arbeidslivet som alle andre.

(Kilder: SSB, NAV, Stortinget, UIO, Finansdepartementet, Skattebetalerforeningen.)

Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, styreleder i Føniks Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo. «Årets redaktør» i 2012. Mathiesen er fast skribent i Sykepleien.

Ny arbeidsmiljølov. Er samfunnet beredt til å ta konsekvensene?

Forslaget må stemmes ned!

Regjeringen har lagt fram et forslag til ny arbeidsmiljølov som har vært til høring hos berørte parter. Det er nå opp til politikerne på Stortinget. Det er et meget viktig vedtak dere skal gjøre, som får betydning for norsk arbeidsliv, for den enkelte arbeidstaker, for likestillingen og for samfunnsstrukturer.

For sykepleiere er det særlig viktig hva loven som regulerer arbeidstiden kommer til å ha som rammer. Vi jobber til alle døgnets timer og alle årets dager, og derfor går vi etter det vi kaller turnus. Det er lov og avtaler som regulerer arbeidets lengde og hvor ofte vi arbeider på søn- og helligdager.

Arbeidsmiljøloven er arbeidernes vernesko, som skal verne oss mot arbeidsbelastninger som kan være skadelige.

PASIENTENE. Forskning viser klare sammenhenger mellom arbeidstid og risiko for å gjøre feil, i tillegg til helserisiko hos den enkelte arbeidstaker som utsettes for større belastninger. Det vil ramme pasienten og pasientsikkerheten.

Regjeringen har skapt et inntrykk av at nåværende lov er for rigid og gammeldags. De viser til noen sykepleierne de har møtt som ikke finner seg til rette i et «stivbent regelverk». Vi vet at nettopp sykepleierne er de som blir presset på arbeidstidsordninger og overtid. De er fleksible så det holder for å få hjulene til å gå rundt, og for at pasienter skal få best mulig tjeneste i en virkelighet som er preget av for lav bemanning.

KONSEKVENSER. NSF mener at nåværende lov er fleksibel nok. Den gir mulighet for turnusordninger med langvakter under visse vilkår. Hvorfor skal en da ha betydelige endringer av loven?

Hvis forslaget blir vedtatt vil det kort fortalt medføre:

Lengre vakter, mer overtid, mer arbeid på søn- og helligdager, dårligere kompensasjon for hjemmevakter. Vaktlengder inntil ti timer kan avtales med den enkelte arbeidstaker. Ordinære turnuser trenger ikke lengre godkjennes av den enkelte tillitsvalgt. Overtidsarbeid med inntil 15 timer per uke og 30 timer per måned trenger ikke lengre å avtales med tillitsvalgt.

Loven åpner også for lengre midlertidig ansettelse, eller sagt på en annen måte: En legalisering av midlertidig ansettelser.

Dette er et lite sammendrag av hva som ligger i forslaget. Hvis dette blir normen, så lurer jeg på om samfunnet er beredt til å ta konsekvensene. Mange aleneforsørgere er avhengig av en trygg plass for barn mens en er på arbeid. Skal barnehager og fritidsordninger ha lengre åpningstid? Hvor stor innvirkning får en på sin egen arbeidstid? Hvor stort press blir lagt på den enkelte sykepleier til å godta arbeidstid som går på tvers av egne behov?

SVAKERE VERN. NSF mener at forslaget slik det nå ligger vil innebære svakere vern og forverrete betingelser for arbeidstakerne, svekke arbeidet med kjønnslikestilling og undergrave det etablerte trepartssamarbeidet i norsk arbeidsliv.

I forslaget er det en klar forskyving av makt. Større råderett over arbeidstakere og mindre innblanding av tillitsvalgte er de signaler dette gir.

Jeg oppfordrer stortingsrepresentantene på det sterkeste til å stemme ned dette forslaget. Med en spesiell appell til regjeringens støtteparti i Stortinget, Venstre og KrF. ●

«Arbeidsmiljøloven er arbeidernes vernesko.»
Hanne Marit Bergland

Fakta

Hanne Marit Bergland

Fylkesleder, Norsk Sykepleierforbund Troms

Operasjonssykepleie. Vi bruker for mye av vår korte utdanning på fag som kun har sin «berettigelse» i en framtidig mastergrad.

For lite tid til det praktiske

Fakta

Ida Begum

Holder på med videreutdanning i operasjonssykepleie

I januar tok jeg på nytt på meg studenthatten og satte meg på skolebenken på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) for å videreutdanne meg til å bli operasjonssykepleier. Spent var jeg, og det var mye jeg ikke visste om hva mitt fremtidige yrke innebar.

Da vi etter to måneder med teori kom ut i vår første praksis, slo det meg hvor kunnskapsrike og dyktige mine fremtidige kolleger var, og hvor mye jeg skulle lære i løpet av disse tre semestrene.

Ingen pasient er lik den forrige, ingen forberedelser er identiske, ingen inngrep er nøyaktig slik det var i går. Møter med pasienter i alle aldre, fra alle kulturer, med alle type diagnoser; hele spekteret fra akutt appendisitt til alvorlige kreftdiagnoser. Kanskje har vi 20 minutter fra vi hilser på pasienten første gang, til han sovner. Å gi omsorg, skape tillit og vise faglig trygghet på et så kort møte, kan være krevende.

Fra det øyeblikket pasienten sovner, skal vi være hans «advokat». Operasjonssykepleieren har en særdeles viktig rolle når det gjelder å forebygge skader og komplikasjoner under inngrepet. Hun skal blant annet ha kunnskap om kritisk syke pasienters patofysiologi, nerveanatomi og leiring, og hvordan kirurgien og narkosen virker inn på kroppens prosesser og funksjoner. Både som koordinerende og sterilt utøvende operasjonssykepleier skal vi ha inngående kunnskap om anatomi og kirurgi. For å utøve god sykepleie, bør vi hele tiden «ligge noen skritt foran» kirurgene, for å ivareta flyten i inngrepet og forebygge komplikasjoner, og for alltid å være beredt på akutte hendelser.

«Jeg for min del ønsker meg først og fremst faglig dyktighet «på gulvet».»

Når vi nå skriver 2014, er mengden medisinskteknisk utstyr uendelig. Alt hva scopiske inngrep medfører, autosuturer, diatermi og røntgenutstyr er litt av alt vi skal beherske og kjenne risikoen knyttet til. I løpet av mine praksisperioder gjennom tre semestre, skal jeg innom seks forskjellig fagfelt, med et «uendelig» antall forskjelligartete inngrep. Det er med andre ord mye vi skal lære før vi kan titulere oss med videreutdanningstittelen – men alt dette er jo bare spennende!

MASTERSTUDIUM. Studiet jeg har påbegynt kalles nemlig; Videreutdanning i operasjonssykepleie. Nytt for HiOA nå er at denne, sammen med videreutdanning i anestesi-, intensiv- og barnesykepleie, skal bli et masterstudium. Mitt kull er, slik jeg har forstått det, det siste som kan ta den gamle videreutdanningen, og de første som kan fortsette, slik at vi kan ta en mastergrad om vi ønsker dette. Studieforløpet er uansett lagt opp etter masterstudiet, og den nye emneplanen er utarbeidet for å kvalifisere til å kunne skrive en masteroppgave etter fullført videreutdanning på 90 studiepoeng.

Jeg kjenner ikke til hvilke fordeler det gir for en høyskole å få flere mastergradsstudier, men det kan virke som det er knyttet status til dette. Det er vel og bra at det finnes muligheter for de fleste yrker og fagfelt til å gjennomføre utdanning på høyere akademisk nivå, og at noen kan gå videre mot forskning innen sitt felt. Det trenger vi. Lærernes mantra «å jobbe kunnskapsbasert» er selvfølgelig en metode absolutt alle sykepleiere og spesialiserte sykepleiere må ha som ideal. Det skal ikke være slik at man ikke kan begrunne hvorfor man gjør som man gjør, eller at det finnes rutiner og prosedyrer i avdelinger og institusjoner som ikke er forankret i aktuell forskning og litteratur. Vi trenger mer forskning også innen vårt fagfelt.

Men så mener jeg at vi først og fremst må ha dyktige, kliniske sykepleiere «på gulvet»! Det er jo der pasienten er! Det er der behovet for blant annet operasjonssykepleiere er. Hvis stadig flere som tar videreutdanning skal skrive masteroppgave og drive forskning, vil det være for få operasjonssykepleiere som kan utøve denne kunnskapsbaserte praksisen – der pasienten faktisk er.

FUNGERE I KLINIKKEN. Det er likevel bra at mulighetene finnes. Det som imidlertid oppleves som svært frustrerende for meg og flere av mine medstudenter, er at mens vi er i praksis og observerer alt vi må lære for å fungere i klinikken, sitter vi

Videreutdanning i Operasjonssykepleie: Skal det være for dårlig «bare» å ha en videreutdanning i det som synes å være i ferd med å utvikle seg til et mastergrads-samfunn? Arkivfoto: Marit Fonn

på skolebenken på studiedagene og lærer om forskningsmetode, vitenskapsteori, kunnskapssyn og etikk. Dette er et fag med 10 studiepoeng, faktisk en tredjedel av semesteret, hvor vi også har 15 ukers praksis og forelesninger om kirurgi og anatomi. Det første semesteret tok vi eksamen i «Medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap» i fellesskap med videreutdanningene i anestesi-, intensiv- og barnesykepleie. Dette utgjorde også 10 studiepoeng, men dybden og detaljnivået i pensum gjorde nok at mange brukte vesentlig mer tid og krefter på faget. Og kjernen i vår frustrasjon og undring er naturlig nok hva disse fagene nå har gått på bekostning av, sammenliknet med tidligere emneplan for videreutdanningen. Lengden på studietiden er jo den samme.

Jeg skjønner at for å skrive en masteroppgave, må man først lære om forskningsmetode og kunnskapssyn. Det jeg mener er trist, og også alvorlig, er at inkluderingen av de nevnte fagene i videreutdanningen til for eksempel operasjonssykepleie går på bekostning av de fagene som er viktigst å ha inngående kunnskap om for en operasjonssykepleier i klinikken. Ønsker vi et fremtidig fagmiljø som kan mye om vitenskapsteori, men som ikke vet hvilke nerver vi skal passe på når vi leirer pasienten, eller som aldri fikk tid til å lære seg skikkelig hvilke arterier som kan blø under et gynekologisk inngrep, eller farene ved uriktig diatermibruk? Bør ikke pasientene først sikres den faglige tryggheten der de opereres, i stedet for at stadig flere skal skrive oppgaver om hvordan dette skal gjøres?

PRAKTISK YRKE. Å jobbe kunnskapsbasert er alfa og omega – og at vi «på gulvet» er bevisst på dette er viktig. Men vi skal være nyutdannete og lære gjennom praksis, og vi skal ha fagsykepleiere og ledere som sørger for at våre prosedyrer ER kunnskapsbaserte. Og tilby oss fagdager og kurs! Men det er mindretallet som trenger en mastergrad. Sykepleie er et PRAKTISK yrke, så de fleste av oss må faktisk være i praksis. Flertallet av de jeg har kontakt med på mitt kull, er interessert i å begynne å jobbe etter fullført videreutdanning – lære faget godt. Og noen vil kanskje ta en mastergrad om noen år. Jeg synes derfor det er ille at vi nå bruker så mye av vår korte utdanning på fag som kun har sin «berettigelse» i en fremtidig mastergrad. Jeg skulle så gjerne hatt mye mer undervisning i anatomi, kirurgi, medisinskteknisk utstyr og operasjonssykepleie, og heller lest vitenskapsteori den dagen jeg eventuelt velger å gå videre for å skrive en masteroppgave.

Jeg ønsker å være en dyktig operasjonssykepleier med et solid, faglig grunnlag når jeg går ut i jobb om ett år. Jeg vil være bevisst på hvorfor prosedyrene er som de er, hvorfor vi gjør som vi gjør, stille kritiske spørsmål ved utstyrsbruk og rutiner – men jeg trenger ikke en mastergrad for å oppnå denne bevisstheten. Skal det være for dårlig å «bare» ha en videreutdanning i det som synes å være i ferd med å utvikle seg til et mastergrads-samfunn? Jeg for min del ønsker meg først og fremst faglig dyktighet «på gulvet», ikke akademisk status. ●

Andreas Wahl

Hvorfor: Fordi han med Folkeopplysningen på NRK1 har skapt debatt rundt gapene mellom folketro og helseforskning.
Yrke: Programleder, foredragsholder, fagbokforfatter og «vitenshower»
Alder: 31
Utdanning: Lektor i fysikk

Lektor Wahls metode

Alternative sykepleiere: På sin reise blant de alternative traff Andreas Wahl flere sykepleiere som brukte sin yrkestittel som et kvalitetsstempel for udokumentert behandling.

Provoserer. Andreas Wahl angrer ikke på at han avkledde alternativbevegelsen på tv. Men den nakne dama i kiropraktor-episoden kunne han godt klart seg uten.

Tekst **Eivor Hofstad** ● Foto **Stig M Weston**

I utgangspunktet er jeg konfliktsky, sier Andreas Wahl. Han nikker smilende ut gjennom kafévinduet til en gutt med øretelefoner som har stoppet opp og peker begeistret på den tidligere barne-tv-onkelen. Wahl er også kjent fra NRK-programmene Schrödingers katt, Lyngbø og Hærlands Big Bang og det siste skuddet på stammen: Folkeopplysningen.

Han er midt i forklaringen av hvilket minne fra Folkeopplysningen som sitter sterkest. Det er uten tvil konfrontasjonsmøtene på slutten av hver episode, der de som hadde blitt stilt til veggs av tung forskning, fikk se programmet og komme med kommentarer.

– Det var uten tvil riktig å gi dem tilsvarsrett, eller samtidig imøtegåelse som det heter. Men det føltes veldig ubehagelig. Jeg har jo respekt for mennesker, og skjønner at det vi viste måtte være ubehagelig for dem, selv om noen prøvde å late som ingenting, sier mannen som ikke nådde helt til topps i årets morellsteinspyttekonkurranse etter å ha blitt norgesmester to år på rad.

DOWNTON ABBEY-SEERTALL. Folkeopplysningen hadde siste sending i oktober, men etterdønningene har ennå ikke lagt seg. Det er innlegg i avisspaltene om kiropraktorutdanningen og delinger på sosiale medier av mer eller mindre saklige kommentarer.

Til sammen 12 programmer fordelt på to sesonger har fått over en halv million seere til å benke seg foran skjermen per gang. Det er overraskende høye tall for et forskningsprogram. På Downton Abbey-nivå, faktisk.

«Vi ble anklaget for å være et besserwisserprogram.»

I første sesong i 2012 var det alternativbevegelsens påstander som ble satt opp mot rådende forskning på området. Fortellerteknikken involverte blant annet kjendiser som testet en type behandling, og ulike psykologiske forsøk.

– Mange misforsto forsøkene og tolket det som «forskning», men det var mer en slags illustrasjon, en tv-måte å fortelle på, om hva forskningen sier om temaet. Hadde vi kommet dragende med tørre rapporter for å illustrere det, ville vi mistet seere, tror Wahl.

«LATTERLIGGJØRINGEN». Det ble rabalder. Flere aktører i alternativbevegelsen mente programserien var for overflatisk, selv om Wahl unnlot å gjøre de triksene han kan godt: sjonglere med seks baller på én gang eller kjøre spektakulære fysikkeksperiment.

De mente han ga skinn av å drive forskning, men egentlig hadde bestemt seg på forhånd hva konklusjonen skulle være. Norsk Homøopatisk Pasientforening mente et bedre navn på programserien kunne vært «Latterliggjøringen», og Norske Homøopaters Landsforening advarte medlemmene sine mot å snakke med Wahl. Han måtte dra helt til Danmark for å få kinesiologer til å stille opp. Etter første sesong ble to klager behandlet i PFU, fra henholdsvis Norsk Spiritualistforening og Norske Kvantemedisinere, hvorav ingen fikk medhold.

– Alternativbevegelsen består stort sett av veldig hyggelige og velmenende mennesker. Det var ingen grove personangrep, men etter første sesong merket jeg at jeg var sliten. Vi ble anklaget for å være et besserwisserprogram. Da var det utrolig deilig å kunne ta et steg til siden, så stod forskningen der og talte for seg selv. Redaksjonen har gjort massiv research og funnet de beste og mest relevante metaanalysene. Ingen har kunnet ta oss på at vi har oversett en viktig studie.

MEST ROS. Wahl setter en solid tanngard i tunfisk-bagelen og nipper til teen med melk. Drikker helst ikke kaffe.

I andre sesong tok Folkeopplysningen for seg blant annet legemiddelindustrien, el-følsomhet, og økende allergiforekomst. Denne gangen ble det ikke samme rabalder. Kun episoden om supermat havnet hos PFU, men klagen er ikke behandlet ennå.

– Mange alternative vi møtte under arbeidet med første sesong ba oss hele tiden om å ta legemiddelindustrien, men vi hørte ikke noe når vi gjorde det. Det kunne godt vært mer debatt.

Fra 1. august 2012 og frem til i dag har det kommet totalt 492 reaksjoner på programserien hos NRK, hvorav 19 prosent er klager og 43 prosent er ros.

– Dette er spesielt gøy fordi NRK stort sett mottar reaksjoner når folk er misfornøyde.

DEBATT OG ENDRING. – *Hva er du mest stolt av?*

– Både debatten som fulgte og at noen yrkesorganisasjoner går eget behandlingstilbud etter i sømmene. Fysioterapeutene har for eksempel tatt standpunkt om ikke å benytte alternative metoder som ikke er godt nok dokumentert. Nå er det en endringsprosess i gang i kiropraktormiljøet også. Dette kommer jo oss som pasienter til gode.

– *Angrer du på noe?*

– Den nakne dama som ble brukt som illustrasjon i kiropraktor-episoden. Skuespilleren vi brukte visste hva hun gikk til, men det harmonerer ikke med mine verdier. I programmet virket det umotivert, og vi fremstod mer tabloide enn vi ønsket å være. Det så ut som om jeg stod foran henne i samme rom, men jeg stod egentlig foran en grønn vegg og ble klipt inn i bildet.

ALTERNATIVE SYKEPLEIERE. Andreas Wahl møtte flere sykepleiere på sin reise blant de alternative, blant annet i arbeidet med detox-episoden. Han opplevde at noen av dem brukte yrket sitt som kvalitetsstempel for udokumentert behandling:

Kjendis: Andreas Wahl i velkjent fremtoning. Skal han dokumentere noe mer fra alternativmiljøet i Norge, må han antakelig kle seg ut og «Wahlraffe» ...

Sjarmtroll: På 80-tallet kunne ingen tippe at denne karen skulle bli persona non grata hos homøopatene.

Applaus: Andreas utpekte seg som familiens showman tidlig, her med sine tyske kusiner Melanie og Bettina.

– De kunne si «Hør nå her. Jeg er sykepleier og har opplevd at sånn og sånn har effekt». Det hadde ikke skadet om sykepleierutdanningen hadde kritisk tenkning og hvordan forskning foregår som en større del av grunnopplæringen. Det gjelder flere utdanninger.

– Men alt kan vel ikke måles? Mange sykepleiere er for eksempel opptatt av de varme hendene eller den tause kunnskapen. Har de et poeng?

– Absolutt. Men det kommer an på hva du legger i de varme hendene. Er det Snåsamannen, finnes det ingen forskning som understøtter det. Men er det kroppskontakt, varmen i blikket, forståelsen, tilstedeværelsen, omgivelsene, påkledningen, og så videre, er det vist i forskningen at det er viktig. Det handler ikke om noe overnaturlig, men om god omsorg.

IRRASJONELLE VALG. *– Bør sykepleiere anbefale fysioterapeut eller kiropraktor?*

– Det tror jeg ikke jeg skal uttale meg om.

– Hva ville du selv ha valgt hvis du sleit med muskelvondt?

– Jeg ville gjort som overlege og professor i rehabiliteringsmedisin Åge Indahl råder: Holde meg i bevegelse.

– Er det din overlegemor og din tyske kybernetikerfar som har gjort deg så snusfornuftig?

– Kanskje, men jeg er ikke så veldig rasjonell. Jeg tar irrasjonelle valg hele tida. For eksempel da jeg studerte og skulle ta eksamen og var forkjøla, heiv jeg innpå C-vitaminer selv om jeg visste at det ikke funka. Og jeg handler i akkurat den butikken av helt irrasjonelle grunner.

«Ingen har kunnet ta oss på at vi har oversett en viktig studie.»

LEKTOR. Wahl er født i Tyskland og bodde en periode i Oslo før familien flyttet til Eik i Tønsberg. Da han flyttet hjemmefra, ble det master i fysikk ved NTNU pluss praktisk-pedagogisk utdanning, slik at han i dag kan kalle seg lektor i fysikk.

– Lærerne er samfunnets helter. De bygger neste generasjon, ikke bare faglig, men overfører holdninger og perspektiver til

neste generasjon, mener han ifølge Dagsavisen.

Lektor Wahl har vært sammen med Mari siden han var 18 år gammel. Hun er også lærer, i tillegg til skuespiller og sanger, og er den personen Wahl aller helst vil bli stående fast i heisen med.

– Samme kjærest i 13 år støtter neppe oppsummert forskning på feltet for menn i din alder?

– Nei, men ikke alle er på gjennomsnittet.

Det kan foreldrene til Wahl skrive under på. Alle de fire barna deres er nysgjerrige, men det er bare eldstemann Andreas som tidlig utpreget seg som showmann. Det har moren, Rønnaug Solberg, uttalt til lokalavisen. Sammen med en kamerat inviterte han foreldrene til show i kompisens kjeller i Tønsberg hvor trylling, sjonglering og musikk stod på programmet.

NÆRTRYLLING. I dag lever barndomsvennen også av å avsløre juks, som etterforsker i politiet. De har et firma sammen som driver med ulike typer underholdning for store og små. Wahl har også en diger trillekoffert full med utstyr. Den reiser han rundt med og holder små «vitenshow», der fysikk og vitenskap er en viktig ingrediens.

– Hva er favoritt-tryllekunsten din?

– Denne:

Han plukker opp en papirlapp, krøller den sammen til en ball og ber Sykepleien blåse på hånda som er knyttet. Idet vi blåser, går fingrene opp og papiret er borte.

– Nærtrylling er det beste, ler han.

– Er det kanskje derfor du er så rasjonell, tryllingen har lært deg at det ikke finnes noen magi?

– Det finnes mye magi igjen, det trenger bare ikke være overnaturlig. Men det er klart man kan bli skeptisk når man ser hvor lett det er å lure folk. Forskjellen på tryllekunstnere og de synske er at tryllekunstnerne er åpne om at det bare er lureri.

«Kornsirkler er gøy!»

KORNSIRKLER OG COLD READING. *– Hvilket overnaturlig fenomen har du mest sansen for?*

– Kornsirkler er gøy! Jeg har lyst til å være med å bygge en. Det er ikke så vanskelig som folk skal ha det til. Ellers synes jeg det er gøy å leke seg med cold reading-teknikken som de «synske» bruker.

Wahl forklarer at når han signerer bøker, prøver han å ha sansene med seg. Han kan for eksempel plukke opp et navn på en person som står lenger bak i køen. Når personen kommer fram, kan han si «Hei, Ludvik!», til Ludviks store forbløffelse.

– Det skal så lite til. Hvis det for eksempel er tre søsken som vil ha boken signert, kan jeg vite om Markus skrives med C eller K ved å se hvordan søskennavnene skrives. Heter de Janita og Mary-Ann, er det med C. Og heter de Even og Lisa, er det med K.

VIKTIGE GAP. NRK har ikke avgjort om det blir noen ny sesong av Folkeopplysningen.

– Hvis det blir en tredje sesong, hva skal den handle om?

– Jeg vet mer hva det ikke skal bli. At billige high-fi-kabler på Clas Ohlson er like gode som dyre, er ikke viktig nok. Det må være viktig. Det må ikke nødvendigvis handle om helse, men vi lager bare program der det er et gap mellom folks oppfatning og forskningen.

– Hva med å se på om helsemyndighetene følger internasjonale forskningsoppsummeringer?

– Kanskje det. Men helserådene våre har jo utvikla seg til det bedre etter hvert som ny forskning har kommet. Det kan være et gap mellom det helsepersonell gjør og det oppsummert forskning viser. Helsepersonell har ikke tid til å lese all ny forskning. Men jeg håper Folkeopplysningen har vist at det ikke er så vanskelig å forstå kunnskapsoppsummeringer. Man trenger ikke være professor for å lese de sammendragene.

BIESPY. Før en eventuell ny sesong skal Wahl avslutte en lærebokserie i naturfag for ungdomsskoletrinnet. Han er allerede i full gang med produksjonen av en ny fysikkserie for hele familien som vil gå på NRK1 til neste vinter: «Med livet som innsats».

– I hver episode tester jeg en naturlov med livet som innsats.

Og så har han lyst å dra ut på en vitenshow-turné. Hittil har han hatt over 300 forestillinger.

– Det nye showet vil være i større skala og skal hete Elektrisk.

I tillegg jobber Wahl med spalten sin i Aftenposten Junior hvor han svarer på barns spørsmål. Slike ting også voksne lurer på, men ikke tør spørre om: Er honning egentlig biespy, og hvorfor kan man ikke kile seg sjøl, for eksempel ...

– ER honning egentlig biespy?

– Jeg er ingen zoolog, men ja. Det korte svaret er ja.

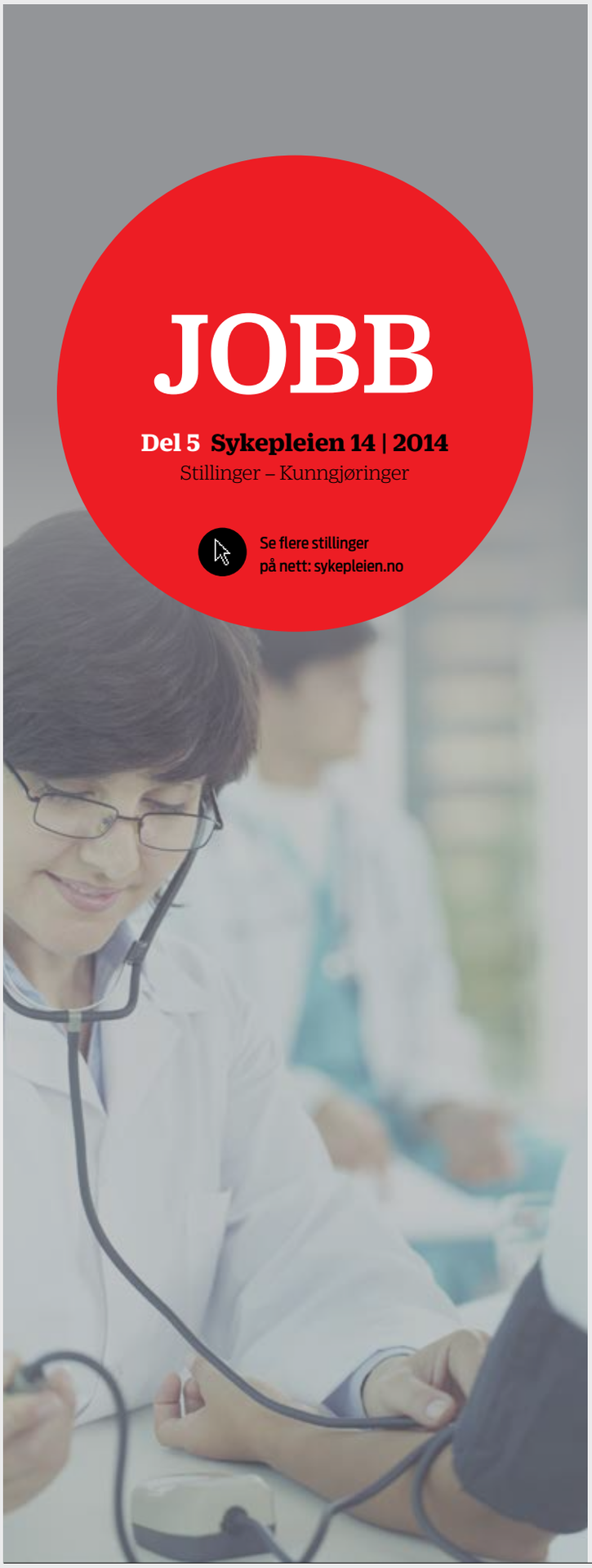
NETTBUTIKK. I fem-seks år har Wahl også hatt en nettbutikk han har lovet NRK ikke å reklamere for når han jobber hos dem. Der selger han alt fra neglelakk som skifter farge i sollys til flasker med ferrofluid og vannlykter som skal hedre de døde.

– Så er det kanskje plass for litt åndelighet hos realist-ateisten likevel?

– Hva? Det kan stemme at vi har noen lanterner i nettbutikken, men de kan brukes til hva man vil. Inkludert å feire nytt eller avsluttet liv. Jeg ser ingen motsetning mellom å sette pris på store, kunstneriske opplevelser og det å være realist.

Men aller først må han hive seg på sykkelen for å rekke noe før han skal til schizofrenidagene i Stavanger. Der skal han snakke om universet på 42 minutter. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Kristiansand

Spesialutdannet sykepleier/sykepleier - Anestesiavdelingen, Intensivseksjonen

I forbindelse med økning av intermediærkapasitet, blir det opprettet nye stillinger tilknyttet intensivseksjonen, Sørlandet sykehus HF. 75/100 %.

Tiltredelse etter avtale.

Opplysninger: Grethe Abusdal. enhetsleder, tlf. 38 07 37 61 eller Alf Frode Eriksen, ass. enhetsleder, tlf. 38 07 61 38

Søknadsfrist: 05.01.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbsok

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.

frantz.no

SØRLANDET SYKEHUS

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Helgelandssykehuset HF har følgende ledige stillinger:

Brønnøysund Fødestue

JORDMOR

- 1 x 100 % fast stilling
- 2 x 100 % svangerskapsvikariat fra medio mars 2015
- 1 x 60 % vikariat med mulighet for fast ansettelse

Kontaktinfo: Ann-Åse Baustad, avdelingsleder, tlf. 996 41 854.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

HUS TIL LEIE

«Vi er et voksent par som skal tilbringe hele 2015 i Spania. I den forbindelse så ønsker vi å leie ut huset vårt i denne perioden.
Vi bor i Larvik, på Veldre.
Huset har to soverom, stue med åpen kjøkkenløsning, samt en stor kjellerstue. Bad og toalett i hovedetasjen, og vaskerom i underetasjen. Koselig opparbeidet hage med utestue og peis. Kort avstand til badestrand, innsjø, friluftsarealer, med gode treningsmuligheter og opparbeidet skiløyper på vinteren. Bynært.»

Husleiepris kan diskuteres.

Kontaktinfo: Janne Bøe Hansen, tlf.982 67 098

Oslo universitetssykehus

Har du lyst til å jobbe som trainee på Postoperativ-/Intensivavdelingen?

Vi vektlegger fagkunnskap, fleksibilitet og godt arbeidsmiljø

Hvem er du:

- Sykepleier som ønsker praksis før spesialisering i intensivsykepleie
- Lærevillig og nysgjerrig

Postoperativ-/Intensivavdelingen på Rikshospitalet/Radiumhospitalet behandler alt fra postoperative pasienter til akutt og kritisk syke pasienter.
Vi har både medisinske og kirurgiske pasienter og bruker mye avansert medisinsk teknisk utstyr i behandlingen.
Generell Intensiv 1 og Generell Intensiv 2 gir svært avansert og krevende intensivbehandling til voksne pasienter. Pasientgrunnlaget på Postoperativ er både barn og voksne.

Oslo universitetssykehus har i fremtiden et stort behov for intensivsykepleiere. Hensikten med traineeprogrammet er å forberede sykepleiere på videreutdanning i intensivsykepleie. Vi ønsker å sikre kontinuerlig rekruttering til utdanningen.

Hva er trainee?

- 100 % stilling i 3 delt turnus, der ca.20% brukes på opplæringsprogrammet som går over 4-6 mnd.
- Undervisningsopplegget er utarbeidet av ledende spesialsykepleiere på intensiv- og postoperative seksjoner
- Gruppeundervisning med fokus på basiskunnskaper for generell overvåking av postoperative- og intensivpasienter og individuell veiledning av egen kontaktsykepleier
- Felles startdato for gruppen
- Engasjement på ett år med mulighet for fast ansettelse etter fullført traineeprogram på en av våre fire seksjoner: Postoperativ, Generell Intensiv 1, Generell Intensiv 2 eller PO Radiumhospitalet
- Ansatte som gjennomfører traineeprogrammet vil prioriteres fra avdelingen for utdanningsstilling (lønn under utdannelse) til intensivsykepleier, forutsatt opptak ved høyskole og budsjettbevilgning til utdanningsstilling

illustrasjonsfoto: Schutterstock

Hva vi tilbyr:

- Lønn etter tariff-avtale
- Medlemskap i pensjonsordning, 2% pensjonstrekk, gruppe- og ulykkesforsikring samt fritidsulykkeforsikring
- Et trivelig arbeidsmiljø som er preget av høy faglig kompetanse

refnr. 2417211807

www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akuttsykehus for store deler av Oslo-området, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale oppgaver. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitets-sykehus står for en stor del av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 470 000 mennesker i 26 kommuner.

ANESTESI- OG OPERASJONSSYKEPLEIERE

Anestesi og operasjon, Bærum sykehus

Referansenr. 2389465796 Søknadsfrist: 18.12.2014

Vi utvider operasjonskapasiteten og trenger flere medarbeidere.

Vi har ledig et 100 % vikariat for anestesisykepleier og 2 x 100 % vikariat for operasjonssykepleiere, med mulighet for fast ansettelse.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no

VESTRE VIKEN

Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 470 000 mennesker i 26 kommuner.

ANESTESISYKEPLEIER

Kirurgisk Dagavdeling, Bærum sykehus

Referansenr. 2400247925 Søknadsfrist: 18.12.2014

Vi har ledig et 60 % vikariat i perioden 05.01.2015 - 31.12.2015.
Det er ønskelig at søker har minimum 2 års erfaring som anestesisykepleier, og det er en fordel med erfaring fra dagkirurgisk virksomhet.

Kontaktinfo: Anne Dorthe Røsvik, avdelingssykepleier, tlf. 900 13 717

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no

VESTRE VIKEN

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder.
Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Klinikk for anestesi og intesivmedisin

Anestesi- og overvåkningsavdelingen, Orkdal Sjukehus

Avdelingssjef

Det søkes etter avdelingssjef ved anestesi- og overvåkningsavdelingen ved Orkdal Sjukehus.

Anestesi- og overvåkningsavdelingen ved Orkdal Sjukehus er nyopprettet som en egen avdeling. Avdelingen består av tre seksjoner, seksjon for anestesileger, seksjon for anestesisykepleiere og KOVA (kombinert overvåkningsavdeling). Avdelingen yter anestesi- og overvåkningstjenester til hele Orkdal Sjukehus, og har ca. 45 ansatte.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til klinikksjef Hilde Pleym, tlf. 908 44 763, e-post: hilde.pleym@stolav.no

Søknadsfrist: 31.12.2014

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no

ST. OLAVS HOSPITAL

MHH 1936 Martina Hansens Hospital

Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi. Hospitalet har 100 sengeplasser, 12 tekniske senger, driver omfattende poliklinisk virksomhet og har ca. 330 ansatte. Se sykehusets hjemmeside: www.mhh.no

OPERASJONSSYKEPLEIER

Ved operasjonsavdelingen er det ledig:
Fast 100 % stilling.
Vikariat 100% stilling for 1 år. Stillingene er ledige for snarlig tiltredelse.

Det er kun dagvakter. Ingen helg- eller høytidsvakter.

Kvalifikasjoner
- Autorisasjon som off. godkjent sykepleier
- Videreutdanning i operasjonssykepleie
- Erfaring fra ortopedi

Personlige egenskaper
- Fleksibilitet, egnethet og motivasjon
- Stabilitet og samarbeidsevne

Vi tilbyr
- Opplæring
- Høyt faglig nivå
- Faglig og personlig utvikling
- Internundervisning
- Konkurransedyktig lønn

Nærmere opplysninger vedrørende stillingen kan fås hos oversykepleier **Ruth A. Moe, tlf.: 67 52 17 90**.

Søknad, CV og attester sendes helst på e-mail til: **postmottak@mhh.no** eller Postmottak, Martina Hansens Hospital, Postboks 823, 1306 Sandvika.

Søknadsfrist: 15. januar 2015

MEDIYOGA - medisinsk yoga
Utdannelse for helsepersonell

OSLO - BERGEN - BODØ - KRISTIANSAND
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER
mediyoga.no +46 85 40 882 80

MEDIYOGA® Forskning · Kunnskap · Utdanning

ER DU OPPTATT AV KVALITETSFORBEDRING?

Nettbasert videreutdanning i kunnskapsbasert praksis

VÅREN 2015

Vi tilbyr nettbasert videreutdanning i kunnskapsbasert praksis. Her lærer du å finne, vurdere og bruke forskningsresultater i praksis. Studiet passer for alle helsearbeidere.

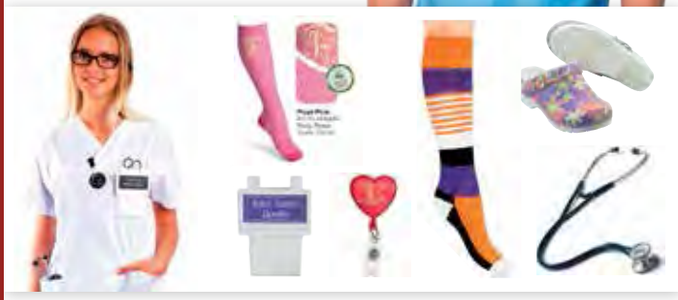
Lær mer og søk opptak på
Hib.no/studier

HØGSKOLEN I BERGEN

www.vt-medical.com
VAKTROMMET

UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:
www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
Tel: 926 97 497

Lik oss og vær med i trekninger!

FORDYPNINGSKURS

VI TILBYR:

Fordypningskurs i hjemmesykepleie og helsesøster som samfunnsaktør

Fordypningskurset i hjemmesykepleie er det første av fire kompetansegivende kurs for sykepleiere som arbeider i, eller interesserer seg for hjemmesykepleien. Helsesøster som samfunnsaktør kurset skal gi kunnskap og erfaring som vil være av nytte i det daglige virke som helsesøstre, som ledere og som faggruppeledere.

NÅR?	PRIS?
Hjemmesykepleie: 9. februar - 13. februar 2015	Kr. 2000
Helsesøster som samfunnsaktør: Uke 6 og 7 i 2015	Kr. 3000

Høyskolen DIAKONOVA

Høyskolen Diakonova
Fredensborgveien 24 Q
post@diakonova.no
Tlf. 22 98 63 00
www.diakonova.no

HVOR?

Høyskolen Diakonova, sentralt i Oslo

Mer informasjon og påmelding:
www.diakonova.no

ORGANISERING OG VEILEDNING AV STØTTEKONTAKTER, AVLASTERE OG FRIVILLIGE

Videreutdanning i Bergen og Oslo 2015, 30 studiepoeng

Utdanningen vil kvalifisere deg til å utvikle fleksible og gode tiltak og tjenester for mennesker i alle aldre som trenger bistand for å få en meningsfylt fritid.

Utdanningen rommer fire hovedtema:
Velferdspolitikk og frivillig sektor, Tiltakskjede, Sosial deltaking - teori og Sosial deltaking - praksis

Målgruppe for studiet er fagpersoner innen:
Sosial-, kultur-, helse- og oppvekstsektoren, både i offentlig-, privat- eller frivillig sektor

HVORFOR VELGE DENNE UTDANNINGEN

- Du lærer om nye metoder og tiltak, både på system-, gruppe- og individnivå
- Studenter fra frivillig, privat og offentlig sektor møtes, lærer av hverandre og utvikler tiltak i fellesskap
- Du får veiledning i å planlegge relevante prosjekter
- Studiet er et fleksibelt deltidsstudium over ett år og lar seg kombinere med jobb
- Studiet støttes av Helsedirektoratet, og er gratis for deltakerne

BERGEN OG OSLO

Oppstart i Bergen: Uke 4, 19-22. januar 2015 Oppstart i Oslo: Uke 5, 26-29. januar 2015

OPPTAKSKRAV

Tre års relevant høgskoleutdanning, eller tilsvarende. Realkompetanse kan etter individuell vurdering erstatte formell kompetanse.

MER INFORMASJON:

Faglig kontaktperson: Inger Helen Midtgård, Institutt for sosialfag og vernepleie,
55 58 71 48 inger.helen.midtgard@hib.no

Opptakskontoret: 55 58 75 04 opptak@hib.no

www.hib.no/evu

SØKNADSFRIST: 15. JANUAR 2015

Helsedirektoratet

HØGSKOLEN I BERGEN

SABO

- når du vil merkes!

Spesialdesign for jula 2014

Nyttig og morsom
- hold tiden i julestria!

200,-

3D skilt.
mange ulike
bakgrunner
og symboler

150,-

Søsterklokke
med
silikonlenke

199,-

Ekstra
silikonlenke

50,-

Sjekk våre nettsider for flere skilt og andre merkeprodukter for helsesektoren

www.sabo.no