sykepleien
21. februar 2008 • 96. årgang
JOBB
04

TEMA

Lokkes mot Vesten

Filippinske sykepleiere som vil til Norge, drømmer om et bedre liv. Men noen ender i en gjeldsfelle, prisgitt useriøse mellommenn som tjener grovt.

Side 28-40

Bemanning:
Sykepleiere kan gjøre legeoppgaver

07

Arbeidsmiljø:
Fornøyde med «God vakt»

14

Psykiatri:
Nei til helsestasjon for voksne

25

etasjenover.no

Det finnes ingen mirakelkur, men det nytter å behandle. Det ser du av resultatene.[1)2)3)]

Alzheimers sykdom – Hukommelsen svikter. Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

Ikke bare er det en alvorlig sykdom, det er en dobbel byrde å bære fordi personligheten dør før kroppen.

Ebixa® er ingen mirakelkur, men resultatene viser at det nytter å behandle.

Se preparatomtale og referanser på side 47

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

– Livet er verdt å huske!

Ebixa® memantin

Ønsker du deg økt klinisk kompetanse og faglig fordypning?

Master i klinisk sykepleievitenskap

- 120 studiepoeng
- Studiestart: høsten 2008
- Deltid over tre år

Studiet er en faglig fordypning i klinisk sykepleievitenskap, med spesielt fokus på somatisk syke pasienter som er innlagt i sykehus med akuttfunksjon. Studiet vektlegger vitenskapsteori og forskningsmetode, og all tematikk er fundert i vitenskapelig tenkning og relatert til en klinisk kontekst. Kvalifikasjonskrav: Fullført og bestått 3-årig grunnutdanning/ bachelorstudium i sykepleie og autorisasjon som sykepleier.

Søknadsfrist: 15. april 2008

Master i psykisk helsearbeid

- 120 studiepoeng
- Deltid over tre år

Studiestart planlegges høsten 2008 med forbehold om godkjenning. Mer informasjon om studiet og søknadsfrist legges ut på www.hio.no/su når dette foreligger.

Videreutdanning i kreftsykepleie

- 60 studiepoeng
- Studiestart: høsten 2008
- Heltid over et år

Kvalifikasjonskrav: Autorisasjon som sykepleier og minst to års relevant yrkespraksis som sykepleier.

Søknadsfrist: 15. april 2008

Videreutdanning i psykisk helsearbeid

- 60 studiepoeng
- Studiestart: høsten 2008
- Heltid over et år

Kvalifikasjonskrav: Studiet bygger på treårig høgskoleutdanning innen helse- og sosialfag. Det stilles krav om minimum ett års praksis i hel stilling med direkte klient-/pasientarbeid etter endt treårig høgskoleutdanning.

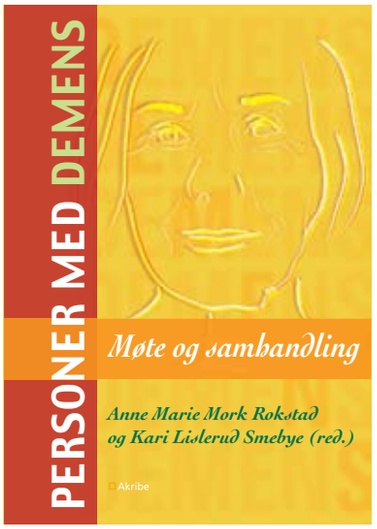
Søknadsfrist: 15. april 2008

Se www.hio.no/su for elektronisk søknadsskjema, opptaksregler, studiets innhold og vårt øvrige studietilbud.

Kontaktinformasjon:
Høgskolen i Oslo
Avdeling for sykepleierutdanning, tlf. 22 45 38 00
e-post: opptak@su.hio.no

høgskolen i oslo
www.hio.no

Ny bok om personsentrert omsorg ved demens



Personer med demens
Møte og samhandling
Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red)

I Demensplan 2015 «Den gode dagen» framgår det at kompetanseutvikling hos personalet i demensomsorgen er et viktig offentlig satsingsområde. Denne boka er et bidrag for å imøtekomme behovet for kunnskap på området.

Boka legger vekt på en personsentrert tilnærming i omsorgen for personer med demens, enten den det gjelder er yngre, eldre eller har en utviklingshemming.

Sentrale temaer i boken:
- kommunikasjon
- miljøbehandling
- utfordrende atferd
- samarbeid med pårørende
- veiledning av personalet
- etiske, juridiske og faglige utfordringer

ISBN 978-82-7950-107-7
Pris kr. 395,-
Bok, hf., 360 sider

Kjøp boken på: www.akribe.no

Akribe

Barth Tholens om innovasjon

Stilling: Redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no

Skal du på toalettet, fru Hansen?

Går det som KS vil, kan roboter snart bli utplassert i norske sykehjem. De skal blant annet hjelpe pasienten ut av senga og inn på toalettet. Er det Star Wars som nå skal fikse arbeidskraftkrisen?

DAGENS ROBOTLEDER: Mange er skeptiske til alskens oppfinnelser og nye duppedingser. Men er det egentlig så ille?

– God morgen, fru Hansen. Sovet godt?

Det kan være en myk stemme med valgfri dialekt som ønsker pasienten velkommen til en forrykende ny dag i KS sin høyteknologiske framtidsvisjon. Omtrent som veiviseren på en GPS-styrt bil som forteller deg at du skal ta til venstre i neste rundkjøring. På sykehjemmet – eller hjemme hos pasienten – skal snille roboter hjelpe pasienter gjennom hverdagen. De skal løfte, massere, snu og huske. De skal gjøre «grovarbeidet» nær pasienten for å få turnusene i kommunens omsorgstjenester til å gå opp.

Nei, jeg tuller ikke. Det er blodig alvor. Kommune-Norge står foran en formidabel utfordring. Antallet pleietrengende eldre vil bli doblet fram til 2050. Men hvem i all verden skal ta seg av dem? Soria Moria-kameratene har lovet 10 000 nye hender i pleiesektoren innen 2009. Men det vil ikke være nok. Kommunene vil trenge flere!

Det mest opplagte svaret på denne utfordringen er å gjøre det mer attraktivt å jobbe i denne sektoren. Gi folk mer lønn! Dernest er det nok lurt å kartlegge det framtidige kompetansebehovet. Da kan kommunene legge en plan for rekruttering av fagfolk. Dessverre vil skriket etter kvalifisert arbeidskraft komme brått på mange steder. Flesteparten av kommunene har egentlig ikke peiling på **hva slags arbeidskraft** de vil trenge i framtiden. De vil stå ganske uforberedt.

Nå har Kommunenes Sentralforbund begynt å regne på behovet. De får det ikke til å gå opp. Om ikke alle frisører, servitører og rørleggere i framtiden omskolerer seg til leger, sykepleiere og helsefagarbeidere, vil tilbudet av arbeidskraft ikke komme i nærheten av å matche kommunenes etterspørsel.

KS vil derfor tenke nytt. Denne måneden kom den glade nyheten om at roboten Anna hadde kommet til Universitetet i Oslo. Her skulle forskerne se på hvordan Anna kan brukes i omsorgssektoren. Både forskerne og KS har tro på henne. Om politikerne vil og finansieringen sikres, kan Anna være ferdig om et par års tid. Hun kan allerede skru av komfyren, låse dører og vanne blomster. Men om ikke lenge vil hun også kunne følge fru Hansen på do. Bare fantasien setter grenser for hva hun kan lære, ifølge forskerne.

– Roboter kan gjøre de eldre mer selvhjulpne, mener strategisk rådgiver i KS, Åshild Willersrud.

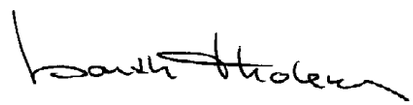
Hun føyer til at det også vil ha en positiv effekt på mangelen på arbeidskraft i kommunene. Tenkte vi det ikke.

Innføring av ny teknologi har til alle tider møtt heftig motstand. Tv skulle gjøre slutt på all lesing. Internet skulle gjøre slutt på avisene. Playstation og Ipod skulle gjøre ungdom til døvstumme sombier. Ingen av disse dystre spådommene har slått til. Vi skal derfor ikke ty for lett til konklusjonen om at inntoget av roboter på sykehjem vil gjøre slutt på all omsorg. Vi skal ikke tvile på at KS virkelig ønsker å sette inn ny teknologi nettopp for å frigjøre menneskehender, slik at disse kan gi pleie og omsorg. Introduksjonen av alarmer, sensorer, kameraer og GPS-sendere for å holde rede på fru Hansens tilstand må gjennom en grundig etisk test før dette kan bli innført. Det er KS og Willersrud helt klare på. Ingen ønsker vel et hel-overvåket samfunn der teknologien sperrer mennesker inn i en omsorgsboble?

Det er helt nødvendig å gå nye veier. Derfor vil jeg ikke latterliggjøre KS sitt initiativ. Leonardo da Vinci tenkte på fly og helikoptre lenge før charteralderen begynte. Det må være lov å tenke høyt om noe som aldri er blitt gjort før.

I diskusjonen om nye «duppedingser-som-skal-gjøre-livet-lettere», skal vi likevel ikke miste av synet hva de involverte aktørene egentlig har som motiv og hva de ønsker å oppnå. Bill Gates realiserer kanskje vår drøm om at alle mennesker på jorda skal kunne kommunisere med hverandre. Men enden på visa er likevel at han sitter igjen med et fryktelig monopol som i sin tur igjen kan true den globale friheten som internet nettopp skulle gi oss.

Når KS, forskerne og teknologi-industrien nå skal gjøre pasientens hjem til en robotisert arena, under mottoet «mer omsorg», er det legitimt å spørre: Hva er motivet? Hvis «mer omsorg» egentlig betyr at kommunene ser for seg en hverdag med færre ansatte rundt pasienten, er det all grunn til å tenke seg om. Da bør vi sende Anna ut på en runde til Stortinget – før hun får lov til å stikke hodet innom fru Hansen for å måle tempen.



Innhold: Sykepleien 04/08

20

42

Forsidefoto: Erik M. Sundt

7 Legearbeid til sykepleiere
9 Nyutdannet og godt rustet
11 Vil vurdere selvmordsrisiko hos alle
13 Flere vil jobbe i hjemmesykepleien
14 Ansatte fornøyd med tilsynet
16 Tar strålevern på alvor
- – En god arbeidsplass

20 Ti medarbeidere som irriterer sjefen
24 Hva er problemet?
25 Skeptisk til voksne på helsestasjon
26 **Verdt å vite** om juss
28 **Tema:** Eksport og import av sykepleiere
- Drømmereisen
- – Vi får bekymringsmeldinger
- Skuffet over Norge
- Arbeidsløse kan havne i trøbbel
- Slik får du autorisasjon

42 **Nina Melsom**
om rustest av ansatte
44 Meninger
46 **Camilla Crone Leinebø**
om midtveiskrisen
46 Riskhospitalet
48 Folk
49 Før i Gaza

50 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
68 Meldinger, skoler og kurs

64 **NSF:** – Sats på sykepleierkompetanse
- Sløsing med sykepleiere
- Likelønn koster penger

66 **Lisbeth Normann**
om forebyggende arbeid

28

Ettertraktet og utnyttet

Mens vi sliter med å utdanne nok sykepleiere, er sykepleiere big business i enkelte land. Yrkesgruppen utdannes i et stadig økende antall for eksport til utlandet.
Og sykepleierne er en ettertraktet vare.
Men hvordan er veien fra de startet på sin utdanning i hjemlandet, til de er installert i Norge?
For å finne svar har Sykepleien vært på Filippinene. Besøkt skoler. Oppsøkt agenter som formidler sykepleiere. Og snakket med filippinske sykepleiere i hjemlandet og i Norge.
Sykepleierne håper å få oppfylt en drøm.
Men veien hit er ingen drømmereise.
Historien finner du på sidene 28 – 40.

Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby

16

Kreftmysteriet på Haukeland ▶▶

Hvorfor fikk 16 sykepleiere ved hjerteavdelingen ved Haukeland sykehus kreft?
Sykepleien har besøkt avdelingen og fått noen svar.

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

Ansvarlig redaktør
Barth Tholens
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

Markedssjef
Ingunn Roald
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12
ingunn.roald@sykepleien.no

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Repro og trykk
Stibo Graphic AS

Blader merket Ⓕ er medlem av Den Norske Fagpresses Forening
fagpressen Ⓕ
Oppflagskontrollert

Sykepleiens formålsparagraf:
Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleiernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

4 viktige ting å huske om Loette

- Lavdosert p-pille med 20mcg etinyløstradiol[1]
- Gir ingen vektøkning[2]
- 35% reduksjon av acne-lesjoner med Loette[1]
- Og selvfølgelig...

Loette leveres av Wyeth - en av verdens ledende produsenter av kvinnehelseprodukter.

så lite som mulig, men så mye som nødvendig [1]

Se preparatomtale side 24

tekst **Bjørn Arild Østby**

Legearbeid til sykepleiere

Norske sykehus er godt bemannet, men behandler for få pasienter per årsverk.
– Vi bør gå kritisk gjennom arbeidsfordelingen mellom profesjonene i sykehusene, mener arbeidsgiverorganisasjonen Spekter.

– Dersom veksten i antall ansatte i helse- og sosialsektoren fram mot 2025 fortsetter som de siste 15 åra, må over 40 prosent av den nye arbeidsstokken inn i denne sektoren. Det er urealistisk, sier direktør for samfunnskontakt i Spekter, Lars Erik Flatø.

Han mener vi bør gjøre som National Health Service i Storbritannia: ta en kritisk gjennomgang av profesjonenes rolle i sykehusene.

Overta legearbeid

I 2002 kom rapporten «Securing Our Future Health: Taking a Long-Term View» som konkluderte med at 20 prosent av utført legearbeid i Storbritannia bør overlates til sykepleierne.

– Konkret ble det blant annet foreslått at sykepleierne innen allmennpraksis skal kunne stille diagnoser, behandle og skrive ut resepter. Og at operasjonssykepleiere bør utføre mindre kirurgiske inngrep som gjerning av cyster, føflekker og fettknuter, sier Flatø.

Spesialisering

Department of Health startet i samarbeid med The Royal College of Nurses i 2006 en omfattende prosess for å reformere sykepleierutdanningen i Storbritannia. Man ønsket blant annet spesialisering via modulbaserte programmer som kombinerer fag med praksistrening på arbeidsplassen, framfor spesialisering ved akademiske institusjoner.

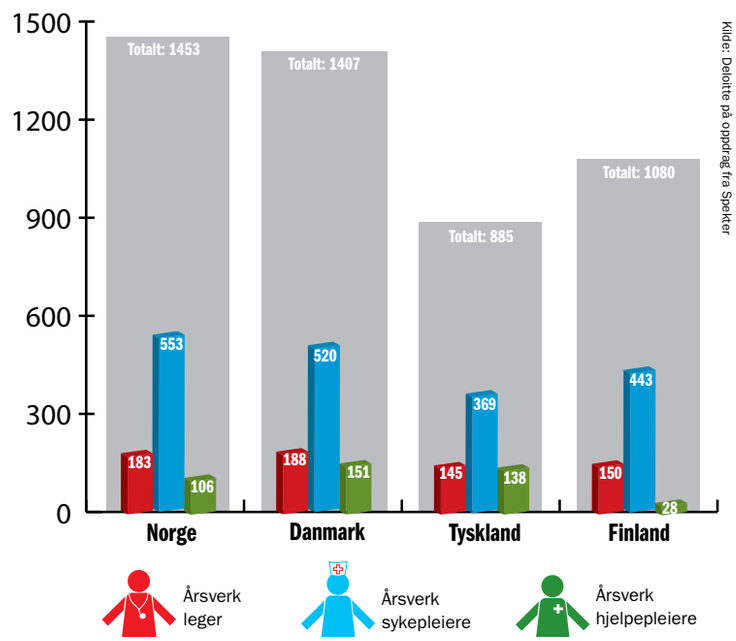
– I dag er det allerede utarbeidet program for å utvikle sykepleiernes kirurgiske ferdigheter innen karkirurgi, urologisk kirurgi, generell kirurgi og mindre inngrep. Videre er det innført 2-årig kurs for sykepleiere på akuttmottak, og opplæring av sykepleiere som kan følge pasienter med kroniske pusteproblemer og hjertesykdommer fra innleggelse til utskriving. Alt for å avlaste legene, sier Flatø.

Ta bort oppgaver

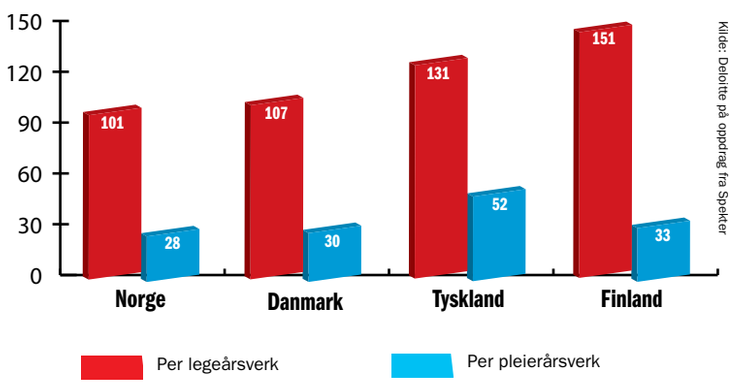
– Det er en helt nødvendig utvikling. I framtida må vi anvende de knappe medarbeiderressursene på en best mulig måte, mener Lars Erik Flatø.

Men når sykepleierne får nye og utvidede oppgaver må de i neste omgang være innstilt på å overlate en del av dagens oppgaver til andre yrkesgrupper, for eksempel legesekretærer, ernæringsfysiologer, farmasøyter og helsefagarbeidere, påpeker Flatø.

Årsverk ved somatiske sykehus per 100 000 innbyggere



Pasientbehandling per årsverk



Papirmølle

I 2000 brukte legene 54,6 prosent av tiden til pasientbehandling. Dette var sunket til 53,9 prosent i 2006 går det fram av en undersøkelse fra Legeforeningens forskningsinstitutt. President Torunn Janbu i legeforeningen sier legene vil bruke mer tid på pasientene.

Feilbehandling

Dersom sykehusene blir flinkere til å behandle pasientene riktig på første forsøk, kan de i teorien spare inn mellom 2 og 4 milliarder kroner, ifølge eksperter ukebrevet Mandagmorgen har snakket med.

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

Vaksinen med 4 papillomavirustyper som skal forebygge mot livmorhalskreft**

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

Gardasil® skal forebygge:

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

69-2007-NO-046-01

For bred beskyttelse* og tidlig nytte**

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

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

Se preparatomtale side 47

tekst **Bjørn Arild Østby**

Nyutdannet og godt rustet

Nyutdannete sykepleiere opplever at de er godt forberedt til å takle de fleste oppgaver som møter dem i yrkesutøvelsen som sykepleier.

Sykepleierstudenter som ble utdannet ved Høgskolen i Østfold i 2002 og 2004 har lært å møte pasienter på en respektfull måte, å reflektere over egne handlinger og ferdigheter, og å handle i tråd med lovverket.

De er ikke like flinke til å tilrettelegge psykososiale tiltak for pasienten, eller undervise og veilede pasienter til å mestre sitt daglige liv og sykdomssituasjon.

Det går fram av spørreundersøkelsen «Nyutdannet og godt rustet til sykepleieryrket?» som høyskolelektorene Ingrid Femdal, Kirsti Lauvli Andersen, Eva Bjørg Antonsen og Inger M. Tjøstolvsen ved Høgskolen i Østfold har gjort blant avgangsstudenter.

Lov og etikk

At nesten alle nyutdannede sykepleiere svarer at de var godt forberedt på å møte pasienter på en respektfull måte, mener forfatterne bak undersøkelsen er uttrykk for at sykepleierutdanningen har lyktes i å fokusere på etisk kompetanse.

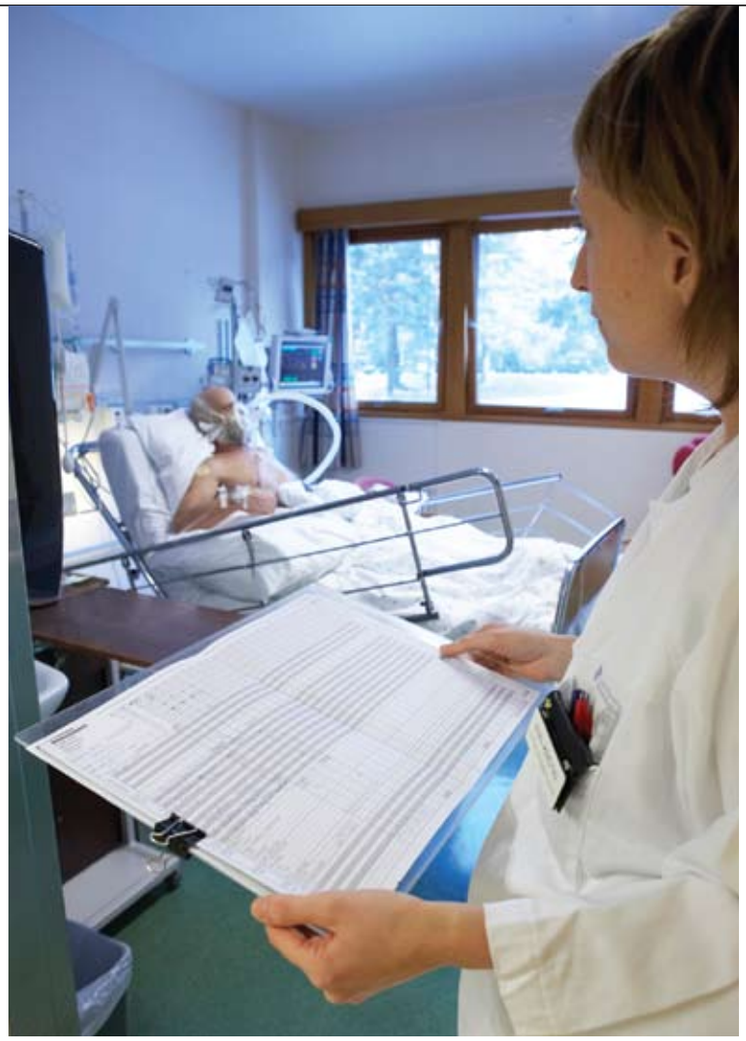
Det er også viktig at sykepleiere kjenner gjeldende lovverk for yrkesutøvelsen. Funnene i undersøkelsen viser at sykepleierne er godt forberedt. Men «samtidig fremgår det av de åpne kommentarene at flere sykepleiere synes at det har vært vanskelig å knytte lovverket til kliniske situasjoner.»

Psykososiale tiltak

Kun litt over halvparten av sykepleierne opplever at de er godt forberedt til å tilrettelegge psykososiale tiltak til pasienten.

Dette kan skyldes at psykososiale tiltak ofte er et av de områdene som blir nedprioritert i en hektisk arbeidssituasjon, ifølge forfatterne. Eller som det heter i rapporten: «Det kan være at de både som studenter og utdannede sykepleiere opplever at dette ikke har en tydelig prioritering.»

Rapporten finner du på:www.hiof.no/index.php?ID=13630



RESPEKT: Studentene er enige om at de har lært å møte pasienten på en respektfull måte. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Har sykepleierutdanningen gjort deg i stand til å… (Prosent)	Avgangsstudenter 2004	Avgangsstudenter 2002
	Helt enig/enig	Helt enig/enig
møte pasienter på en respektfull måte?	98	95
reflektere over egne handlinger og ferdigheter?	96	95
handle i tråd med gjeldende regler?	94	88
samarbeide med sykepleierkolleger?	92	88
samarbeide med pårørende?	72	57
tilrettelegge psykososiale tiltak for pasienten?	63	52
undervise og veilede pasienter?	67	56
lede en mindre gruppe medarbeidere?	40	42

Kilde: Ingrid Femdal m.fl. «Nyutdannet og godt rustet til sykepleieryrket?», Høgskolen i Østfold.

Foto: Colourbox

Økte gebyr

Stortinget har bestemt at gebyrene for saksbehandling hos Statens autorisasjonskontor skal prisjusteres. Søkere som oppnår rett til autorisasjon etter gjennomført turnustjeneste må fra 1. januar betale 1 460 kroner. For sykepleiere og øvrige søkere er gebyret nå 930 kroner.

Tilsyn med DPS

I 2008 og 2009 vil det bli gjennomført landsomfattende tilsyn ved de distriktspsykiatriske sentre (DPS). Tilsynet vil blant annet omfatte hvordan sentrene ivaretar de allmennpsykiatriske funksjonene overfor personer med alvorlige psykiske lidelser.

ConvaTec Wound Therapeutics™

AQUACEL®
Hydrofiber® Wound Dressing

Effektiv sårbehandling av væskende sår.

Digital illustrasjon

- Unik gelende bandasje som absorberer og låser inne væske og bakterier via Hydrofiber® teknologien.[1]
- Utviklet for å redusere risikoen for maserasjon.
- Binder bakterier (Pseudomonas aeruginosa og Staphylococcus aureus) signifikant bedre enn en alginat bandasje.[2]
- I gelet tilstand former AQUACEL® seg etter såroverflaten og reduserer «dead space».[3]
- Mindre smerte ved bandasjeskift sammenlignet med alginat bandasje ved bandasjering av kirurgiske sår.[4]
- Kan forfuktes med sterilt vann eller NaCl ved behandling av tørre sår.

Hydrofiber®
ConvaTec Technology

For ytterligere informasjon se bruksanvisningen i pakningen.

ConvaTec Norge, Postboks 490, 1323 Høvik.
Kundeservice: 800 30 995
Faks: 67 55 90 13
www.convatec.no
convatec.kundeservice@bms.com

© 2007 E.R. Squibb & Sons, L.L.C.
®/™ Varemerker tilhørende E.R. Squibb & Sons, L.L.C. ConvaTec er en autorisert bruker.

Referanser: **1.** Walker M, Hobot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethyl cellulose (AQUACEL®) and alginate dressings. Biomaterials. 2003;24:883-890. **2.** Tachi M, Hirabayashi S, Yonehara Y, Suzuki Y, Bowler P. Comparison of bacteria-retaining ability of absorbent wound dressings. Int Wound J. 2004 Sep;1(3):177-81. **3.** Hoekstra MJ, Hermans MH, Richters CD, Dutrieux RP. A histological comparison of acute inflammatory responses with a hydrofibre or tulle gauze dressing. J Wound Care. 2002 Mar;11(3):113-7. **4.** Foster L, Moore P, Clark S. A comparison of hydrofibre and alginate dressings on open acute surgical wounds. J Wound Care. 2000 Oct;9(9):442-5.

ConvaTec
A Bristol-Myers Squibb Company

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Vil vurdere selvmordsrisiko hos alle

Selvmordsrisiko bør sjekkes hos alle pasienter som er i kontakt med psykisk helsevern.

Det oppfordrer Sosial- og helsedirektoratet til i nye nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging.
Hvert år tar rundt 500 nordmenn sitt eget liv. Ifølge Sosial- og helsedirektoratet er en firedel av alle selvmord blant pasienter som er eller har vært innlagt i psykisk helsevern de siste tre årene. I tillegg estimerer man at det er omtrent ti ganger så mange selvmordsforsøk som gjennomførte selvmord.
For å få ned disse tallene, har direktoratet nå utarbeidet en nasjonal veileder for helsepersonell som kommer i kontakt med pasienter som kan tenkes å slite med slike tanker.

For dårlig kompetanse

Helsetilsynet konkluderte i 2006 med at helsepersonell har for dårlig kompetanse til å utføre riktig selvmordsrisikovurdering.
Tilsynet kritiserte også virksomhetene for ikke å ha rutiner på opplæring, og for ikke å sette i gang nok vernetiltak når en pasient var i overgangsfaser i behandlinger. Det ble også påpekt at det var for mangelfull dokumentasjon.

Rutiner

De nye retningslinjene anbefaler at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern nå skal bli spurt om de har eller har hatt selvmordstanker og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Det er også lagt stor vekt på å etablere rutiner for både kartlegging og opplæring av ansatte.

Strid om ECT

I høringsforslaget ble elektrosjokk (ECT) foreslått som et tiltak man kunne vurdere overfor suicidale pasienter. Dette vakte sterke reaksjoner hos noen av høringsinstansene, og blant andre var Mental Helse svært kritiske siden kunnskapsgrunnlaget om bruk av ECT på suicidale pasienter blir vurdert som svært tynt.

I det vedtatte forslaget er ECT foreslått brukt «i tråd med oppdatert kunnskap». I retningslinjene peker direktoratet på at det ikke foreligger studier som dokumenterer ECT ved selvmordsatferd. Derimot er det dokumentert effekt av behandlingen ved alvorlig depresjon, og derfor bør vurderes når pasienten har denne diagnosen.

Færre skademeldinger

Tallet på skademeldinger har gått ned i Helse Berge. I fjor behandlet Skade- og klageutvalget 258 saker mot 341 året før. Hele 78 av skademeldingene gjaldt fallskader, 18 feil ble gjort under operasjon og 15 skyldes medisinering, heter det i en pressemelding fra Helse Bergen.

Foto: Massimo Leardini

Sykmeldt? Nå finnes det tilbud som kan hjelpe deg raskere tilbake i jobb

Ingen er tjent med sykefravær som varer lenger enn nødvendig. Både ved sykehusene og i regi av NAV er det opprettet nye tilbud for deg som er sykmeldt. Du kan blant annet få tilbud om behandling av spesialisthelsetjenesten, personlig oppfølging, arbeidstrening, hjelp til å kartlegge dine muligheter i arbeidslivet og ulike motivasjonstiltak.

Les mer på **nav.no/raskeretilbake** for å finne ut om tilbudene kan være aktuelle for deg. Du kan også ta kontakt med NAV eller din fastlege.

nav

Ekte drama, ekte mennesker.

FØLG DE ANSATTE PÅ AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS.

MANDAG TIL TORSDAG **20.00**

3 VIASAT

tekst **Kari Anne Dolonen**

Flere vil jobbe i hjemmesykepleien

Sykehusene frister mest som arbeidssted. Men stadig flere studenter ønsker seg jobb på sykehjem og i hjemmesykepleien.

For tiende år på rad har NSF Østfold gjennomført en undersøkelse blant avgangsstudentene ved sykepleierutdanningen.

Fylkesleder i NSF Østfold, Karen Brasetvik, synes det er gledelig at hjemmesykepleien har blitt mer attraktiv.

– Mens det i 2006 bare var 9 prosent som hadde hjemmesykepleie som førstevalg, er det i år 23 prosent, sier hun.

– Også sykehjem har blitt mer populært. Mens det i fjor var 2 prosent, er det i år nær 8 prosent som har det som førstevalg.

Merkelig

Nesten 70 prosent av studentene har allerede fått tilbud om jobb, de fleste på somatisk sykehus. I fjor var det 31 prosent.

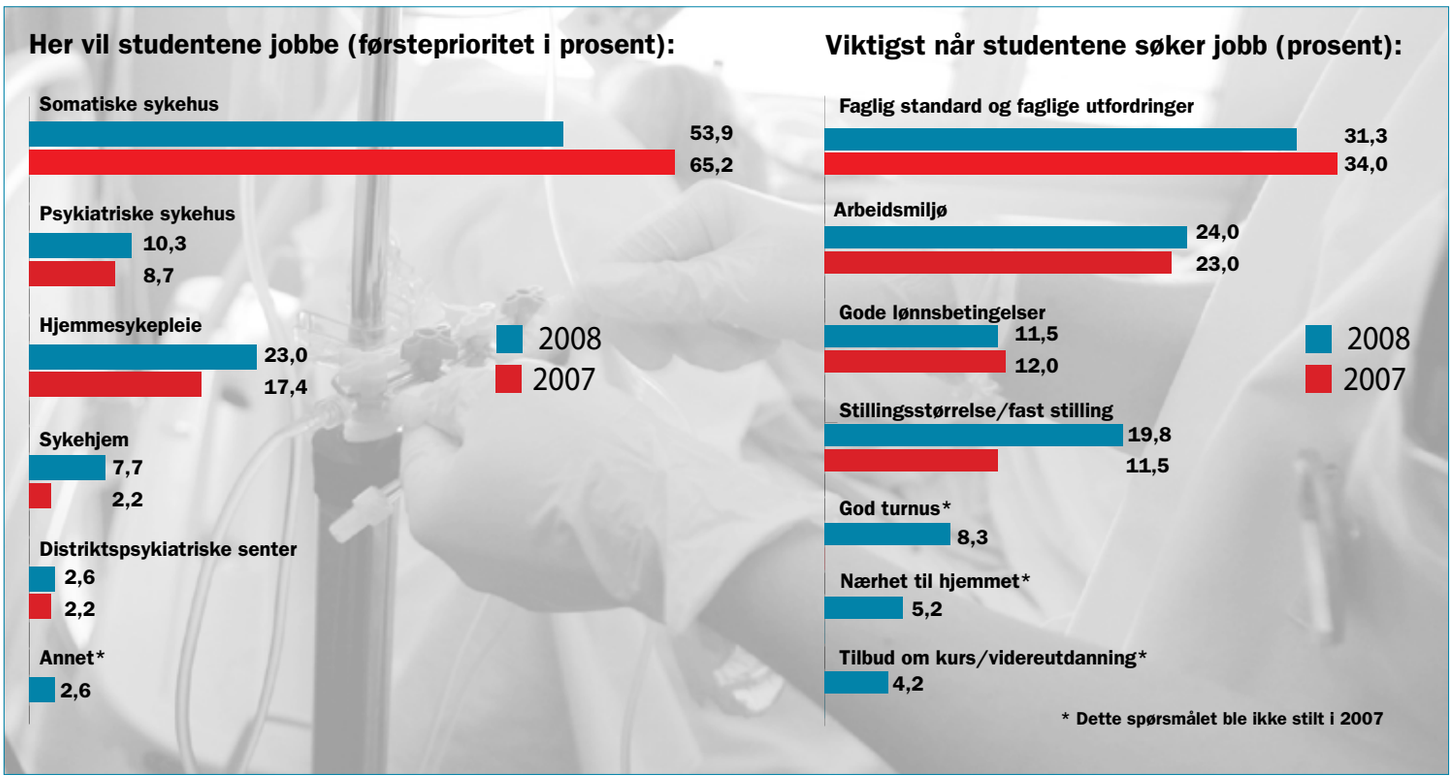
– Det er merkelig at de som har lettest for å rekruttere er tidligst ute med å sikre seg sommervikarer og mer aktive i forhold til å rekruttere sykepleiere. Kommunehelsetjenesten bør lære litt av sykehusene på dette punktet, sier Brasetvik.

Bare 2,5 prosent fått tilbud om jobb på sykehjem.

Anbefales

På spørsmål om studentene vil anbefale andre å ta sykepleierutdannelse, svarte samtlige ja.

Tallet har holdt seg stabilt høyt og de siste syv årene ligget mellom 93 og 100 prosent.



Flere pasientombud

Regjeringen foreslår å utvide pasientombudsordningen slik at den også gjelder kommunale helse- og sosialtjenester. Over 100 000 personer mottar i dag kommunale pleie- og omsorgstjenester. Disse får nå et talerør overfor kommunene.

6 prosent lønnsøkning

Gjennomsnittlig månedslønn uten overtidsbetaling for heltidsansatte i industrien var på 32 000 kroner i oktober 2007, en økning på 1 800 kroner eller 6 prosent fra året før. Dette er den høyeste lønnsveksten SSB har målt i industrien de siste fem årene.

tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Ansatte fornøyd med tilsynet

Sykehusene som fikk besøk av «God Vakt»-kampanjen er fornøyd med hvordan tilsynet ble gjennomført. I løpet av året vil de få nye besøk.

I etterkant av arbeidstilsynets omfattende tilsyn ved norske sykehus i 2005 har forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet gjennomført en evaluering av hvordan ledere, verneombud og ansatte oppfattet tilsynet.

– En utfordring ved denne type tilsyn er at ulike grupper kan oppleve samme situasjon forskjellig. En annen utfordring er at forskjellige fagområder krever spesiell kunnskap for å unngå misforståelser eller feiltolkninger, sier forsker Bjørg Åse Sørensen ved Arbeidsforskningsinstituttet.

Rapporten «Evaluering av tilsynsmetodikken i arbeidstilsynets God Vakt-kampanje» vil være med å danne grunnlaget for gjennomføringen av nye tilsyn i sykehusene i 2008.

I neste tilsyn anbefaler vi at det blant annet fokuseres mer på HMS-aktiviteter som er felles for alle avdelinger.

Realistisk bilde

– Hva kom fram i evalueringen?

– Over halvparten synes tilsynet «i stor grad» har fått fram et realistisk bilde av forholdene, mens mer enn 40 prosent svarer «i noen grad». Når det gjelder organisatoriske spørsmål som tidspress, knappe ressurser og medvirkning synes tilsynene å ha truffet best, i tillegg til spørsmål om ergonomiske forhold, sier Sørensen.

Tilsynet har derimot ikke truffet så bra i forhold til psykososiale forhold som konflikthåndtering og utfordringer knyttet til omstilling. Og minst vellykket har det vært med hensyn til biologiske og kjemiske helsefarer.

På sin plass

I 2005 gjennomførte Arbeidstilsynet 875 tilsyn ved 22 helseforetak og fem private sykehus og snakket med 6 500 ansatte. Det ble avdekket omfattende brudd på arbeidsmiljøloven på flere områder. Og påleggene var på sin plass, går det fram av evalueringen. Over halvparten svarer «i stor grad».

– Hvilke type pålegg i det første tilsynet oppfatter ledere, verneombud og ansatte som de viktigste?

– De fire påleggene som flest har trukket fram er mangel på balanse mellom oppgaver og ressurser, mangel på etablering av og opplæring i HMS-systemer, manglende medvirkning i omstillingsprosesser og mangel på systematisk kartlegging av risiko og risikovurdering, sier Sørensen.

I den andre enden av skalaen nevner de pålegg knyttet til innkjøp av utstyr, opplæring i bruk av utstyr, reduksjon av psykiske belastninger og førstelinjeleders arbeidssituasjon.

– Imidlertid er situasjonen mer kompleks enn som så. For eksempel vurderer hver tredje verneombud etablering av møteplass mellom verneombud og ledelse som viktig, mens det bare er tilfellet blant hver tiende ansatt. Sørensen advarer derfor mot å la sykehusenes egne prioriteringer være styrende for tilsynet, da disse kan gjenspeiler enkelte gruppers prioritering.

BIOKJEMI: Bjørg Åse Sørensen ved Arbeidsforskningsinstituttet har fått positive reaksjoner, men spørsmålene rundt biologiske og kjemiske helsefarer var ikke bra nok, viste evalueringen.

– I neste tilsyn anbefaler vi at det blant annet fokuseres mer på HMS-aktiviteter som er felles for alle avdelinger, sier Bjørg Åse Sørensen.

Tilsyn gav resultat

Det har skjedd konkrete forbedringer i etterkant av Arbeidstilsynets omfattende God Vakt-kampanje. Det mener ni av ti som arbeider i private sykehus. I offentlige helseforetak svarer nærmere tre av fire at det har skjedd konkrete forbedringer, mens hver fjerde mener det ikke har skjedd noe. Lavest skårer regionale helseforetak, hvor hver tredje ansatt ikke har merket konkrete forbedringer. Blant de konkrete forbedringer som ble rapportert er alt fra ny pc eller nye toaletter til økt fokus på Helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) og bedre rutiner.

Rapporten finner du på:
www.arbeidstilsynet.no/c26964/nyheter/vis.html?tid=42942

Cervarix®

Ny vaksine gir vedvarende beskyttelse mot livmorhalskreft[1]

Cervarix® har vist vedvarende effekt i opp til 5,5 år.[1]

gsk GlaxoSmithKline Vaccines

Cervarix®

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

Se preparatomtale side 22

tekst **Lily Kalvø** foto **Bjørn Erik Larsen**

Tok strålevern på alvor

BERGEN: Hvorfor fikk 16 sykepleiere ved hjerteavdelingen på Haukeland kreft? Avdelingssjef Jan Erik Nordrehaug har snudd mange steiner for å finne svaret.

– Jeg er langt mer betenkt over å fly enn å jobbe her på avdelingen, førstnevnte prøver jeg å unngå, sier overlege Jan Erik Nordrehaug. Stemmen er rolig, men kroppen stritter tydelig imot blitsregnet fra fotografen.

Mye har skjedd siden en kvinnelig sykepleier ble syk i 1998. At kolleger blir rammet av kreft er ikke helt uvanlig, men på hjerteavdelingen fikk etter hvert påfallende mange sykepleiere denne diagnosen.

En av dem insisterte på at kreften hadde sammenheng med strålingen hun var utsatt for på arbeidsplassen. Hun slo alarm i 2002. Og da nok en sykepleierkollega oppdaget kreft og døde i løpet av kort tid, steg uroen til nye høyder. Bekymringen nådde avdelingssjef Jan Erik Nordrehaug, som ikke nølte med å ta affære. Overlegen har selv jobbet med hjertepasienter på samme avdeling i en årrekke. Som alle de andre legene her, er han ikke blitt syk. Kreften har hovedsakelig rammet sykepleiere og spesialsykepleiere. Den yngste av dem fikk lymfekreft i en alder av 34 år, etter fem år på avdelingen.

– Man hører ofte om at folk tenker, men ikke handler. Vi gjorde det motsatte, vi handlet. Det viktigste for oss var å ivareta de ansatte. Vi fulgte opp med samtaler, både med dem som ble syke og deres pårørende. Rutinene og retningslinjene ble gjennomgått, vi kjøpte inn nytt strålevernsutstyr og systematiserte opplæringen. En gransking av krefttilfellene ble også iverksatt, sier Nordrehaug.

Sammenheng

Granskingen ble overlatt til dr. Bente E. Moen ved seksjon for arbeidsmedisin på Universitetet i Bergen. Mappen hun fikk på bordet inneholdt navnet på 16 personer som fikk kreft i tiden 1998-2005. Hun intervjuet åtte av dem, samt de pårørende til seks som var døde. Hennes konklusjon er at det finnes en sannsynlig årsakssammenheng mellom røntgenstrålingen og kreften hos åtte sykepleiere. Rapporten har vist seg å være viktig i ettertid, ettersom flere av dem søker økonomisk erstatning. En av dem har fått gehør hos forsikringsselskapet sitt, mens de andre sakene fortsatt er under behandling.

– Hvor sikker er du på denne sammenhengen?

– Dette er ingen vitenskapelig rapport, så jeg kan ikke være helt sikker. Men basert på det de fortalte meg

Lønnskonflikter i kø

I løpet av 2008 kan mer enn halvparten av EUs nær 500 millioner innbyggere bli rammet av streiker i offentlig sektor, mener analytikere. Offentlig ansatte er misfornøyd med lønn og arbeidsvilkår. Nedskjæringer og effektivisering fører til uro.

Misfornøyd med lønna

To av tre arbeidstakere i Østfold er misfornøyd med det de får betalt for innsatsen i arbeidstida, viser en undersøkelse Visendi AS har gjort for bemanningsselskapet Proffice. – Arbeidstakere som truer med å slutte om ikke lønna blir høyere, er ofte lønnsvinnere, heter de i en pressemelding fra Proffice.

FORSIKTIG: Sykepleier Guri Skodvin er bevisst på strålefaren og er nøye med verneutstyret når hun er på jobb på hjertekatlaben.

om arbeidsmetodene og verneutstyret de brukte, sammenholdt med sykdomsbildet deres, så stemmer dette godt overens med det man vet om stråleskader. Dette er sykepleiere som har jobbet mye med utredninger av pasienter som er blitt hjertekateriserte eller har fått innlagt pacemaker. De har jobbet uten optimal beskyttelse mot røntgenstrålingen over lang tid, mellom 5-20 år, sier Bente Moen.

Pernille Brattaule, assisterende avdelingssykepleier tenker tilbake til 2003.

Kreftalarmen på Haukeland

- ✓ Ifølge en rapport fra seksjon for arbeidsmedisin i Bergen kan 8 av 16 krefttilfeller ha sammenheng med stråling på arbeidsplassen.
- ✓ Alle de åtte kreftsyke var sykepleiere som jobbet på hjerteavdelingen på Haukeland universitetssykehus.
- ✓ Sykepleierne jobbet med hjertekatesiering, innleggelse av pacemakere eller på isotoplaboratoriet.
- ✓ NSF er positiv til å bidra til et prosjekt i Kreftregisterets regi for å kartlegge strålefare og kreft på norske sykehus.

– Det var omtrent som om vi lurte på om kreften lå i veggene, minnes hun.

Selv har hun aldri vært redd. Hun passer alltid på å beskytte seg mot stråling.

– Vi må spare stråledoser til vi må, sier hun.

Lave stråledoser

I jakten på svaret på kreftgåten ble Statens strålevern koblet inn. Det har tilsynsansvaret ved helseforetakene og kontrollerer også dosedata for strålingen ved hjerteavdelingen i Helse Bergen. Men dosimetrene ga ikke noe godt svar. Tvert imot. Ifølge målingene ligger alle de avleste årsdosene godt under det som er tillatt. Sykepleieren med de høyeste verdiene er målt til 10,79 mSv/år, mens grensen er 20 mSv/år (millisievert pr. år). Siden målingen skjer utenpå blyfrakken er den

Avdelingssjef Jan Erik Nordrehaug.

reelle effekten bare 5-10 prosent av dette. Kardiologene har også hatt høyere doser enn sykepleierne, men likevel har ingen av dem fått kreft. Sykepleierne på avdelingen mener det finnes mange logiske svar som kan bidra til å kaste lys over det som har skjedd.

– Blyvestene var åpen i sidene og ga for dårlig beskyttelse. Halskravene var tunge og upraktiske, slik at

SHdir blir til Helsedirektoratet

Fra 1. mars skifter Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) navn til Helsedirektoratet. Direktoratet skal få et mer helhetlig ansvar for finansieringsfeltet for helsetjenesten. I løpet av 2009 skal Helsedirektoratet overta ansvaret for «helserefusjoner» fra Nav. Det omfatter refusjoner til pasienter og tjenesteytere for både legemidler og helsehjelp, melder SHdir.

Taper 100 millioner

Nordlandssykehuset i Bodø taper nesten 100 millioner kroner i året på at ansatte er syke og borte fra jobben. Helse Nord har pålagt sykehuset en reduksjon av sykefraværet til 7,5 prosent. I dag er en av ti ansatte borte fra jobben hver dag.

mange lot være å bruke dem, forteller Pernille Brattaule.

En sykepleier overhører samtalen og stopper opp et øyeblikk.

– På pacemakeravdelingen sto sykepleierne rett ved røret og holdt pasientene på en slik måte at strålingen kom rett på dem, forteller hun før hun haster videre.

Uten dosimeter

Mærilyn Flatebø påpeker at sykepleierne gikk uten dosimetrene deler av tiden, noe som kan tyde på en underrapportering av den faktiske strålingen de ble utsatt for.

– Når vi leverte dem inn for avlesning kunne det ta lang tid før vi fikk dem tilbake. Og i mellomtiden gikk mange uten, forteller hun.

– Hva tenkte du om strålefaren?

– Jeg var redd, og det er jeg den dag i dag, sier den erfarne sykepleieren.

En måling av elektromagnetiske felt viste lave nivå ved hjertekateriseringsavdelingen, men høyere nivå rundt maskinrommet ved pacemaker operasjonssalen og elektrofysiologisk laboratorium like ved. Utstyret ble bytt ut etter dette.

– Jeg kan huske at jeg snudde på varme rør da jeg begynte i 2002, sier sykepleier Kjersti Jennings.

Hun jobber blant annet med opplæring og oppfølging av strålevernarbeidet på avdelingen.

– Nå er den manuelle styringen av apparatene blitt byttet ut med joysticks. Vi har også fått montert skjørtekanter rundt rørene for å verne mot direkte stråling. Sikkerheten er blitt mye bedre, og vi jobber selvsagt videre i det samme sporet, sier hun.

Pernille Brattaule supplerer:

BLE SYK: Sykepleiere som jobbet her fikk kreft.

– Vi passer godt på hverandre. Blant annet ved å sørge for at vi får strålefrie dager.

– Må være rasjonelle

Som arbeidsgiver vil ikke Jan Erik Nordrehaug trekke noen konklusjoner om årsaken til kreften. God oppfølging er nøkkelordet for ham. Assisterende avdelingssjef Kjellaug Shandiz nikker bekreftende.

– Som arbeidsgivere må vi være rasjonelle når vi handler, men det finnes enkelte øyeblikk, som når du går i en begravelse, som oppleves emosjonelt, sier hun.

REDD: Mærilyn Flatebø (t.v) tenker ofte på å unngå unødvendig stråling.

Hjelp til sykmeldte

Flere enn 9 400 sykmeldte arbeidstakere fikk i løpet av 2007 et behandlingstilbud gjennom "Raskere tilbake". Behandlingstilbudet vil bli trappet opp i 2008. – Dette er viktig for å redusere sykefraværet, mener arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen.

Får gi blod

Nå kan personer fra Pakistan, Iran og Marokko også bli blodgivere, melder Nakmi. De nye reglene skal legge mer vekt på en individuell risikovurdering fremfor å vurdere grupper fra enkeltland. Endringen av reglene har bakgrunn i nye og sikrere tester for å hindre smitte.

BESKYTTET: Sykepleierne har personlige frakker og er godt beskyttet mot stråling.

– En god arbeidsplass

Ingen av de ansatte valgte å slutte etter kreftalarmen.
– Jeg føler meg trygg, dette er en god arbeidsplass, sier Torbjørg Bu.

Den erfarne sykepleieren på hjertekateriseringslaboratoiumet gjør seg klar, noe hun har gjort utallige ganger før. Hun er ikledd sin personlige frakk, med full beskyttelse på halsen og kroppen. Det er også Guri Skodvin, som jobber sammen med Bu. Begge har jobbet her i mange år – nesten forbausende mange, sier de og smiler ved tanken – og begge valgte å bli når kreftalarmen gikk i 2002.

– Jeg må si jeg ble betenkt da sykepleier nummer to fikk kreft. Men hun jobbet på pacemakerlabben, det var en helt annen sak, sier Torbjørg Bu og går inn til pasienten som ligger klar på bordet.

Pernille Brattaule er glad for at ledelsen tok tak i uroen.

– Situasjonen ble taklet på en veldig fornuftig måte. HMS-tiltak ble satt høyt på dagsorden, og fokuset på strålehygiene skapte ro i avdelingen. Jeg opplever ikke at folk er redde for å jobbe her, tvert imot.

En rapport utarbeidet av en ekspertgruppe innen strålevern var ferdig høsten 2007 og skulle overleveres til Helse Bergen før offentliggjøring. Men dette har blitt utsatt i et halvt år, får Sykepleien opplyst.

En av forfatterne, Knut Rasmus Kyvik, lege ved Universitetet i Bergen, roser HMS-arbeidet på hjerteavdelingen. – Prosessen har vært veldig positiv, med svært mange gode tiltak, sier han.

Færre røyker

Andelen dagligrøykere i alderen 16-74 år blir stadig mindre viser tall fra SSB. 22 prosent røykte daglig i 2007, mot 24 prosent år før. Dette tilsvarer om lag 75 000 færre daglige røykere. Også andelen røykere i alderen 16-24 år har gått ned.

Ingen røyk uten ild

Norgeshelsa er oppdatert med ny statistikk over røykevaner. Denne viser at det er flest ikke-røykere i Akershus. Du kan selv se hvordan det står til i ditt fylke. www.fhi.no

tekst **Kari Anne Dolonen** illustrasjon **Tore Fossbakken**

10 medarbeidere som irriterer sjefen

Hva er verst? Nei-mennesket, prateren eller tidstyven?

Annika Wihlborg fra livshandboken.se skriver i avisen metro.se om ti irriterende typer medarbeidere:

1 **NEI-MENNESKET:** Er negativ og kritisk til det meste. Kommer som regel med synspunkter, men sjelden med forslag til forbedringer og alternative løsninger. Ser ofte risikoen med en idé, og er den første til å påpeke alt som kan gå galt.

2 **IGJENSITTEREN:** Har vært lei av jobben lenge, men blir værende av ren bekvemmelighet. Er umotivert og usikker på sine karriere- og livsmål. Dette er en type medarbeider det er vanskelig å motivere. Antagelig ville han eller hun prestert betydelig bedre på en helt annen arbeidsplass.

3 **PRATEREN:** Prater ofte og lenge om hvor mye de har å gjøre og hvor stressende arbeidsdager de har. I virkeligheten har prateren sjelden mer å gjøre enn gjennomsnittet. Det at de legger så mye energi i prat, gjør at resultatet blir mye snakk og lite handling.

4 **KORTSLUTTEREN:** Liker ikke å gå til sin nærmeste sjef med problemer og tanker, men velger i stedet å gå til sjefen som befinner seg et steg høyere i hierarkiet. Ved å hoppe over et steg på sjefsstigen viser kortslutteren misnøye og manglende tillit til sin nærmeste sjef.

5 **GLIDEREN:** Er ofte gratispassasjer. Unnviker ansvar så langt det går. Glideren er ofte kompetent, men er ekstremt lat, hvilket gjør at glideren gjerne skyver arbeid over på kollegene i stedet for å gjøre det selv.

6 **BEVAREREN:** «Slik har vi alltid gjort det her, og det skal vi fortsette med.», er bevarerens motto. Redsel for å miste kontroll eller måtte begi seg inn på upløyd mark gjør at bevareren oppfører seg bakstreversk, for eksempel ved omstillinger eller innføring av ny teknologi. Bevareren holder fast ved det han kan og kjenner seg trygg med.

7 **INTRIGEMAKEREN:** Elsker å sitte på pauserommet og sladre. Baksnakker gjerne kolleger og går ikke av veien for å gå til sjefen og angi en kollega, for deretter å blånekte ved konfrontasjon med personen det gjelder. Intrigemakeren er ikke sjelden arbeidsmessig eller sosialt understimulert og gjør alt for å skape intriger og rykter.

8 **PARAGRAFRYTTEREN:** Er ekstremt regelfokusert og formell. Vil følge enhver lovtekst og policy til punkt og prikke, selv i akutte situasjoner. Paragrafrytteren vil ha ryggen fri og vil ikke kunne anklages for å ha gjort noen feil.

9 **TIDSTYVEN:** Vil dobbeltsjekke enhver detalj med sjefen. Er usikker, vil ha bekreftelse og slippe å ta ansvar gjennom å spille over en stor del av ansvaret til sjefen. Stjeler mye av sjefens tid og lider ofte av redsel for å gjøre feil.

10 **BARNET:** Overlater ansvaret for egen karriereutvikling til sjefen, vil stadig få nye utfordringer og bli tatt hånd om. Inntar gjerne rollen som «barn» fordi det er bekvemt og for å kunne si fra seg ansvar.

Kilde: metro.se

Send inn svarslippen innen 1. mars

INVITASJON

GlaxoSmithKline (GSK) inviterer alle sykepleiere, som har interesse av å få en oppdatering innen fagfeltet vaksiner, til å delta på et av våre møter i Vakademiet.

Møtene arrangeres på følgende steder:

Oslo	Tirsdag 4. mars 2008	GSK Konferansesenter, Forskningsveien 2A
Bergen	Onsdag 5. mars 2008	Neptun Hotel, Valkendorffsgate 8
Trondheim	Torsdag 6. mars 2008	Rica Nidelven Hotel, Havnegt. 1-3

Vaksinering mot infeksjonssykdommer har lang tradisjon i Norge. Vaksiner møter vi gjennom Nasjonalt barnevaksinasjons-program, og ofte i forbindelse med arbeid. Vår moderne tids reisemønster har også aktualisert kunnskap om vaksinering, samt at det nå finnes vaksiner mot kreft. GlaxoSmithKline AS er Norges største leverandør av vaksiner. Vi føler derfor et spesielt ansvar for å bidra med kunnskap og ny viten innen dette fagområdet.

Program:

kl. 16.00 – 17.00 Fingermat
kl. 16.50 – 17.00 Velkommen

kl. 17.00 – 17.10 Hvorfor vaksinerer vi? Fordeler – ulemper
kl. 17.10 – 17.25 Vaksinering av yrkesgruppen sykepleiere
kl. 17.25 – 17.45 Reisevaksine – for hvem og når?
v/produktsjef Bjørn Tore Hesjedal, GSK

kl. 18.00 – 18.30 Sammenhengen mellom HPV-infeksjon og utvikling av livmorhalskreft
v/lokal foredragsholder

kl. 18.30 – 18.45 Cervarix – vedvarende beskyttelse mot HPV-infeksjon
v/GSKs regionale HPV-konsulent

kl. 19.00 – 19.30 Influensa – ikke én, men tre sykdommer
kl. 19.30 – 19.45 Influensa – forebygging eller behandling?
v/salgssjef Arne Gunnar Mikkelsen, GSK

Siden vi har begrenset plass, vil først-til-mølla-prinsippet gjelde. Møtene er kostnadsfrie for deltakerne.

Med vennlig hilsen
GlaxoSmithKline AS

Anita Nordby
produktsjef

GlaxoSmithKline Vaccines

Vi minner om at leger og helsepersonell må innhente samtykke fra arbeidsgiver for å delta på dette arrangementet. I henhold til legemiddelforskriftens helsepersonelldefinisjon er det kun leger eller sykepleiere som har adgang til industriens møter. Det er derfor ikke anledning til å invitere andre yrkesgrupper.

KLIPP HER

SVARSLIPP - RETURNERES PER POST, E-POST ELLER TIL FAKSNUMMER 22 70 20 04

Vennligst fyll ut svarslippen og send denne per post (porto er betalt) til faksnummer 22 70 20 04, eller meld deg på via e-post til: cathrine.ratvik@gsk.com. Spørsmål om møtene kan rettes til Cathrine Ratvik på telefonnummer 22 70 20 85. Svarfrist er 1. mars 2008.

Ja takk, jeg ønsker å delta på møtet i:

☐ Oslo 4. mars 2008
☐ Bergen 5. mars 2008
☐ Trondheim 6. mars 2008

Sykepleier: .....

Arbeidssted: .....

Telefon/e-post: .....

Møtedeltakelse er godkjent av helseforetaket

Dato:

Signatur:

C **Cervarix «GlaxoSmithKline»**
Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: *Hver dose inneh.:* Humant papillomavirus (HPV) type 16 L1-protein 20 µg, humant papillomavirus type 18 L1-protein 20 µg, natriumklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, AS04 adjuvans som inneholder 3-O-desacyl-4-monofosforyl lipid A (MPL) 50 µg adsorbert til aluminiumhydroksid, hydrert tilsv. 0,5 mg Al3+, vann til injeksjonsvæsker.
Indikasjoner: Vaksine som skal forhindre høygradig cervikal intraepitelial neoplasi (CIN 2/3) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med humant papillomavirus av typene 16 og 18. Indikasjonen er basert på påvist effekt etter vaksinasjon av kvinner i alderen 15-25 år og påvist immunogenisitet hos unge jenter og kvinner i aldersgruppen 10-25 år. Skal brukes i overensstemmelse med offentlige anbefalinger.
Dosering: Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0,1 og 6. Behovet for boosterdose er ikke avklart. Det anbefales at personer som får første dose med Cervarix fullfører hele vaksinasjonsskjemaet på 3 doser med samme vaksine. Gis i.m. i deltoidregionen. Må ikke injiseres i.v. eller intradermalt. S.c. administrering er ikke undersøkt.
Jenter <10 år: Anbefales ikke da sikkerhets- og immunogenisitetsdata ikke foreligger.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Vaksinering bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon som en forkjølelse, er ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
Forsiktighetsregler: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være lett tilgjengelig i tilfelle det oppstår en sjelden anafylaktisk reaksjon. Vaksinen bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser, da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Vaksinering er ikke en erstatning for regelmessig screening-undersøkelse av livmorhalsen, eller erstatning for å ta nødvendige forholdsregler mot eksponering av HPV og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons. Det er ikke vist at vaksinen har en terapeutisk effekt og den er derfor ikke indisert til behandling av livmorhalskreft, cervikal intraepitelial neoplasi (CIN) eller andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons (HIV-infeksjon eller ved immunsuppressiv behandling) som kan ha en redusert respons på vaksinen. Varigheten av beskyttelse er ikke endelig avklart, men beskyttelse og fortsatt høye titernivåer er vist opptil 5,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser.
Interaksjoner: Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å ha noen innvirkning på effekten av vaksinen. Immunsuppressiv behandling kan føre til redusert immunrespons. Det foreligger ikke data på samtidig administrering med andre vaksiner.
Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen skadelige effekter, men det anbefales å utsette vaksineringen til etter endt svangerskap. *Overgang i morsmelk:* Skal bare brukes ved amming når mulige fordeler oppveier mulige risikoer.
Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: GI-symptomer inkl. kvalme, oppkast, diaré, mavesmerte. Hud: Kløe/pruritus, utslett, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet, inkl. smerte, rødhet og hevelse, utmattelse, feber. *Mindre hyppige:* Luftveier: Øvre luftveisinfeksjoner. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet som indurasjon, lokal parestesi.
Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs rekombinant vaksine fremstilt av høyrensede viruslignende partikler (VLP), som består av hovedkapsidproteinet L1 fra de onkogene HPV-typene 16 og 18. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan derfor ikke infisere celler, reproduseres eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* Effekten skyldes trolig hovedsakelig, utvikling av humoral immunrespons. Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Det er vist 100 % effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV16/18 blant kvinner i alderen 15-25 år som i utgangspunktet var naive mot onkogene HPV-typer. Det er vist 90,4 % effekt mot CIN2+ blant kvinner naive mot HPV 16 og/eller HPV 18 etter 15 måneders oppfølgingstid (effekten er imidlertid 100 % dersom en ekskluderer lesjoner hvor HPV 16 og HPV 18 ikke er den direkte årsak). 1 måned etter 3. dose har 99,9 % av de som i utgangspunktet er seronegative, antistofftitre mot både HPV 16 og HPV 18. Antistoffresponsen i aldergruppen 15-25 år holder seg på et forhøyet nivå gjennom hele oppfølgingsperioden på 64 måneder etter 1. dose, og er ved endt oppfølgingstid minst 11 ganger høyere enn etter naturlig infeksjon. Kvinner i alderen 26-55 år oppnår titernivåer som er lavere enn i aldersgruppen 15-25 år. Antistoffnivået holder seg imidlertid på et nivå betydelig høyere enn etter naturlig infeksjon gjennom hele oppfølgingsperioden på 18 måneder. Jenter i alderen 10-14 år oppnår titernivåer som er minst dobbelt så høye som hos kvinner i aldersgruppen 15-25 år. På bakgrunn av disse immunogenisitetsdata kan en anta at vaksinen også har effekt i alderen 10-14 år.
Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.
Andre opplysninger: Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i den ferdigfylte sprøyten. Før vaksinen gis, må innholdet i sprøyten undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysikalske forandringer. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Skal ikke blandes med andre legemidler. Vaksinen bør ristes godt før bruk for å oppnå en homogen suspensjon. Ikke anvendt vaksine samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.
Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med kanyle: 0,5 ml kr 1259,40. 10 x 0,5 ml kr 12 285,10.

Referanse:
1. Summary of Products Characteristics. Cervarix. GlaxoSmithKline, 2007.

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

Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon

Adressaten betaler for sending i Norge
Distribueres av Posten Norge

GlaxoSmithKline AS
Svarsending 2247

0091 OSLO

tekst **Bjørn Arild Østby** foto **Marit Fonn**

Hva er problemet?

Åtte av ti menn synes det er greit at kvinner får høyere lønnstillegg hvis det er med på å tette likelønnsgapet.
Hva er da problemet, likelønnskommisjon?

En landsomfattende meningsmåling TNS Gallup har utført på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser at mer enn fire av ti menn er villige til å avstå fra lønnstillegg om pengene brukes til å øke kvinners lønn.

Av dem som svarte nei på å avstå fra lønnstillegg, mener likevel sju av ti at det er greit at kvinnedominerte grupper får et større lønnstillegg enn dem selv, for å bidra til likelønn.

Når disse gruppene slås sammen vil 82 prosent av mennene at kvinner skal få større lønnstillegg for å tette lønnsgapet mellom kvinner og menn.

Kvinner tjener i gjennomsnitt 15 prosent mindre enn menn, og utviklingen har stått stille de siste 20 årene.

God støtte

I Telemark er 86 prosent av mennene positive til dette, mens det i Rogaland «bare» er 77 prosent.

– Jeg synes det er fantastisk at mannfolk er så løsningsorienterte. Sykepleierne forventer at likelønnskommisjonen vil presentere tiltak som raskt kan gi oss lønn på nivå med sammenliknbare mannsdominerte grupper. Dette viser at regjeringen har solid ryggdekning for å følge opp med midler for å heve lønnsnivået til kvinnedominerte grupper, sier NSFs forbundsleder Lisbeth Normann.

Alle må få

– Nå er det ikke slik at NSF mener menn må avstå helt fra lønnstillegg. Likelønn må oppnås ved at kvinnedominerte grupper får lønnstillegg som kommer på toppen av de ordinære tariffoppgjørene. Nå har vi dokumentert at det knapt finnes motstand mot å gi større lønnstillegg til våre medlemmer og andre kvinnedominerte grupper, sier Normann.

– Det at såpass mange som 42 prosent av yrkesaktive menn er villige til å gi fra seg hele lønnstillegget for å oppnå likelønn viser innsatsvilje, engasjement og rettferdighetssans som er en enorm drahjelp, mener forbundslederen.

SJENERØSE: 82 av 100 menn vil at kvinner skal få høyere lønnstillegg enn dem selv. Noe å tenke på for lederen av likelønnkommisjonen, Anne Enger?

Likelønnskommisjonen

Ifølge mandatet til likelønnskommisjonen skal den blant annet «vurdere hva som kan bidra til å redusere lønnsforskjellene mellom kvinner og menn».

– Døren står nå åpen for likelønnskommisjonen og regjeringen. Det er stort rom for å øke lønnen for kvinnedominerte grupper, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Likelønnskommisjonen la fram sin rapport 21. februar, to dager etter at SykepleienJOBB gikk i trykken.

Informasjon om og reaksjoner på rapporten finner du på: www.sykepleien.no

Menneskets dimensjoner • Lærebok i psykologi • *Leif A. Helgesen*

Boken gir en grundig og bred innføring i de mest sentrale og grunnleggende områdene innenfor psykologien. Moderne teori og ny kunnskap presenteres. Kapitlene er illustrert med eksempler som letter forståelsen, og viser nytten av psykologien i møte med andre mennesker. Boken er spesielt tilpasset studenter innen helse- og sosialfagene på høgskoler og universiteter. Det er utviklet en nettressurs til læreverket, **www.hoyskoleforlaget.no**

ISBN 978-82-7634-744-9 • 323 sider • Pris kr 379,-

bestilling@hoyskoleforlaget.no
Postadresse Gimlemoen 19, 4630 Kristiansand
Telefon 38 10 50 00. Telefaks 38 10 50 01

Høyskoleforlaget
NORWEGIAN ACADEMIC PRESS
hoyskoleforlaget.no

SKÅNSOM SÅRBEHANDLING

– bruk NorBan Nonwoven kompresser

- *Kan klippes/tilpasses*
- *Ingen løse tråder*
- *Myk og skånsom*
- *Steril eller usteril*
- *Stor absorpsjonsevne*
- *Norskprodusert*

DI medisinsk
- del av DI gruppen

Baker Østbys vei 10, postboks 128, 1351 RUD
Tlf.: 67 17 74 40 • Fax: 67 17 74 74
www.digruppen.no

C Loette 28 Wyeth

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: ***Hver aktiv tablett inneh.:*** Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171)**.** ***Hver inaktiv tablett inneh.:*** Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tabletten er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrer en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninnjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i første trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvupatier, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettrøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (ischemi og blødningsslag, transitorisk ischemisk attakk). Eksponering for østrogener og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystsmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underekstremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier. Eksempel på risikofaktorer for venetrombose og tromboembolier er: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvise eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervikal intraepitelial neoplasi eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell adferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen returnerer til normalt. Pasienter som blir klart deprimert når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot HIV-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som induserer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som induserer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarbamazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramat, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f. eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogener. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinsjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt. **Graviditet/Amming:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. ***Overgang i placenta:*** Se Kontraindikasjoner. ***Overgang i morsmelk:*** Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogener kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming. **Bivirkninger:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk ischemisk attakk, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. ***Hyppige (>1/100):***Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavekramper, oppblåst mave, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystsmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. ***Mindre hyppige:***Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. ***Sjeldne (<1/1000):*** Gastrointestinale: Kolestastisk gulsott, gallesten, galleblærelidelser (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus. **Overdosering/Forgiftning:** ***Symptomer:*** Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. ***Behandling:*** Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. **Egenskaper:** ***Klassifisering:*** Monofasisk østrogen/progestogen kombinasjons-p-pille. Lavdosepreparat. ***Virkningsmekanisme:*** Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervixslimhinnen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdoserte p-piller (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). ***Absorpsjon:*** Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert etter oral administrering. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mave-tarmtractus, men pga. «first pass»-metabolisme i tarmmucosa og lever, er biotilgjengeligheten til etinyløstradiol mellom 38% og 48%.***Proteinbinding:*** Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG (kjønnshormonbindende globulin). Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men induserer SHBG-syntese. ***Halveringstid:*** Halveringstiden for levonorgestrel er ved «steady state» ca. 36 timer, for etinyløstradiol ca. 18 timer.***Metabolisme:*** Levonorgestrel og etinyløstradiol metaboliseres i lever, etinyløstradiol hovedsakelig via CYP 3A4. ***Utskillelse:*** Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i fæces. Etinlyøstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca 60% blir utskilt i fæces. **Andre opplysninger:** Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. kr 237,20. 6x 28 stk. kr 443,40. **Sist endret: 04.01.2007**

Referanser:

1. Loette SPC (Summary of Product Characteristics), SLV 2006-10-04. **2.** Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison DD. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebocontrolled trials. Contraception. 2001 Jun;63(6):297-302. **3.** legemiddelverket.no (Microgynon SPC).

Wyeth

Drammensveien 145b, 0277 Oslo
P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo
Tel: 40 00 23 40 • Fax: 40 00 23 41
wyeth@online.no • www.wyeth. no

LOETTE
LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

tekst **Kari Anne Dolonen** og **Bjørn Arild Østby**

Skeptisk til voksne på helsestasjon

Helsestasjonen bør bli et lavterskeltilbud til voksne med psykiske problemer, mener stortingsrepresentant Inga Marte Thorkildsen (SV). Helsesøstrene er skeptiske.

Inga Marte Thorkildsen ser for seg et tverrfaglig miljø der de ansatte lærer av hverandre og hvor terskelen for å få hjelp er lav. Tilbudet skal være for alle, enten man har store eller små problemer. Thorkildsen tror mange ikke får henvisning til psykolog eller psykiater fordi problemene ikke er store nok.

– Det er et paradoks at det er så vanskelig å få hjelp tidlig. I stedet blir det dyrere å gi hjelpen senere, sier hun til Vårt Land.

Thorkildsen vil ta opp forslaget om helsestasjon for voksne i SVs programprosess frem mot partilandsmøtet.

Skeptiske helsesøstre

– Umiddelbart kan nok dette forslaget virke besnærende. Men jeg har tenkt litt på det, og er ikke så sikker på om forslaget er så bra likevel, sier leder av NSFs landsgruppe av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik.

Hun ser på de voksne som en ressurssterk gruppe som allerede har tilrettelagte tilbud forankret i lovverket.

– Barn og unge har ikke det samme tilbudet, sier hun og legger til:

– Vår spesialutdanning er rettet inn mot barn og unges behov. Det er vårt felt og vi bør fortsette å konsentrere oss om det.
Et annet ankepunkt er hvor ressursene til å opprette et slikt tilbud skal komme fra.

– Vi mangler i dag ressurser for å bygge opp et skikkelig tilbud til barn og unge. Jeg synes vi skal få det på plass før vi oppretter helsestasjon for voksne, sier hun.

Nok særegne tilbud

Helsesøsteren er også usikker på om det trengs flere særegne tilbud forbeholdt psykisk helse.

– Jeg kan forstå at det har vært slik de siste årene på grunn av opptrappingsplan for psykisk helse. Men det er viktig at vi ser på psyke, somatikk og helse sammen. Det ene henger ofte sammen med det andre, sier Grydeland Ersvik. Til tross for skepsis vil hun se nærmere på utspillet fra SV politikeren.

– Vi har ikke hatt tid til å diskutere utspillet i vår gruppe. Det er mulig vi vil gjøre det og komme med et mer gjennomtenkt faglig utspill, sier faggruppelederen.

IKKE BRA: Faggruppeleder Astrid Grydeland Ersvik mener tilbudet til barn og unge bør bli bedre før man åpner helsestasjoner for voksne.

Stortingsrepresentant Inga Marte Thorkildsen (SV).

Legemiddel til barn

Endring i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste trådde i kraft fra 1. januar 2008. Ny paragraf 2-4 pålegger tjenesten å bidra til at det etableres rutiner for legemiddelhåndtering i barnehager, skole og skolefritidsordninger.

tekst **Bjørn Arild Østby**

Finnes ventetidsgaranti for barn og unge?

En ny ventetidsgaranti på tre måneder for unge og barn med psykiske problem og rusavhengighet vil gjelde fra og med september.

Ventetidsgarantien innebærer at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal vente mer enn ti virkedager før de har fått avklart om de har rett til nødvendig helsehjelp og når de skal få behandling. Med de nye reglene skal de aldri gå mer enn 65 virkedager før behandlingen starter.

Det skal bli slutt på den lange ventingen som flere tusen barn, unge og familier har måttet gjennomgå de siste årene, heter det i en pressemelding fra Helse- og sosialdepartementet.

Det vil også komme faglige retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet som skal sikre en riktig prioritering og vurdering av det enkelte barn.

Den nye ventetidsgarantien vil gjelde fra 1. september 2008.

Spørsmål fra leserne

Rett til tilrettelegging?

Må man være født med nedsatt funksjonsevne for å være beskyttet mot diskriminering i arbeidslivet? Jeg har jobbet i mange år. Nå sier nakke og skuldre ifra, og jeg har vært en del sykmeldt i det siste. Hvilke rettigheter har jeg i forhold til tilrettelegging?

Svar:

Arbeidsgiver plikter å tilrettelegge, slik at arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne kan beholde arbeidet. Arbeidsmiljøloven skiller ikke mellom de som er født med funksjonsnedsettelser og de som på grunn av slitasje og sykdom får nedsatt funksjonsevne i løpet av livet. Arbeidsgiver plikter ikke å tilrettelegge dersom dette er umulig eller uforholdsmessig byrdefullt. Ved spørsmål om hvor langt arbeidsgiver må strekke seg, går man konkret inn og vurderer saken i lys av blant annet bedriftens størrelse, bredden i stillinger som finnes i virksomheten, kostnader og arbeidstakers behov. Utgangspunktet er at det skal tilrettelegges slik at arbeidstaker kan beholde sin opprinnelige stilling. Dersom det ikke er mulig, må det vurderes omplassering til en annen stilling innenfor virksomheten. Oslo tingrett avsa nylig en dom som slår fast at redusert arbeidsevne ikke er en saklig oppsigelsesgrunn når arbeidsgiver ikke har foretatt en grundig arbeidsevnevurdering. En slik vurdering er en forutsetning for at arbeidsgiver har oppfylt tilretteleggingsplikten. Arbeidsevnevurderingen er grunnlaget for å avgjøre hva som er mulige og egnete tilretteleggingstiltak. Ombudet håndhever arbeidsgivers tilretteleggingsplikt for arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne etter arbeidsmiljøloven paragraf 13-5. Har du belastningsskader eller andre former for redusert arbeidsevne, har du sannsynligvis rett til å få arbeidet ditt tilrettelagt. Ombudet kan vurdere, og gi en uttalelse om, hvorvidt din arbeidsgiver oppfyller sin tilretteleggingsplikt.

Ingeborg Grimsmo, fungerende Likestillings- og diskrimineringsombud

Høgskolen i Molde

Helse- og sosialfaglige videreutdanninger med oppstart høsten 2008

- Mastergrad i helse- og sosialfag med vekt på kliniske hjelperelasjoner
- Videreutdanning i aldring og eldreomsorg
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge
- Videreutdanning i praksisveiledning
- Voldsrisikovurdering
- Ledelse i helse- og sosialtjenesten

Mer info om opptakskrav og søknadsskjema: Tlf: 71 21 40 00 • post@HiMolde.no

www.HiMolde.no

Tid for deg selv
Fossbad
www.foss-bad.no
BLOCK • Sense

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers, Lars Kristian Solem** og **Kari Anne Dolonen** foto **Lars Kristian Solem** og **Erik M. Sundt**

Drømmereisen

FILIPPINENE/OSLO: På et norskkurs i en gate i Manila starter reisen som skal gi filippinske sykepleiere og deres familier et nytt liv. Noen kræsjlander i det forjettede landet, med uhåndterlig gjeld og uten jobb.

GODT NORSK: Sykepleierne, som tar timer på en internettkafe i Manila, er langt mer lærevillige enn norske elever i en vanlig norsktime.

Det skulle bli en solskinnshistorie. Unge, nyutdannede sykepleiere som reiser til Vesten for å gjøre suksess. Få oppleve mulighetenes land og sende noen pesos hjem til familien.

Slik går det ikke med alle. For noen ender drømmen med brutte løfter og en gjeld som ikke kan håndteres med en filippinsk sykepleierlønn. Agenter som smiler den ene dagen, og slår kontrakten i bordet neste dag.

De setter nesten alt på spill. De bryter opp i hjemlandet, låner penger fra familien og bruker alt de har på det de håper skal bli deres nye framtid i Norge. Noen forlater også barna.

Drømmer om Feiring

«Søknad» og «alderdom» er ord som gjaller mellom veggene i det trange lokalet.

12 nyutdannede sykepleiere pugger norske hankjønnsord på en internettkafé i en av Manilas bakgater. Dette er starten på drømmereisen.

Ved tavla står norsklærer Raul S. Vasquez og veiver engasjert med armene. Han har vært sykepleier i Norge i over 30 år. Vasquez var i fødelandet på besøk da han ble spurt om han kunne trå til som språklærer. I løpet av 200 timer skal han gi sykepleierne starthjelp før deres avreise til Norge.

Det å reise til Norge kan handle om mye; utferdstrang, et ønske om jobb på sykehus med moderne teknisk utstyr eller en tante man ønsker å se igjen. Men først og fremst handler reisen om penger.

– Intervjuet blir det vanskeligste, sier Jose Carlo Ramirez. Han tenker på jobbintervjuet som kan gi ham en stilling på en norsk arbeidsplass.

Den nyutdannede sykepleieren har tre dager bak seg på norskkurset i Manila. Hans store mål er å flytte til onkelen og tanta på Feiring. Der skal han begynne sitt nye liv.

– Jeg liker eventyr, og jeg gleder meg til å gå på ski, sier 22-åringen med et bredt smil.

– Dette er en drøm for meg. Ikke bare på grunn av lønna, men jeg ser fram til å få oppleve et nytt miljø.

Jose er heldig fordi han har noen som har gått opp stien før ham og unngår de verste fellene.

Lurte minst 20

For det er lett å snuble når drømmen skal realiseres. I sykepleiernes jakt på et nytt liv trenger de hjelp

SYKEPLEIERFABRIKK: På University of Perpetual Help System går det 18 000 sykepleierstudenter. Nesten 100 prosent av studentene sikter seg inn på jobb i utlandet. Her er Elma Lyn Cabajes (19), Mariell Obille (19), Krish Nokon (22) sammen med foreleser Sol Romualdez.

med det praktiske. Noen agenter har det som levebrød å hente maksimalt ut av deres situasjon i denne sårbare fasen. Agentene driver i grenselandet mellom reisebyråvirksomhet, språkopplæring, formidlere av arbeidstillatelser og lisenser, boligutleiere og drømmeselgere. Noen agenter spesialiserer seg på å sende folk ut fra Filippinene, mens andre står klar til å ta imot i land som Norge, England, USA og Canada.

På Filippinene skal seriøse agenter være registrerte for å ha lov til å drive virksomhet, men det er mange som opererer illegalt. Myndighetene jobber intensivt med å luke ut useriøse aktører, men det er nærmest en evighetsjobb

Mange sykepleiere blir svindlet allerede før avreise. For andre oppstår problemene idet de kommer til Norge og jobbene lar vente på seg, mens gjelden vokser.

Historier om folk som har latt seg lure av tvilsomme agenter er det mange av på Filippinene.

En av ofrene er Maita Flores som vi møter i Manila. Hjelpepleieren ble først svindlet for 15 000 kroner av en agent som solgte henne en falsk arbeidstillatelse til England.

– Det var det dummeste jeg noensinne har gjort, sier 31-åringen som på forhånd hadde blitt anbefalt byrået av et søskenbarn.

Flores og hennes fire kusiner ble svindlet for over 80 000 kroner. Agenten, som var en filippinsk kvinne bosatt i England, gikk under jorda. Agenten opererte med flere identiteter og skal ha lurt minst 20 personer. Tanken på at det var en kvinne fra hennes eget land gjør henne ikke mindre bitter.

– Grunnen til at jeg forteller om dette er at jeg vil unngå at andre havner i samme situasjon. Jeg vil prøve å gå videre med saken for at rettferdigheten skal seire, men det er ikke enkelt, sier Flores.

For å komme seg til England måtte hun betale over 50 000 kroner til en annen agent for en pakke som sikret henne jobb i Midlandsdistriktet i England. Takket være slektninger som så karrierevalget som en investering, fikk hun samlet sammen en pott. Derfor går en stor del av inntekten i England tilbake til familien på Filippinene.

– Bekymret

Sykepleierforbundet på Filippinene jobber med flere støttetiltak for sykepleiere som havner i problemer.

– Vi er bekymret for våre kollegers situasjon, sier direktør Maristella Abenojar, som vi til slutt får tak i på telefon.

Sykepleierforbundet har en egen utenlandsavdeling som jobber med velferdssaker for de utflyttede. De samarbeider også med myndighetene om et seminar med informasjon som skal forhindre at sykepleierne kommer opp i vanskelige situasjoner.

Fortvilt e-post

Oslo 31. mai 2007: Denne fortvilte henvendelsen om hjelp plinger inn i innboksen til en ansatt i NSFs medlemstjeneste:

«De som har kommet til land må til og med jobbe som hjemme help hos henne (tidl. norsk sykepleier) mens de venter for mulighet. Jeg synes dette er utnyttelse av de stakkars landsmenn vår som vil gjerne finne en bedre betalt jobb. Spørsmål min er; er dette lovlig? Har hun den nødvendig tillatelse for å drive rekruttering av sykepleier. Jeg ønsker bare å hjelpe mine landsmenn å ikke bli utnyttet – jeg tror det er tilfelle.»

E-posten er underskrevet av en filippinsk mann. Han er bekymret for en ikke navngitt person han mener utnytter nyankomne sykepleiere før de får fast jobb i Norge.

Svarte jobber

Noen kommer til Norge på familiegjenforening. Andre sikrer seg visum som arbeidssøkere og har tre måneder på å finne jobb.

MER ENN SPRÅK: Raul S. Vasquez gir ikke sykepleierne som skal til Norge bare ren språkopplæring. Han ser det også som en viktig oppgave å gi dem kunnskap om mentaliteten ved en norsk helseinstitusjon.

LURT: Maita Flores (31) ble svindlet for 15 000 kroner av en filippinsk kvinne. Agenten opererte med flere identiteter og gikk under jorda.

Det viser seg ofte å bli en umulig oppgave for filippinere som ikke har norsk bakgrunn. Selv de som blir rekruttert av gode venner eller familie, kan slite med å få seg jobb om de ikke snakker norsk. Noen får tilbud om hospiteringsordninger i den første, vanskelige fasen i Norge.

Flere kilder som Sykepleien har snakket med forteller om arbeidsløse sykepleiere som tar strøjobber som for eksempel vaskeoppdrag for å klare seg mens de lærer seg språket i Norge. Noen holder dette i skjul for den de skylder penger, slik at de kan disponere inntekten på en friere måte. Ofte er dette svarte jobber.

Risikoen ved å jobbe svart er stor. Utlendingsdirektoratet (UDI) viser ingen nåde dersom det blir oppdaget.

Hjelp til klær

– De må gjøre det for å overleve, forteller en norskfilippinsk sykepleier som er godt kjent i miljøet.

Vi er bekymret for våre kollegers situasjon.

Maristella Abenojar, direktør i Sykepleierforbundet på Filippinene,

– Mange har det ikke bra i denne fasen. Noen har ikke penger til å betale husleie, og de kan ikke få lån i banken, presiserer norskfilippineren.

– I denne perioden har agentene dem i sin hule hånd, sier en annen.

De fleste betaler 35-50 000 kroner for å begynne i ny jobb, ifølge norskfilippineren. Ikke så mye sett med norske øyne, men for filippinere er en årslønn like mye som en vanlig norsk månedslønn. Når lisensen eller arbeidstillatelsen lar vente på seg, får det raskt konsekvenser.

Sykepleierfabrikken

På University of Perpetual Help System, i en bydel av Manila, produseres det sykepleiere på to skift.

I bakgården møter vi tre jenter som vet hva de vil. De skal til utlandet.

– I want to Norway, sier Mariell Obille (19) og fniser.

Venninnen Krish Nokon (22) røper at det er en gutt med i bildet. En boyfriend.

Det viser seg at vi har kommet opp i en liten norsk koloni ved universitet med hele 18.000 sykepleierstudenter.

– Jeg vil til Norge fordi det er så fint der, sier Elma Lyn Cabajes (19).

Plutselig dukker det opp en kar fra Tveita. John Pamplona tar sykepleierutdanningen i sitt andre hjemland og er en god ambassadør for sine medstudenter.

Årlig blir det uteksaminert 100 000 sykepleierstudenter på Filippinene, i hovedsak for eksport. Felles for de fleste av disse er at de velger å bosette seg i et land der de har slektninger eller venner. Det ligger dypt nedarvet i filippinerne at de sender penger hjem. Derfor er eksporten av arbeidskraft viktig for økonomien i landet.

STORT ANSVAR: Rizalina Galiza Jenssen i rekrutterings- og vikarbyrået ASOR, mener filippinske sykepleiere må skaffe seg kunnskap om Norge før de reiser.

Den filippinske sykepleierforeningen i Norge har måttet hjelpe folk med elementære behov som for eksempel vinterklær.

Det er ikke uvanlig at også norske aktører låner ut penger til sykepleiere.

– Gråtende sykepleiere

– Jeg har hatt gråtende sykepleiere på kontoret her, forteller Rizalina Galiza Jenssen. Hun driver rekrutterings- og vikarbyrå, hovedsakelig med utleie av filippinske sykepleiere, gjennom firmaet ASOR. ASOR er den største rekruttereren av filippinske sykepleiere til Norge. ASOR har, ifølge Galiza Jenssen, 100 ansatte. Hun anslår at hun har hjulpet rundt 300 filippinske sykepleiere i Norge med autorisasjon. Disse har enten jobbet i hennes firma, eller hun har formidlet jobb til dem.

– Noen har latt seg lure av agenter på Filippinene. De har satt seg i gjeld og finner ikke jobb. Da kommer de hit, og jeg må prøve å ordne opp for dem, sier hun.

– De som kommer hit på jobbsøkervisum må skaffe seg mer informasjon om norske forhold før de reiser. Problemet er at de ikke har fått nok informasjon, de tror Norge er «heaven», sier hun. Hun låner også ut penger, men mener likevel at hun ikke har en maktposisjon overfor sykepleierne.

– Det er ikke så enkelt som mange tror å få seg jobb uten å kunne norsk.

Måten hun kan ordne opp på, er å gi dem en arbeidskontrakt, norskkurs, finne et sted å bo, og være behjelpelig med praktiske ting til de begynner å tjene egne penger.

– Jeg får ofte telefoner, både fra filippinere, polakker og indere, hvor de spør om å få lov til å kjøpe seg en arbeidskontrakt. Jeg blir så sint, jeg vil ikke snakke med dem engang. Jeg har brukt mange år på å bygge opp firmaet, og vil ikke risikere noe med å drive ulovlig, sier Galiza Jenssen.

– *Vet du om andre aktører tar seg betalt for arbeidskontrakter?*

– Jeg vet det ikke, men det ville ikke overraske meg, sier hun.

250 000 kroner

Cynthia Baluyot er leder i den filippinske sykepleierforeningen i Norge. Foreningen har over 600 medlemmer. Hun kjenner godt til problemstillingen, og innrømmer at hun er svært skeptisk til måten enkelte agenter opererer på.

– Jeg har opplevd at sykepleiere som har kommet til Norge via agenter tar kontakt med meg. For to år siden snakket jeg med noen som hadde store problemer, fordi de hadde lånt penger for å komme til Norge, forteller hun.

– Det er snakk om lån opp til 100 000-250 000 kroner, og det er veldig mye penger etter filippinsk målestokk.

– Når sykepleierne kommer til Norge, blir de tvunget til å betale tilbake gjelden raskt. Høye levekostnader og det at de samtidig må betale penger til familien på Filippinene gjør livet vanskelig.

Jeg har hatt gråtende sykepleiere på kontoret her.

Rizalina Galiza jenssen, ASOR

Baluyot mener disse sykepleierne blir utsatt for stort press og må jobbe under forhold som ikke er i samsvar med norsk arbeidmiljølov.

Avhengighet

– De tør ikke si ifra, fordi de er avhengige av å ha en arbeidskontrakt for å kunne være i Norge. Å reise tilbake er ikke en mulighet, både fordi det er viktig å fremstå som vellykket, og fordi de ikke har mulighet til å betale tilbake gjelden med en filippinsk lønn.

– Senest for noen uker siden snak-

– De er redde for å bli sendt hjem, eller at de ikke får fortsette å jobbe i Norge. De er redde for reaksjoner fra långiveren. Noen har tatt opp lån via familien hjemme.

Cynthia Baluyot, leder i den filippinske sykepleierforeningen

BRUKER AGENT: Desiree Santos (36) betaler en norsk sykepleier nærmere 10 000 kroner for å ordne jobbsøkervisumet. Den nyutdannede sykepleieren reiser på egen hånd til Norge og håper at brikkene faller på plass.

ket jeg med en sykepleier som jobber som hjelpepleier i Norge. Hun hadde nettopp kommet til Norge fra Filippinene. Hun fortalte at hun måtte betale over ti tusen kroner for å få en arbeidskontrakt, og hun hadde ikke fått opplæring i å skrive timelister. Hun hadde kommet til Norge på jobbsøkervisum, men klarte ikke å finne jobb på egen hånd i løpet av tre måneders-perioden. Da måtte hun betale en arbeidsgiver for å få kontrakt. Dette er bare ett eksempel, jeg har fått flere slike henvendelser, forteller hun.

Redde sykepleiere

– Hva gjør du med disse sakene?

– Jeg kan ikke gjøre noe før jeg får skriftlig dokumentasjon, men det er det ingen som tør å gi meg. Filippinske sykepleiere må tørre å stå frem hvis vi skal kunne hjelpe dem. De vil ikke at jeg skal ta kontakt med arbeidsgiveren deres, fordi de er redde.

– Hva er sykepleierne redde for?

– De er redde for å bli sendt hjem, eller at de ikke får fortsette å jobbe i Norge. De er redde for reaksjoner fra långiveren. Noen har tatt opp lån via familien hjemme. De er redde for at noe skal skje med dem selv eller familien.

– Arbeidsgivers ansvar

– Er du selv redd for reaksjoner når du går ut med dette?

– Ja, det er jeg. Men vi har et ansvar overfor filippinske sykepleiere i Norge. Det er leit at vi ikke får hjulpet dem som trenger det, men jeg må presisere at det norske helsevesen må sørge for at de som blir ansatt eller innleid, må få skikkelig opplæring og lønn, på samme måte som norske arbeidstakere. Jeg har ikke noe imot byråer eller arbeidsgivere i helsevesenet i seg selv, men arbeidsforholdene må være i samsvar med norsk lovverk. Arbeidstakerne må også være våkne og kreve sine rettigheter i Norge, sier hun.

Hemmelig kontrakt

Manila, februar 2008: Sykepleien har, på tross av gjentatte forsøk, ikke lyktes i å få tak i noen av de omtalte kontraktene mellom agent og sykepleier.

Det overrasker ikke Raul S. Vasquez, læreren på norskkurset i Manila.

– I kontraktene sine har sykepleierne som vil til Norge gitt et taushetsløfte. De får ikke lov til å snakke, og derfor er det heller ikke noen som kan vise kontraktene sine i frykt for hva som vil skje i Norge, sier Vasquez.

Han har han god kjennskap til hvordan agentene opererer. Vasquez har selv tatt inn fem sykepleiere til Norge.

– Å drive agentvirksomhet er en utakknemlig jobb hvis du ikke virkelig vil ta inn penger. Jeg blir mer lykkelig av å gjøre det jeg gjør nå enn å kreve inn penger fra lutfattige folk.

Norskfilippineren mener at agentvirksomheten strider med de grunnleggende verdiene sykepleiere har om å hjelpe andre.

Vasquez mener også at Norsk Sykepleierforbund ikke har gjort nok for de filippinske sykepleierne.

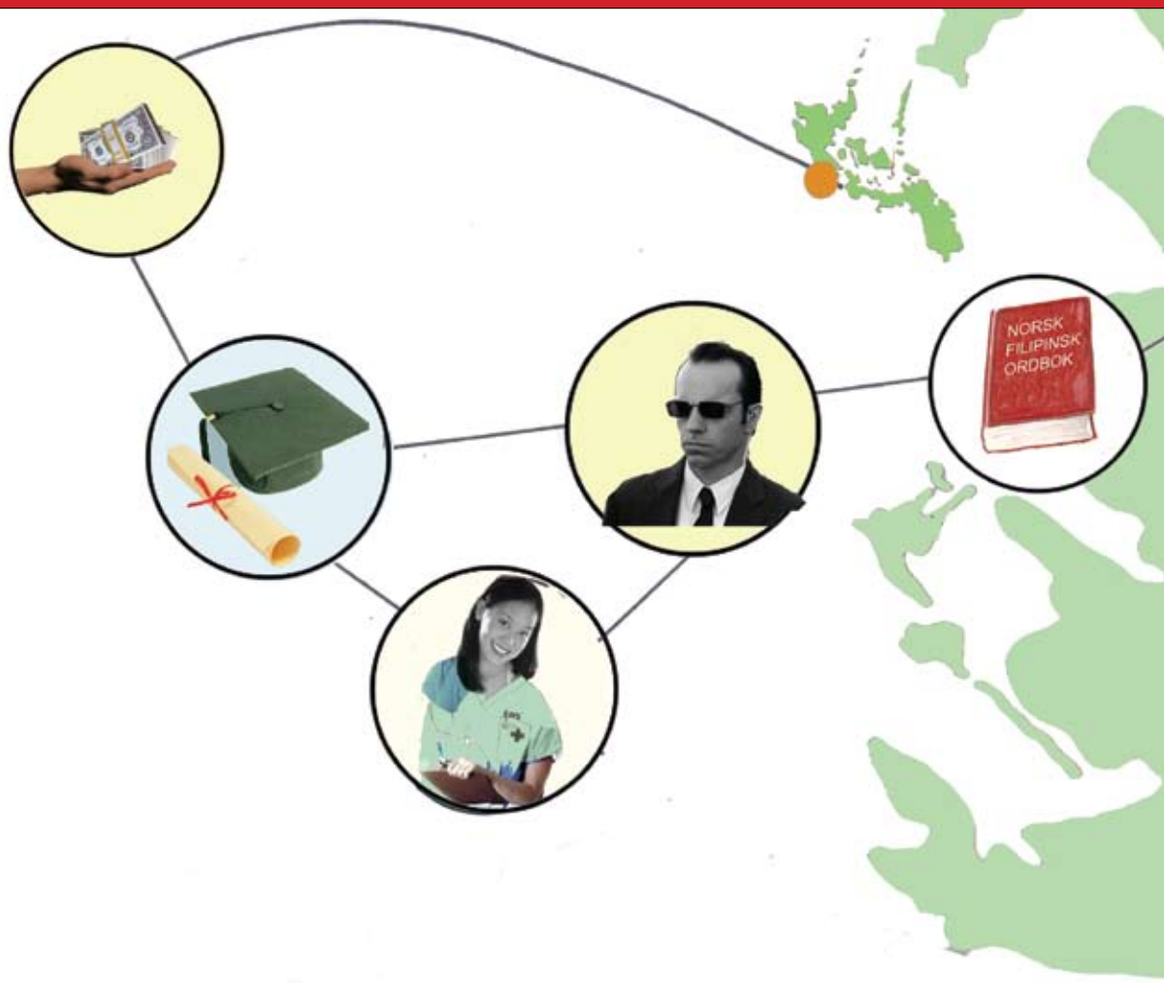
– Hadde denne gruppen følt seg trygge, ville forbundet fått sett kontraktene. Da hadde det ikke vært mulig å drive på denne måten, sier Vasquez.

Basert på tillit

Tilbake i Norge kommer vi i kontakt med «Selma», en filippinsk sykepleier som forteller at hun selv har drevet agentvirksomhet og formidling av hjelpepleiere og sykepleiere. Hun ønsker ikke å stå frem med sitt egentlige navn. Ifølge henne skrives det ikke kontrakter, låneavtalene er muntlige og basert på tillit.

Som agent sørget hun ikke bare for jobb eller hospiteringsordning. Også bosted, mat og klær inngikk i «pakken».

Illustrasjon **Kathrine Kristiansen**



Det har kostet meg ganske mange penger og tid å komme meg hit, det har vært tøft.

John, filippinsk sykepleier

Ågerrente forbudt

Utlån av penger mellom privatpersoner eller næringsdrivende er i utgangspunktet ikke lovregulert. Det er avtalefrihet når det gjelder lånevilkår mellom låntaker og utlåner. I forhold til blant annet muligheten til å inndrive gjeld, er det en fordel med en skriftlig avtale, opplyser Økokrim. Det er imidlertid ikke lov til å ta såkalt ågerrente, det vil si en «urimelig» rente av låntaker. Denne grensen er ikke klart definert i lovverket. Økokrim opplyser at de ikke har jobbet med saker som gjelder ulovligheter i forhold til import av helsepersonell.

20 000 kroner

Rizalina Galiza Jenssen i vikarbyrået ASOR sier at hun låner ut om lag 20 000 kroner til sykepleiere som har behov for det. Det innbefatter utlegg til reise og norskkurs i Norge. I tillegg både leier hun ut og formidler leiligheter til nyankomne. Dersom sykepleieren ikke har begynt å tjene penger, får de vente med husleien. Norskkurs på Filippinene må sykepleieren skaffe penger til selv. Galiza Jenssen mener at den virkelige verdien av det hun låner ut ligger langt høyere, og anslår rundt 70 000 kroner. Etter at sykepleieren har fått jobb, begynner hun å sende regning på norskkurset, med avdrag på 5 000 kroner.

– Men de kommer mange ganger hit på kontoret mitt og ber om å få satt ned beløpet, til avdrag på for eksempel 3 000 kroner. Jeg er ofte altfor snill med dem, sier hun.

Det sykepleieren skylder av andre ting enn norskkurset, er basert på en muntlig avtale, sier hun. Tilbakebetalingen skjer ikke som trekk i lønna, men ved at de betaler henne tilbake kontant. Hun fører regnskap med hvor mye hun låner ut til hver enkelt.

– Er det en taushetsklausul i kontraktene dere skriver?

– Nei, det er det ikke. Jeg sier til sykepleierne mine at de skal fortelle andre nøyaktig hva de betaler for, slik at det ikke skal gå rykter om at jeg tar for mye penger, sier hun.

– Tjener godt som hjelpepleier

Men beløpet på rundt 20 000 kroner er for noen bare en del av den samlede gjelden. De kan skylde familien penger, og de kan ha tatt opp lån for å betale norskkurs før avreise. Rizalina Galiza Jenssen mener likevel at de bør klare å betjene gjelden uten større problemer – forutsatt at de får seg jobb i Norge.

– De tjener ganske godt som hjelpepleiere, og jeg prøver å si til dem at de ikke må sende alt de tjener tilbake til Filippinene, de må ha noe selv også, sier hun.

– Som en mamma

– Du både rekrutterer fra Filippinene, låner ut penger, finner leilighet og skaffer dem jobb. Sykepleierne må bli temmelig avhengige av deg?

– Ja, de blir det. Jeg er nesten som en mamma for dem. De vil at jeg skal gjøre alt for dem. De vil gjerne jobbe hele tiden, de vil ikke ha fri. Jeg må si stopp, og vise til arbeidsmiljøloven.

– Har du nok oppdrag til alle?

– Ja, mer enn nok. Jeg skulle egentlig hatt mange flere sykepleiere her, sier hun.

Forventninger

Filippinene har lang tradisjon på å utdanne helsepersonell for eksport til

den vestlige verden. Sykepleierutdanningen er relativt kostbar, og det er vanlig at familier samler inn penger for at noen kan ta en utdanning, reise ut og sende penger hjem.

Forventningene er ofte svært høye før de drar ut.

– De vet at lønningene er mye høyere og tror at det flyter med melk og honning. Derfor blir mange skuffet når de kommer hit. Lønningene er høyere, men det er også levekostnadene, sier Selma.

9 000 for autorisasjonssøknad

«John» har ikke vært i Norge så lenge. Han har vært på nippet til å bli sendt ut igjen, men har nå fått jobb. For ham har veien til Norge vært lang.

– Tilfeldigvis så jeg en annonse i en avis fra et byrå som kunne hjelpe folk som ville til Norge, sier han.

«John» betalte dette byrået rundt 9 000 kroner for å få sendt sine papirer til autorisasjonskontoret. Han ventet i mange måneder før han fikk svar om at han hadde fått lisens som hjelpepleier.

– Men da jeg kom hit hadde jeg ikke mer penger. Jeg har derfor ikke kunnet betale husleie, men de har latt meg bli boende. Jeg klarte heller ikke å skaffe jobb innen de tre månedene jobbsøkervisumet mitt gjaldt. Jeg fikk høre om et rekrutteringsbyrå som hadde hjulpet andre. Jeg tok kontakt, og byrået ansatte meg slik at jeg slapp å dra hjem igjen. Uten den hjelpen hadde jeg ikke kunnet blitt her, sier han.

– Har vært tøft

Han er nå i jobb som hjelpepleier og har begynt å tjene litt penger.

– Føler du deg ikke lurt når byrået på Filippinene tar 9 000 kroner for å sende papirer det koster under tusen kroner å få behandlet?

– Nei, det gjør jeg ikke. Det er bare «business». På Filippinene er det slik at du kan få hjelp, men du må betale for deg, sier han.

– Er det greit?

– Det har kostet meg ganske mange penger og tid å komme hit, det har vært tøft. Men på den samme veien har jeg møtt mange som har hjulpet meg. Jeg velger å se det positive, sier han.

10 000 for visum

På norskkurset i Manila sitter Desiree Santos (36) lydhør som en førsteklassing på første skoledag. Hun lyser i øynene når vi snakker om Norge.

– Jeg leser norsk tre-fire timer om morgenen mens jeg spiser frokost, og så går jeg på kurs fra fire til åtte om ettermiddagen.

Hun betaler en norsk sykepleier nærmere 10 000 kroner for å ordne jobbsøkervisumet. Hennes norske kontakt har fortalt henne at prisen snart skal stige til over 15 000 kroner.

– Jeg stoler på henne fordi hun kjenner kusinen min som allerede er i Norge. Hun vil finne en jobb til meg, sier Santos med stjerner i øynene.

Tips oss!

Har du tips om dette temaet?

Ta kontakt med oss på *aknbh@sykepleien.no* eller *kari.anne.dolonen@sykepleien.no*

Telefon:
22 04 33 73 eller
22 04 33 69

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** og **Kari Anne Dolonen** foto **Erik M. Sundt**

RINGER: NSFs medlemstjeneste, her representert ved Lise Færevaag, får henvendelser fra utenlandske sykpleiere om hva slags rettigheter de har.

– Vi får bekymringsmeldinger

Under Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsmøte i 2007 hevdet Line Orlund fra talerstolen at hun kjente til eksempler der utenlandske sykepleiere ble trukket opp til 80 prosent av lønnen for å betale gjeld.

Line Orlund er koordinator for Forum for flerkulturell sykepleie, og er NSFs koordinerende hovedtillitsvalgt for Oslo kommune.

– Hvor kommer eksempelet med 80 prosent trekk i lønn fra?

– Jeg vet ikke navnet på den som sa det, men det kom frem i et møte vi hadde i forumet, hvor dette problemet ble diskutert.

Orlund bekrefter at dette er en kjent problemstilling.

– Hvilke henvendelser har du ellers fått?

– Jeg har fått henvendelser som går på at enkelte sykepleiere presses til å jobbe svært mye for å betale tilbake det de skylder til agenter i hjemlandet. Ulovlig mye overtid er ofte en årsak til at vi blir kontaktet.

– Gjelder dette filippinske sykepleiere, eller er det også andre nasjonaliteter?

– Jeg kan ikke utelukke at dette også gjelder andre, men i forhold til problemer med å håndtere gjeld til agenter, går meldingene på filippinske sykepleiere i Norge, sier Orlund.

– Trues

– Det er også tilfeller, og det gjelder ikke bare filippinske sykepleiere, der arbeidsgiver truer med å ta fra sykepleiere arbeidskontrakten dersom de ikke stiller opp og tar ekstravakter eller jobber overtid. De blir presset med at de ikke får jobb andre steder, fordi de snakker for dårlig norsk – noe som i mange tilfeller dessverre kan være sant. Mange snakker svært dårlig norsk når de kommer hit, og arbeidsgiveren sørger ikke for at språkkunnskapene er gode nok før de begynner å jobbe.

– Hvor lenge har dere visst om dette?

– Vi fikk de første bekymringsmeldingene for omtrent halvannet år siden. Vi fikk også vite om forhold som lå noe tilbake i tid, så det er grunn til å tro at dette har eksistert en stund.

– Hva har dere gjort med dette?

– Vi tok umiddelbart fatt i det. Det som til å begynne med var løse historier har vi fått bekreftet blant annet via den filippinske sykepleierforeningen i Norge og representanter fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Problemet er at ingen av sykepleierne vil stå frem, og da kan ikke vi hjelpe dem, sier hun.

– Slavekontrakter

– Hvorfor vil de ikke ta saken gjennom NSF?

– For det første er ikke alle medlemmer i NSF, men noen er det. Jeg tror det er to årsaker til at de ikke

Mens de venter på autorisasjon, arbeider de som gratis hushjelp hos privatpersonen som får dem til landet.

Mette Høyland, seniorådgiver i NSF.

HØRER MYE: NSFs Line Orlund har mye kontakt med det filippinske miljøet, men får ikke tatt tak i sakene fordi de berørte ikke tør stå fram.

vil stå frem; de er redde, og de ser agentene som en gyllen mulighet til å komme seg ut av landet. Det tristeste med dette synes jeg er at noen er takknemlige overfor «hjelperne», mens de i realiteten går på noe som ligner slavekontrakter, sier Orlund.

Klager

Mette Høiland er seniorrådgiver i NSFs avdeling for medlemstjenester. Hun bekrefter at de mottar bekymringsmeldinger som går på utenlandske sykepleieres arbeids- og levevilkår i Norge. Meldingene gjelder ikke bare klager på agener, men også privatpersoner. Meldingene går på forskjellige nasjonaliteter.

– Det er også privatpersoner som «importerer» sykepleiere. Mens de venter på autorisasjon, arbeider de som gratis hushjelp hos privatpersonen som får dem til landet. Vi får også eksempler på at kommuner importerer sykepleiere og gir dem norskkurs mot for eksempel bindingstid slik at de kan bli autorisert. Vi vet ikke hvilke lønns- og arbeidsforhold disse har, sier Høiland.

Urolige

– Vi vet også at norske utleiebyrå «utnytter» norske arbeidstakere ved at de ikke gir dem rettigheter ved sykdom og svangerskap.

– NSF forutsetter at utenlandske sykepleiere som er autoriserte i Norge, også fra utleiebyrå, omfattes av de samme betingelser som andre autoriserte sykepleiere uavhengig av nasjonalitet, sier hun.

Høyland sier at NSF ikke kan aksepterer en dårligere ordning enn det som ligger i de offentlige tariffavtalene.

– Det gjelder særlig sykelønn, pensjonsordning for sykepleiere, minstelønn for autoriserte sykepleiere og garantilønn ved manglende oppdrag. Vi kan ikke akseptere at byråer blander sammen lønn og andre «naturalytelser» som kost og losji, sier Mette Høiland.

– Kan miste jobben

Forhandlingsavdelingen i Norsk Sykepleierforbund har også hørt om saker hvor byråer hyrer inn utenlandske sykepleiere uten å gi dem de samme betingelsene som norske sykepleiere har.

– Disse sykepleierne vet at dersom de klager, kan de miste jobben, sier assisterende forhandlingssjef Kari Tangen.
Mister de jobben, er de redd de mister arbeids- og oppholdstillatelsen og at de kan bli kastet ut av landet.

– Det gjør at vi i NSF ikke får dem til å stå frem. Det blir for risikabelt, sier Tangen.

– Vi vil holde et våkent øye med dette fremover, men er som sagt avhengig av at medlemmene rapporterer om forholdene, sier Tangen.

«Jeg har ikke fått ferie siden 2006»

Henvendelser fra utenlandske sykepleiere som er usikre på om de får det de har krav på, øker til medlemstjenesten i Norsk Sykepleierforbund. Her er eksempler på spørsmål fra utenlandske sykepleiere:

«Hei! Jeg har et spørsmål vedrørende mine rettigheter. Jeg har vært ansatt på et sykehjem og jobber hver tredje helg. Jeg startet som pleieassistent, og ble etter hvert oppgradert til hjelpepleierstilling. Da delte jeg også ut medisiner. Jeg ble i fjor offentlig godkjent sykepleier, men går fortsatt i samme stilling. Lurer på om jeg skulle ha fått sykepleierlønn? Arbeidsstedet sier at jeg er ansatt i en assistentstilling og at jeg derfor ikke får betalt sykepleierlønn.»

«Jeg er utdannet som lege, med spesialutdanning i barnekirurgi. I Oslo begynte jeg å jobbe som hjelpepleier i 2005 i lønnstrinn 19. I juli 2006 fikk jeg lisens som sykepleier. Jeg jobber nå ekstravakter som sykepleier, men får lønn som hjelpepleier fordi sjefen sier at jeg må vente en måned til for å få sykepleierlønn med lønnstrinn 25. Er det riktig at jeg må vente selv om jeg jobber som sykepleier?»

«Hvem kan hjelpe meg? Jeg har ikke fått ferie siden vinteren 2006 og frem til nå. Hvem kan hjelpe meg? Jeg jobber 100 prosent stillingen.»

«Hei! Min avdelingsleder forskyver mine vakter uten å si noe til meg. Jeg må lese bemanningsplanen for å finne det ut. Nå har hun forskjøvet mine vakter slik at jeg jobber fire lørdager på rad. Har hun lov til det? Kan hun forskyve meg hvis jeg «takker nei»?»

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** foto **Lars Kristian Solem**

Skuffet over Norge

– Rekrutteringsbyråer på Filippinene ser på sykepleiere som en vare.

«FLY NOW – PAY LATER»: I Manila trenger man ikke lete for å finne et rekrutteringsbyrå eller en agent som vil hjelpe deg ut av landet. Her vindusreklame i Manila.

Det sier sosialantropolog Grethe Røed. Hun har skrevet hovedfagsoppgave om filippinske sykepleiere som ønsker å jobbe i utlandet. I utgangspunktet hadde hun ikke tenkt å skrive om rekrutteringsbyråene som holder til på Filippinene, men innså raskt at disse har en svært sentral plass for de sykepleierne som ønsket å reise ut.

– Rekrutteringsbyråene gir en form for trygghet, og de tar seg av mye av det praktiske rundt reisen. Ofte sender de også mange sykepleiere til samme sted, slik at man ikke blir alene. På Filippinene er storfamilien sentral, og det kan virke skremmende å skulle reise uten å ha kjente rundt seg.

Fokus på lønn, ikke utgifter

– Hvilket inntrykk fikk du av måten rekrutteringsbyråene jobber?

– At de hadde mye å si i forhold til å virkeliggjøre drømmen om å reise ut. Utfordringen er at de formidler et idealisert bilde av Vesten. I forhold til Norge, var det høyt fokus på hvor mye man kunne tjene som sykepleier, hvor mye man fikk for overtid, helgetillegg og så videre. Det ble ikke formidlet at levekostnadene er høye, og at de fleste får autorisasjon som hjelpepleier først. Røed gjorde feltarbeid i 2001, og var ferdig med oppgaven i 2006.

Skuffet

Selv om sykepleierne var skeptiske til informasjonen de fikk, og hadde mange spørsmål, oppfattet Røed likevel mange som «drømmere» som levde i håpet om at det de fikk vite stemte.

– Jeg har senere intervjuet sykepleiere som har kommet til Norge, og flere er skuffet. De må jobbe hardere enn forventet, og det kan ta lang tid før de får autorisasjon som sykepleiere. Hjelpepleierlønn er lavere enn sykepleierlønn, og jeg vet at noen reiste tilbake til Filippinene, fordi virkeligheten var så langt unna det de hadde blitt forespeilet, sier hun.

– Sett på som en vare

– Vil du si at rekrutteringsbyråene utnyttet disse sykepleierne, eller er det en vinn-vinn-situasjon?

– Jeg mener at de ble utnyttet til en viss grad. De fikk ikke svar på helt sentrale spørsmål, og de fikk ikke vite hva som *egentlig* ventet dem om de reiste. Jeg fikk også inntrykk av at rekrutteringsbyråene så på sykepleierne som en vare, ikke som enkeltmennesker. Det var snakk om hvor mye man kunne få for den og den sykepleieren, menneskelige hensyn var et mindre viktig tema.

– Hørte du om sykepleiere som satte seg i gjeld til byråene?

– Nei, ikke til byråene. De satte seg i gjeld til familien. Men eksporten har økt siden jeg gjorde feltarbeidet i 2001, og jeg er ikke fremmed for tanken på at byråene har utviklet nye måter å drive forretning på. Tittelen på oppgaven min er «Fly now, pay later», og det var slagordet til et av rekrutteringsbyrået også den gang.

Arbeidsløse kan havne i trøbbel

Sykepleiere utenfor EØS-området som får arbeids- og oppholdstillatelse på bakgrunn av yrkesutdannelsen sin, kan få problemer dersom de mister jobben.

– Etter at arbeids- og oppholdstillatelsen går ut, vil de ikke få den fornyet dersom de ikke har ny jobb, sier Kirsti Johnson Ness i Utlendingsdirektoratet (UDI).

Ikke på dagen

Før UDI tilbakekaller en tillatelse må vedkommende forhåndsvarsles. UDI sender da et brev og ber vedkommende uttale seg før vedtak om tilbakekall av arbeids- og oppholdstillatelsen blir fattet.

Man kan klage på tilbakekallet og har rett til å oppholde seg i Norge til Utlendingsnemnda har tatt endelig stilling til saken.

– Erfaringsmessig tar saksgangen noe tid. I de fleste tilfeller klarer folk å klart å få et nytt arbeidstilbud, sier hun.

– *Hva om de begynner å jobbe som vaskehjelp, men har fått arbeids- og oppholdstillatelsen fordi de er sykepleiere?*

– Det er ikke lov. De må jobbe i en sykepleierstilling dersom det var utgangspunktet for arbeids- og oppholdstillatelsen, sier Ness.

Etter tre år kan det søkes om permanent tillatelse. Om man får det, er det adgang til å ta andre typer jobber enn det man har autorisasjon for.

Arbeidstillatelse

Regler for personer utenfor EØS/EU/EFTA

- Arbeidstillatelse må være gitt før arbeidet påbegynnes
- Visum og jobbsøkervisum er ikke arbeidstillatelse
- Visum gir mulighet til å besøke Norge opp til 90 dager
- Straff og/eller utvisning skjer dersom man tas i å jobbe ulovlig

Vilkår for å få tillatelse

Generelle vilkår for å få arbeidstillatelse:

- Arbeidstilbud
- Heltidsarbeid
- Èn arbeidsgiver
- Norsk tarifflønn

Saksgang

- Arbeidsgiver gir arbeidstilbud
- Utenriksstasjoner eller politiet mottar søknad med vedlegg (arbeidsgiver kan søke med fullmakt)
- UDI behandler søknad og fatter vedtak
- Vedtak sendes politiet eller utenriksstasjon

Lurer indiske sykepleiere

Sykepleiere som ønsker å jobbe i Norge må søke om å få norsk autorisasjon. Hos Statens autorisasjonskontor koster det 930 kroner.

På nettstedet asiasider.no fortelles det om hvordan enkelte firmaer i India tar over 40 000 norske kroner fra indiske sykepleier for å sende deres søknad til Statens autoriasjonskontor for helse personell (Safh). Firmaene presenterer tilbudet som om de kan garantere for at søkeren får jobb i Norge etter at søknadsbehandlingen er avsluttet. Imidlertid gis det ingen skriftlige garantier, og de får kun hjelp med søkeprosessen til Safh, hjelp til å søke om oppholdstillatelse og hjelp til å finne jobb.

Firmaene har ingen kontakter med norske arbeidsgivere, og kan på ingen måte garantere jobb.

Advarer

Den norske ambassaden i New Delhi kom nylig med en advarsel på sine hjemmesider hvor det informeres om at det ikke er nødvendig å betale så store beløp til indiske agenter for assistanse med søknadsprosedyren. Hvem som helst kan søke om autorisasjon direkte. Videre informeres det også om manglende stillinger i sykepleiersektoren.

Ubehagelige saker

Per Haugum, direktør i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) bekrefter at han kjenner til problemet med agenter som tar seg grovt betalt for å «hjelpe» sykepleiere til Norge.

– Vi hadde for ikke lenge siden en sak hvor en indisk rekrutteringsagent tok seg godt betalt for å sende autorisasjonssøknader. Så vidt jeg husker skulle agenten ha mellom 6000 og 7000 kroner for jobben, forteller Haugum.

– *Hva gjør dere i slike tilfeller?*

– Det er ikke så mye vi kan gjøre, bortsett fra å varsle relevante myndigheter. Problemet er at det ofte ikke er noen relevante myndigheter å varsle. Vår oppgave er å behandle autorisasjonssøknader, og vi har ingen virkemidler hvis vi kommer borti saker hvor vi har mistanke om at søkere blir utnyttet. Det er forskjell på juss og moral her, selv om det kanskje ikke er lovstridig, så liker vi ikke disse sakene, sier han.

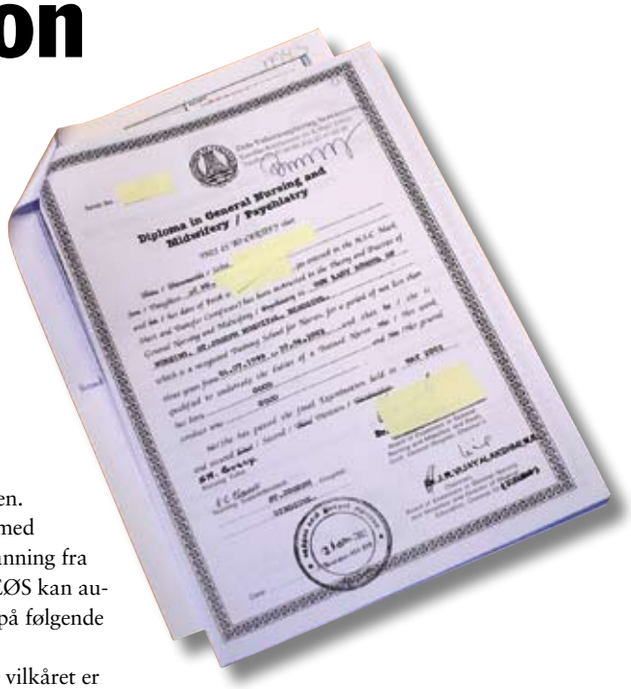
Haugum avviser at det er lettere å få gjennom en søknad dersom man bruker en agent. Tvert imot:

– Vi krever alltid individuelle søknader, og behandler ikke søknader uten avsender. Dersom noen velger å gå gjennom en agent, krever vi at søkeren gir agenten fullmakt til å søke på vegne av seg selv.

tekst **Kari Anne Dolonen** foto **Erik M. Sundt**

Slik får du autorisasjon

For mange er det ikke noe hokuspokus å få norsk autorisasjon som sykepleier. Men er du utdannet utenfor EU må du ha en del ting i orden før Safh gir deg autorisasjon. Her er reglene:



I Norge er det Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh) som har fått delegert myndighet til å behandle alle søknader om autorisasjon som sykepleier, samt 27 andre helsefagutdanninger.

Autorisasjon må du ha for å praktisere som sykepleier enten du er utdannet i Norge, Norden, innen EØS-området eller utenfor EØS.

Utenfor EØS

Det er ofte søknader fra sykepleiere utenfor EU som tar lengst tid.

– Vi kan ikke se på utdanningen alene. Vi må vurdere hver enkelt søknad ut fra innholdet i utdanningen og hvilken arbeidserfaring de har. En «fellessøknad» på 20 personer fra ett land, påskynder derfor ikke prosessen, sier seniorrådgiver og teamleder i Safh, Heidi Fredrikke Kylstad-Hansen.

For søkere med sykepleierutdanning fra land utenfor EØS kan autorisasjon gis på følgende måte:

– Det første vilkåret er at utdanningen kan anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk eksamen. Det er forankret i helsepersonellovens paragraf 48, tredje ledd bokstav a, opplyser rådgiver i Safh, Mette Thomson.

– Dersom søkeren har avvik eller mangler i forhold til norsk sykepleierutdanning, vil vi gi beskjed om hvilke kurs eller hvilken praksis søkeren må ta for å kompensere manglene.

Dersom utdannelsen ikke er vurdert som jevngod med den norske utdanningen, kan yrkeserfaring kompensere i forhold til helsepersonelloven paragraf 48 tredje ledd bokstav c.

Da er vilkåret at den dokumenterte grunnutdanning, videre- og etterutdanning og yrkeserfaring til sammen gir søkeren den nødvendige kyndighet som sykepleier.

– Derfor er det viktig å alltid å sende med all dokumentasjon av videre- og etterutdanning og all yrkeserfaring, råder Kylstad-Hansen.

Du må ha nasjonale fag

Autorisasjonskontoret gjør oppmerksom på at alle sykepleiere utdannet i land utenfor EØS må ta norsk kurs i nasjonale fag for å kunne få autorisasjon som sykepleier i Norge.

– Slike kurs arrangeres av flere sykepleierhøyskoler, deriblant Høgskolen i Oslo, sier rådgiver i Safh, Héléne Sogge.

Kontoret spør ikke etter språkkunnskaper i norsk for å behandle søknader om autorisasjon og lisens.

– Det er arbeidsgivers ansvar å sikre at helsepersonell behersker norsk tilstrekkelig til å utøve yrket forsvarlig, sier Thomson.

Autorisasjonskontoret krever ikke arbeids- og oppholdstillatelse for å behandle søknader om autorisasjon og lisens. Informasjon finnes på utlendingsdirektoratets webside: www.udi.no

Les mer på www.safh.no

Kriterier for autorisasjon

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- ✓ har bestått eksamen ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring,
- ✓ har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- ✓ er under 75 år
- ✓ ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- ✓ har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk eksamen,
- ✓ har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig autorisasjon etter paragraf 52, eller
- ✓ på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Overgangsalder og pms gjør
de fleste omgivelser !!!

Reaktor ID Foto: Siren Laurdal. Retouch: Photofinish.

Mange kvinner opplever hetetokter, søvnbesvær, nedstemthet og irritabilitet i perioden før menstruasjon og i forbindelse med overgangsalder. Mer enn 20 års forskning på soya har resultert i Nutri5, et produkt som bedrer kvinners helse og livskvalitet i disse periodene. I tillegg senker Nutri5 kolesterolnivået, virker forebyggende mot benskjørhet og hjerte- og karsykdommer uten å gi bivirkninger. Nutri5 er basert på naturlige planteøstrogener og drikkes som en shake hver dag. Vil du sove godt igjen? Nutri5 – gir kvinner bedre helse og økt livskvalitet.

Gå inn på www.nutri5.no, ring 05222 eller send en sms med "nut" til 2012

NUTRIPHARM

Nina Melsom

Yrke: Advokat, Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
E-post: nina.melsom@nho.no

Kan arbeidsgiver gjennomføre rusmiddeltester?

En rusmiddeltest kan være et egnet virkemiddel for å bekrefte eller avkrefte bruk av rusmidler. Men arbeidsmiljøloven setter klare grenser for slike tester i arbeidslivet.

Bruk av narkotika er et økende samfunnsproblem, hevdes det. Dette gjelder i alle samfunnslag og i alle yrkesgrupper. Dersom det er riktig, er det en utfordring arbeidslivet må ta på alvor. Bruk av rusmidler utgjør nemlig ikke bare en risiko for den enkelte arbeidstakeren, men også for arbeidsmiljøet og virksomheten. Rusmiddelmisbruk kan gi lavere produktivitet, høyere sykefravær, øke risikoen for feilvurderinger, uhell og alvorlige ulykker. Klarer ikke virksomhetene å ta tak i problemet, kan det også bli et problem for omdømmet.

Rusmiddelpolitikk

Disse grunner skulle være tilstrekkelig for å sette temaet på dagsorden. En grunnleggende forutsetning for å nå målet om et rusfritt arbeidsmiljø er at virksomhetene har en rusmiddelpolitikk. Virksomhetene må opparbeide kunnskap og ta lederansvar. Virksomhetene må klart beskrive sin holdning til rusmidler og betydningen av et rusfritt arbeidsmiljø, samt definere klare regler for hva som er akseptabelt.

I arbeidet med å utarbeide rusmiddelpolitikken må både ledere, tillitsvalgte og ansatte trekkes inn. Alle aktører må være kjent med hvilke risikofaktorer bruk av rusmidler representerer.

Mange ganger er det kolleger som først merker tegnene på rusmisbruk. Erfaring viser imidlertid at terskelen for å si fra kan være høy, og det gjelder spesielt hvis ikke de ansatte føler trygghet for at den som har et rusproblem blir hjulpet.

Som supplement til det forebyggende rusmiddelarbeidet kan det reises spørsmål om arbeidsgiver kan gjennomføre rusmiddeltester. I motsetning til alkoholmisbruk kan bruk av illegale stoffer som narkotika være vanskelig å oppdage og bekrefte/avkrefte. I slike tilfeller kan rusmiddeltester være et egnet virkemiddel. Testene kan tenkes gjennomført i forbindelse med ansettelse eller i et allerede bestående arbeidsforhold. De kan gjennomføres rutinemessig, som stikkprøver, ved mistanke eller i forbindelse med ulykker. Hvorvidt et program for rusmiddeltesting utgjør et hensiktsmessig personalpolitisk virkemiddel må avgjøres konkret av hver enkelt virksomhet.

Arbeidsgiveren kan ikke «omgå» arbeidsmiljølovens bestemmelse ved å innhente samtykke fra arbeidstakeren.

Vern om liv og helse

Det som imidlertid er klart er at arbeidsmiljøloven setter klare begrensninger i adgangen til å gjennomføre slike tester. Den nye arbeidsmiljøloven som trådte i kraft 1. januar 2006, fikk et eget kapittel om kontrolltiltak i arbeidslivet. Rusmiddeltester som gjennomføres som blodprøve, urinprøve eller utåndingsprøve vil være å betrakte som medisinsk undersøkelse, og arbeidsgivers adgang til å gjennomføre slike tester må derfor vurderes med utgangspunkt i paragraf 9-4. Her fremgår det at slike tester *bare* kan gjennomføres overfor en arbeidstaker dersom det følger av lov eller forskrift, for stillinger som innebærer særlig risiko eller når arbeidsgiver finner det nødvendig for å verne om liv eller helse.

Som eksempel på bestemmelser i lov eller forskrifter som stiller krav til helseundersøkelser, kan nevnes luftfartslovens paragrafer 5-3 og 6-11 og petroleumsloven. Helseundersøkelser kan også gjennomføres for stillinger som innebærer en *særlig risiko*. Hvilke stillinger det er må avgjøres konkret. I forarbeidene til loven er det pekt på at det må være stillinger der arbeidstakeren «ofte har arbeidsoppgaver hvor konsekvensene av feil i utførelsen er særlige store, enten for arbeidstakeren selv, for tredjepersoner eller har store samfunnsmessige konsekvenser, og hvor det derfor må stilles særlige krav til aktsomhet og oppmerksomhet». Medisinske undersøkelser kan også foretas når arbeidsgiver finner det nødvendig for å verne

DN.no

Vil legge ned lokalsykehus

«Det kan da ikke være slik at man som helsepolitiker i SV bare skal snakke folk etter kjeften. Det må være mulig å påpeke at helsetjenestene er ekstremt kostnadskrevende og ikke rasjonelt begrunnet.»

SVs helsepolitiske talsmann Olav Gunnar Ballo til Dagens Næringsliv

NETTAVISEN

Kast AFP på skraphaugen

«Den såkalte AFP-ordningen bør kastes på skraphaugen i årets tariffoppgjør. Tiden hvor hundretusener av industriarbeiderne løftet tungt, er over. Normalen er at stadig flere ønsker å arbeide både til de blir 70 år – og enda lenger.»

Kommentar av sjefredaktør Gunnar Stavrum i Nettavisen

Erfaring viser at terskelen for å si fra kan være høy, og det gjelder spesielt hvis ikke de ansatte føler trygghet for at den som har et rusproblem blir hjulpet.

Illustrasjon: Tore Fossbakken

om *liv og helse*. Med liv og helse siktes både til arbeidstakeren selv, men også til andre arbeidstakere eller til tredjepersoner. I forarbeidene er det pekt på at nødvendighetskriteriet skal tolkes strengt. Faren må være «alvorlig og fremstå som konkret, nærliggende og sannsynlig». Kravet må sees i sammenheng med den stillingskategori det er tale om å utføre testene i forhold til. I en virksomhet kan det være grunnlag for å teste overfor en ansattegruppe, uten at vilkårene er oppfylt overfor øvrige ansatte i virksomheten.

Rusmiddeltester

Arbeidsgiver er avskåret fra å gi pålegg om helseundersøkelser (rusmiddeltester) ut over de tilfellene som positivt faller inn under arbeidsmiljølovens paragraf 9-4 første ledd. Arbeidsgiveren kan derfor ikke «omgå» bestemmelsen ved å innhente samtykke fra arbeidstakeren. Arbeidsgiver står heller ikke fritt til å gjennomføre tester ved konkret mistanke om rusmiddelpåvirkning. Departementet stilte seg avvisende til dette og viste til at medisinske undersøkelser er så inngripende at det bør begrenses til det strengt nødvendige.

I tillegg til særvilkårene som spesielt gjelder helseundersøkelser i paragraf 9-4, må arbeidsgiver oppfylle de generelle vilkårene for arbeidsgivers kontrolladgang i arbeidsmiljøloven paragraf 9-1. Her stilles krav til saklighet og forholdsmessighet. I saklighetskravet ligger at kontrolltiltaket må være saklig overfor den enkelte arbeidstakeren eller arbeidstakergruppen som skal omfattes av dette. At tiltaket skal være forholdsmessig betyr at det skal foretas en avveining mellom arbeidsgivers interesse i å iverksette kontrolltiltaket og arbeidstakerens personverninteresser. Dess større inngrep i rettsgoder som personlige integritet, verdighet, privatlivets fred eller liknende, dess strengere krav må det stilles til arbeidsgivers interesser for å iverksette kontrolltiltaket.

Personvern

I tillegg til tiltakets formål (hvor tungtveiende virksomhetens behov er) og kontrolltiltakets art (enkeltstående kontroller i forbindelse med mistanke eller ulykker, hyppige kontroller i form av stikkprøver eller rutinemessige kontroller), er det relevant å se hen til hvordan sentrale personverninteresser er tatt hensyn til. Testene må ikke gjennomføres på en uforsvarlig og fornedrende måte. Arbeidsgiver forutsettes også å vurdere om det aktuelle formålet kan ivaretas på en annen og mindre belastende måte, eller om det finnes alternative kontrollmetoder som er like gode. Det er også et krav til forholdsmessighet mellom mål og middel. Tiltaket må være egnet til å nå målet. I dette ligger et krav til nøyaktighet. Et i utgangspunktet saklig behov for rusmiddeltester, kan likevel fremstå som uforholdsmessig og ulovlig dersom testene er usikre og arbeidsgivers behov for å iverksette tester ikke er tungtveiende nok (Rundskriv IS-14/2002).

I arbeidsmiljølovens paragraf 9-2 er det gitt egne saksbehandlingsregler. Arbeidsgiver plikter så tidlig som mulig å drøfte behov, utforming, gjennomføring og vesentlige endringer med arbeidstakerens tillitsvalgte eller andre ansatterepresentanter, og behovet for å gjennomføre kontrolltiltaket skal evalueres jevnlig. Arbeidsgiveren skal informere de berørte arbeidstakerne om formålet med kontrolltiltaket, praktiske konsekvenser og kontrolltiltakets antatte varighet.

AKTUELT

Vil verve sykepleiere

«Vi kommer til å satse på å verve langtidsutdannete. Vi har allerede hatt et møte med en klasse på sykepleierutdanningen på Høyskolen i Oslo, og alle ble med hos oss. Dette er et satsingsområde for oss.»

LO nestleder Geir Mosti til LO Aktuelt

bt.no

Skal lønne seg å leve

«De store forskjellene i forventet levealder mellom kjønn og ulike yrkesgrupper fører til en betydelig overføring av pensjonspenger fra lavinntektsgrupper til høyinntektsgrupper. Her driver faktisk folketrygden en omvendt fordelingspolitikk.»

Økonomiprofessor Alf Erling Risa til Bergens Tidende

Etterlysning: Avviksmelding

Sykepleiefaget står under et konstant press i forhold til den økonomiske virkeligheten i norsk helsevesen.

«God vakt»-rapporten som arbeidstilsynet gjennomførte ved norske sykehus i 2005, påpekte blant annet at det var manglende balanse mellom de oppgaver som forelå og tilgjengelige ressurser. I arbeidstilsynets prosjektrapport fra God vakt står det:

«Den overordnede utfordringen synes å være knyttet til at helsevesenets tradisjoner og kulturer er slik at fokus i liten grad rettes mot eget arbeidsmiljø og den ansattes helse. Sykehusene er til for å yte helsetjenester ovenfor publikum.»

Et i utgangspunktet ganske innlysende utsagn, som etter min mening går rett til kjernen av fagets problemer for tiden. Det ligger i sykepleierollen at vi skal strekke oss for å hjelpe pasienten. Og sykepleiere har en tendens til å strekke seg så langt at vi ikke strekker til lenger. Vi gjør alltid det beste ut av situasjonen, til det beste for pasienten, og dette er selvfølgelig slik det skal være. Men det kan ikke være slik at man i iveren etter å gjøre en god jobb for pasienten skal ofre sin egen helse på veien. Ingen er tjent med at den som hjelper selv blir den som trenger hjelp.

Sykepleierne er i altfor liten grad flinke til å dokumentere de avvik som forekommer i helsevesenet. I en tid da det skal omstilles, jobbes mer effektivt og fås mer helse ut av hver krone, kommer trykket og økt arbeidsbelastning til syvende og sist på den enkelte sykepleier.

Hva gjør så den enkelte sykepleier med dette?

Mitt hovedinntrykk er at vedkommende strekker seg for å kompensere for manglende ressurser for å løse de nødvendige oppgaver. Dette er en kultur som er så innarbeidet blant sykepleiere at om vi skal greie å stå på barrikadene og gjøre mottrekk mot det stadige presset fra de økonomiske føringene, må endringen komme nedenfra, ikke ovenfra. Det finnes ingen kultur hos sykepleiere for å skrive avviksmeldinger. Det finnes derimot en kultur for taus kunnskap som ikke synliggjøres og dokumenteres.

En situasjon fra min egen praksis: Jeg kom på jobb en dag, hvor det hadde vært en situasjon som avvek i forhold til hva man kan forvente av pasienthåndtering. Det var snakk om en unormal hendelse som ikke gjenspeilet god pasientbehandling. En situasjon som sykepleieren helt uforskyldt ble satt i på grunn av faktorer vedkommende ikke hadde noen innflytelse over.

Jeg påpekte ovenfor vedkommende som hadde stått i situasjonen at: «Dette må du skrive avviksmelding på.» Dette var en meget erfaren og dyktig sykepleier. «Nei, må jeg det? Jeg må kanskje snakke med avdelingssykepleier først,» Noe vedkommende gjorde. Det ble ikke gjort noe mer ut av det.

Hvorfor er det sånn at erfarne, dyktige sykepleiere har disse holdningene? Både vedkommende sykepleier og avdelingssykepleier har lang klinisk praksis, og det burde være en selvfølge at man i en slik situasjon dokumenterer et avvik som bidrar til å synliggjøre svikt i systemet.

Det finnes heller ingen kultur hos oss sykepleiere eller sykepleieledere til å se på avviksmeldinger som systemkritikk. Ønsker man å skape et system som lærer av sine feil, må det først komme en erkjennelse av at det faktisk er en feil i systemet.

Etter min mening er det helt vesentlig for å svare på de utfordringer faget står ovenfor, å sørge for at avviksmeldinger og en forståelse av viktigheten av å dokumentere svikt i systemet kommer på agendaen når man utdanner nye sykepleiere. Når sykepleiere og sykepleieledere med lang fartstid i systemet overhodet ikke har fokus på dette, sier det meg at dette er en så inngrodd kultur blant sykepleiere at den eneste måten man kan endre på det er ved å gjøre det synlig gjennom utdanningssystemet. Ingen økonom eller direktør kan komme bort fra det ansvar de har gjennom en bunke avviksmeldinger som ikke blir håndtert på en god måte.

Skal sykepleiefaget fortsatt slåss for kvalitet i pasientbehandlingen eller skal vi bukke under for de økonomiske føringer, tøye og strekke vår faglighet enda lenger for at hjulene i norsk helsevesen skal gå rundt?

Mitt ubetingede svar på dette er nei. Men da må sykepleiefaget ta de utfordringer som ligger der, sette agendaen og gi svar på tiltale ovenfor det press som faget nå er satt under.

Du plikter å melde avvik

Faksimile fra Sykepleien nr. 2/08

Vi må som yrkesgruppe selv ta ansvar for å dokumentere svakheter i pasientbehandlingen.

Ingen gidder å skrive avviksmeldinger om de ikke forstår hvorfor man skal gjøre det.

Sykepleierutdanningene må også gjenspeile at dokumentasjon av avvik i forhold til vår egen faglighet er en av våre hovedutfordringer.

(Innlegget er forkortet. Red)

Karl-Ivan Pedersen,
hovedtillitsvalgt NSF
Nordlandssykehuset
avd. Psykiatri

Jobbe for pensjonen

«Det bærende prinsippet er at det skal lønne seg å stå lenge i jobb, og da blir også konsekvensen at det vil være ulønnsomt å ikke jobbe. Men det skal ikke føre til uverdige eller umenneskelige forhold.»

Arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hanssen (AP) til Dagsavisen

Å telle kroner og årsverk

«Akademiske telleøvelser for årsverk og kroner er fjernt fra den virkeligheten sykepleierne og annet helsepersonell jobber i. Argumentene blir bare floskler så lenge man ikke gjør reelle vurderinger av sammenhengen mellom oppgaver og ressurser.»

NSF leder Lisbeth Normann til Agder Avis

Mens vi venter på likelønnskommisjonen

Det har historisk sett vært et akseptert mønster og en selvfølge at kvinner er billigere arbeidskraft enn menn. Allerede i 3. Mosebok slås den ulike takseringen fast: «En mann mellom tyve og seksti år skal takseres til 50 sekel sølv etter helligdommens vekt, og en kvinne skal takseres til 30 sekel». Denne takseringen ser ut til å ha vært en effektiv rettesnor.

Kvinnedominert arbeid lønnes fortsatt 15 prosent lavere enn mannsdominert arbeid. Denne form for diskriminering henger sammen med det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og rammer grupper av yrker og jobber.

Den nåværende regjeringen nedsatte våren 2006 en likelønnskommisjon, ledet av tidligere stortingspolitiker og partileder Anne Enger. Kommisjonen fikk i oppgave å vurdere hva som kan bidra til å redusere lønnsforskjellene mellom kvinner og menn, og vil avlegge sin innstilling innen 1. mars.
Norsk Sykepleierforbund og sykepleierne har betydelige forventninger til likelønnskommisjonens arbeid! Med de erkjente lønnsforskjeller vi har mellom kvinner og menn i Norge, må kommisjonen vise mot og erkjenne at en utjevning av lønnsforskjellene innenfor en rimelig fremtid kun kan oppnås med offensive tiltak, hvor de kvinnedominerte yrkene gis større lønnstillegg enn menn. Andre gode ideer kan gjerne drøftes, men vi måler likelønnskommisjonens suksess etter hvordan lønnsstatistikken utvikler seg gjennom de neste hovedtariffoppgjørene. Vi er av den oppfatning at det eneste tiltaket vi vet vil ha effekt på lønnsstatistikken innenfor rimelig tid er å gi kvinnedominerte yrkesgrupper et lønnsløft. Norsk Sykepleierforbund forventer at likelønnskommisjonen i tråd med sitt mandat legger frem offensive tiltak for å utjevne lønnsforskjellene mellom kvinner og menn; herunder tiltak som kan styrke tariffoppgjørene som arena for slik utjevning.

Lisbeth Rudlang, fylkesleder i NSF Vestfold

Når brukerundersøkelser erstatter kvalitetskontroll

Så har markedets domstol igjen avsagt sin dom over sykehjemmene i Oslo. Firmaet med det klingende navn Zapera Receptor Norway AS har foretatt en spørreundersøkelse blant 812 sykehjemsbeboere i Oslo. Dette er 20 prosent av det totale antallet sykehjemsbeboere.
Resultatet viser at beboerne ved sykehjem i Oslo kommune er godt fornøyd med institusjonen de bor på. Det er jevnt over liten forskjell i resultatene mellom private og kommunale sykehjem, 96 prosent av beboerne er fornøyd ved de private, mot 91 prosent ved de kommunale.
Tidligere statsråd og nå Fafo-forsker Gudmund Hernes har påpekt at markeder ligner domstoler på fire måter:

1) De fatter bindende avgjørelser
2) De er funksjonelt uavhengige av andre styringssystemer
3) De er upersonlige og nøytrale
4) De har en storjury: forbrukerne.

Men som styringsredskap for kvalitet har markedsmekanismer og brukerundersøkelser begrenset verdi.
Brukerundersøkelsene kan gi en viss identifikasjon på situasjonen, men sannelig er det ikke mer.
Frelsesarmeens Ensjøtunet Bo- og servicesenter (det sykehjemmet Frelsesarmeen ser seg tvunget til å nedlegge pga. bystyreflertallet anbuds- og konkurransepolitikk) troner på toppen – sammen med de kommunale sykehjemmene Kantarellen Bo- og servicesenter og det kommunale Lillohjemmet Sykehjem. På Ensjøtunet sier hele 92 prosent av de spurte at de alt i alt er godt fornøyd med sykehjemmet sitt. Men, på den andre side; kun 16 av 72 beboere er spurt. Og slik er det gjennomgående for alle sykehjemmene: Svært liten andel av beboerne er spurt.
Og forståelig nok: Mange av beboerne er svært syke. En kartlegging blant 1 200 sykehjemsbeboere i fire fylker viste at nærmere 90 prosent av beboerne hadde diagnosen demens.
Om byrådet ønsker å kartlegge kvalitet, bør det nok i mindre grad bruke ressurser på kostbare brukerundersøkelser, og mer tid på undersøkelser om faktisk kvalitet.
For undersøkelser som dette korrigerer ikke for bemanningsforskjeller, forskjeller hva gjelder graden av ressurskrevende beboere, kvalitetsforskjeller på lokaler som nybygde Ammerudlunden eller Kantarellen og sykehjem som har mindre hensiktsmessige bygninger, eller sykehjemmet som ligger i landlige omgivelser og det som ligger i forurensende og støyende sentrumsgater.
Og det kanskje viktigste: Jeg tror også at en brukerundersøkelse ved Attendo Cares daværende sykehjem på Lindingö i Sverige i og for seg kunne skåret bra på brukerundersøkelser, selv om det etter hvert ble dokumentert at beboerne ble vanskjøttet.
Jeg tror det nå er særs viktig at vi får på plass kvalitative undersøkelser av Oslos sykehjem. Sykehjemmene er gradvis mer og mer blitt minisykehus, blant annet på grunn av sykehusenes utskrivningspolitikk. Sykehjemmene er ikke tilsvarende blitt rustet opp når det gjelder ressurser og kompetanse. Konsekvensen er at beboerne ikke får tilstrekkelig oppfølging og blir passivisert – også der meningen var opptrening og rehabilitering. Og dette kompenseres naturligvis ikke med frivillighetskoordinatorer, som byråd Sylvi Listhaug nå sender ut.

Ivar Johansen (SV), bystyremedlem i Oslo

KLASSEKAMPEN

Kan gå av i 50-årene

«Politikerne vil svekke AFP. Selv har de pensjonsordninger som gjør at de kan gå av langt tidligere enn vanlige arbeidstakere. Erna Solberg (H) og Bjarne Håkon Hanssen kan med dagens ordning gå av før fylte 55.»

Klassekampen

Finansavisen

Overtidsskatt

«60 prosent av lønnen burde man kunne beholde selv om man tjener mer enn 682 500 kroner.»

Ansvarlig redaktør Trygve Hegnar i Finansavisen

Camilla Crone Leinebø

Alder: 25 år
Yrke: Sykepleierstudent
E-post: leiniken@yahoo.no
Utdannelse: I høst tok hun fatt på andre året som sykepleierstudent i Bergen.

Midtveiskrisen

Jeg er nå ett stk halvveis sykepleier. Nærmere ferdig enn noen gang før. Men kan noen fortelle meg hvor motivasjonen tok veien?

Det er i slutten av januar, men det føles som om årets første måned har vart i minst tre. Tunge, grå skyer henger massivt over Haukeland Universitetssykehus og tåkelegger de øverste etasjene av bygget. Sørpen spruter til alle kanter mens jeg tråkker med raske aggressive steg oppover trappene. Forbi sykehuset, inn i tåken og opp på Institutt for sykepleie.

Jeg har funnet ut at hele neste ukes timeplan er gjort om til obligatorisk undervisning. Og jeg som har sagt ja til å jobbe noen dager utenbys, vel vitende om at jeg kom til å gå glipp av to timers obligatorisk undervisning ved å la økonomien styre valg av flyreise hjem. Nå ser det ut til at jeg går glipp av ti timer i stedet.

– Vi disponerer deres tid 40 timer, fem dager i uken. Dette er et heltidsstudie, sies det autoritært fremme fra podiet når det svares på spørsmål om det ikke går an å ta hensyn til at vi må kunne legge planer for lenger enn en uke av gangen.

Frustrasjonen som preger stemningen i rommet tyder på at det er flere enn jeg som har planlagt andre ting enn å møte opp på skolen disse dagene. Det betyr ikke nødvendigvis at vi ikke skal studere, bare at vi for en gangs skyld dette andre året på utdanningen kan få bestemme litt selv *hvordan* vi ønsker å gjøre det.

Bortimot all undervisning i andre året på sykepleieutdanningen ved Høgskolen i Bergen (HiB) er obligatorisk. Vi har vår ene studiedag, mens resten av uken er satt av til undervisning. Med oppmøteplikt selvsagt! Min opplevelse er ikke at det i seg selv er et problem. Hodebryet skapes idet jeg ser på hvordan det løses rent praktisk fra skolens side. Hvis du ikke skriver under på tilstedeværelseslisten på 90 prosent av forelesningene, kan du bare glemme å få ta eksamen til våren.

Sykepleierstudiet er omtrent 50 prosent teori og 50 prosent praksis. På HiB består andre året av betraktelig mer praksis enn teori. Og når vi er i praksis, er vi i en 80 prosent «fast» stilling i turnus, der skolearbeidet utenom selve praksisen mer enn nok fyller opp ukene til å bli en 100 prosent fast stilling. Kanskje til og med overstiger de 100 prosentene. Og så må vi ha en inntektsgivende jobb i tillegg.

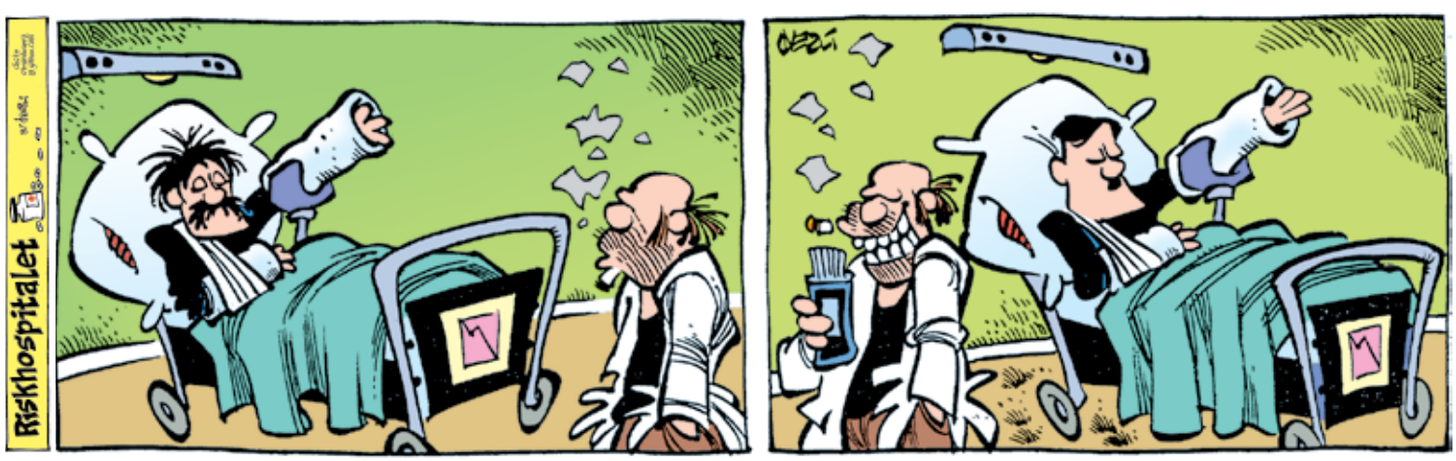
Flesteparten av studentene i Norge er nemlig totalt avhengig av å arbeide ved siden av studiene for å få endene til å møtes økonomisk. Vi blir fra skolens side oppfordret til å ikke jobbe utenom når vi er ute i praksis. I praksis får vi lønn i form av helt nødvendig kunnskap og erfaring, men har noen hørt om hun som klarte å betale husleien på grunnlag av det? Har dere prøvd å overleve på 6000 kroner i måneden?

Det MÅ bli en klarere sammenheng mellom den såkalte heltidsstudenten og studiefinansieringen. Studenter i dag lever godt under fattigdomsgrensen i Norge, og mens arbeidsbyrden øker, får man en systematisk svekket økonomi. I en artikkel i Klassekampen leser jeg om Kristin Clemet som tar selvkritikk og angrer på at hun ikke gjorde noe med studiefinansieringen da hun var statsråd. Det hjelper ikke oss dessverre. Tre år senere er ingenting forandret, bortsett fra mer å gjøre på knappere tid.

Jeg forstår at det fra skolens side er lagt opp til et løp der den skal sikre at vårt generelle kunnskapsnivå som sykepleiere er godt nok. Men når studiefinansieringen er slik som den er i dag, er det nærmest umulig å klare å gjennomføre et opplegg der skolen skal disponere vår tid 40 timer, fem dager i uken.

Det bør tas i betraktning at vi er voksne mennesker som kan ta ansvar for egen læring, uten at vi risikerer å ikke få ta eksamen fordi vi ikke hadde mulighet til å komme på noen forelesninger. Hva med å ta hensyn til dette i de periodene vi ikke er i praksis?

Derfor er jeg demotivert nå. Problemet er ikke at jeg ikke lenger har lyst å bli sykepleier. Heldigvis. I disse dager dukket det opp en situasjon som bekreftet nettopp det. Jeg fikk bruk for mine kunnskaper innen førstehjelp. Førstehjelpen som var omtrent det eneste som ikke var obligatorisk undervisning forrige semester. Jeg handlet automatisk. Det kom rent intuitivt. Jeg må hjelpe. Jeg vil hjelpe. Jeg *kan* faktisk hjelpe! Og den ikke-eksisterende motivasjonen fikk seg et lite spark bak. Heldigvis.



C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantin hydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. *Voksne/eldre:* Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m2) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåkning av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lapplaktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og dekstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** *Overgang i placenta:* Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk:* Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. *Øvrige:* Tretthet, soppinfek-sjoner. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** *Symptomer:* Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. *Behandling:* Symptomatisk. **EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme:* Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tmax oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid:* Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t½ på 60-100 timer. Total clearance (Cltot) 170 ml/minutt/1,73 m2. Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme:* Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse:* Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** *Dråper:* Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** *Dråper:* 50 g kr 798,70. *Tabletter:* 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80.

Sist endret: 29.10.2007

REFERANSER:

1) Gauthier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2005: 20;

2) Reisberg B et al: N Engl J Med 2003, Vol 348: 14; 1333-1341.

3) Winblad B et al: Int J Geriat Psychiatry 1999, Vol 14; 135–146.

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus

Type 6,11,16,18

Rekombinant, adsorbert

C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: 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 som skal forhindre høygradig cervikal intraepitelial neoplasi, (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

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

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

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

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

GRAVIDITET/AMMING: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

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

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

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

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

ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må 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. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinatør har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

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

Sist endret: 16.08.2007

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

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
infono@spmsd.com

I redaksjonen:

Ansvarlig redaktør
Barth Tholens
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

JOBB/NETT

Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Journalist
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no

Journalist/webredaktør
Lily Kalvø
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

MAGASINET

Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no

Journalist
Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no

Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no

Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

DESK/LAYOUT

Journalist/deskleder
Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Grafisk formgiver
Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no

Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 58
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER

Markedssjef
Ingunn Roald
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

Pris for den gode samtale

Den gode og nyttige samtalen med kolleger som har opplevd noe traumatisk, er belønnet med heder, ære og 100 000 kroner. Fem ansatte på intensiv medisinsk seksjon ved Haukeland universitetssykehus er tildelt KLPs arbeidsmiljøpris 2007 for sin kollegastøtteordning.

– Bakgrunnen var at en undersøkelse ved en av sykehusets avdelinger viste at mange hadde fravær eller gruet seg for å gå på jobb på grunn av tunge opplevelser i arbeidstiden, forteller en av pådriverne for kollegastøtteordningen, Ann Hauge.

Hensikten med ordningen er blant annet å gi umiddelbar medmenneskelig støtte og omsorg, åpne for fortløpende bearbeiding av belastende opplevelser og avdekke eventuelle behov for videre oppfølging og hjelp til den enkelte.

Seksjonsoversykepleier Ann Hauge (tv), fagansvarlig Tove F. Dyrdal, intensivsykepleier Thor-Einar Stemland og intensivsykepleierne Anne-Mari Ose og Marita Sortland.
Foto: Johnny Syversen

Sykepleier ble årets helseleder

Foto: Bjørn Arild Østby

Med systematisk og målrettet arbeid lykkes **Margit Sørhus** med å bygge opp et mangesidig habiliterings- og rehabiliteringstilbud i Helse Bergen. Derfor er hun valgt til årets helseleder.

– Min lederfilosofi er enkel: Jeg kan ikke gjøre en god jobb uten dem rundt meg. Derfor ønsker jeg at de skal vokse og få det til. Jeg jobber for at mine medarbeidere og mellomledere skal bli gode, sier Margit Sørhus til Sykepleien.

Klinikksjefen startet som sykepleier, ble avdelingsleder og siden pleie- og omsorgssjef. Nå er hun klinikkdirektør ved Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus. Sykepleierbakgrunnen har vært positiv, selv om hun nå har sin fokus på ledelse.

Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings (NSH) helselederpris er en anerkjennelse og belønning som gis på grunnlag av en ledelseskultur og/eller filosofi som har hatt positiv innvirkning på arbeidsmiljø og arbeidsinnsats med sikte på effektiv ressursbruk og god kvalitet på tjenestene. Det er særlig lagt vekt på ledelse med et tverrfaglig fokus.

Dr. Livskvalitet

Foto: UiB

Psykiske helseproblemer er stadig økende og mesteparten av behandlingen foregår i dag utenfor institusjon. Det har skapt behov for økt kunnskap om hva som skaper mestring og livskvalitet blant personer med psykiske helseproblemer.

Dette er også tema for **Eva Langeland** sin doktoravhandling «Opplevelse av sammenheng og livskvalitet hos personer som lider av psykiske helseproblemer» ved Universitetet i Bergen.

– Studien viser at selv om man har alvorlige psykiske helseproblemer, er man i stand til å mobilisere mestringsressurser. Å øke opplevelsen av sammenheng ved å anvende salutogene terapiprinsipper synes viktig for å kunne forbedre mestring og livskvalitet hos personer med psykiske helseproblemer, ifølge Langeland.

Hun er utdannet psykiatrisk sykepleier og har siden 2003 vært stipendiat og forsker ved Høgskolen i Bergen.

Sykepleien 5/08

Arbeidet mot omskjæring

I en reportasje fra Liberia kan du lese hvordan landet nå ser resultater av arbeidet mot omskjæring av jenter.

tekst **Bjørn Arild Østby** foto **Sverre Børretzen/Scanpix**

Utenfor feltsykehuset til den norske FN-leiren, Gaza 1957.

SUEZ-KRISEN: – De fikk 14 dagers innføring, litt religion og kunnskap om den politiske situasjonen. Men det var begrenset hva de fikk inn, forteller pensjonert generalmajor Ole Rønning.

Fredspionerene

På 1950- og 60-tallet tjenestegjorde 11 000 nordmenn for FN i Gaza. De skulle skape fred – nesten uten opplæring.

I juli 1956 erklærte president Nasser at Egypt ville nasjonalisere selskapene som drev Suez-kanalen. Bakgrunnen var konflikt med vestmaktene om finansiering av den planlagte Aswan-dammen, som gjennom regulering av Nilens vannmasser skulle gi jord til Egypts fattige bønder. Storbritannia og Frankrike med sine store aksjeposter i kanalselskapet reagerte og hevdet at nasjonaliseringen var ulovlig. Krisen var et faktum.

Saken ble brakt inn for FN. Men det hele strandet på spørsmålet om kanalen skulle være internasjonalt drevet eller drevet av Egypt.

Israel hadde fulgt forhandlingene fra sidelinjen. Men da Jordan i oktober gikk med i den egyptisk syriske alliansen gikk Israel til angrep på Egypt. Noen dager seinere bombet britiske og franske fly egyptiske flyplasser.

FNs hovedforsamling fordømte angrepene. Og etterkrigstidens første internasjonale fredsstyrke, United Nations Emergency Force (UNEF), ble vedtatt opprettet november 1956 for å skille de stridende parter i Suez-kanalområdet i Egypt.

Norge var blant de land som ble anmodet om å bidra med styrker. Og samme dag som UNEF ble opprettet vedtok Stortinget å stille med et sanitetskompani, en transporttropp og en ammunisjonstropp. Dette var troppeenheter som kom i tillegg til de infanterikompanier som allerede var stilt til disposisjon. To uker seinere var de på plass.

– De fikk 14 dagers innføring, litt religion og kunnskap om den politiske situasjonen. Men det var begrenset hva de fikk inn. Ved hjemkomst ble de debrifet i en eller to dager, forteller pensjonert generalmajor Ole Rønning til Ny Tid.

Man vet svært lite om dagliglivet til «Ola-guttene». Men ifølge en upublisert undersøkelse fredsforskningsinstituttet Prio satte i gang i 1967, kom det mange klagemål om manglende disiplin og krangel.

«Alle ble mer eller mindre avhengige av å drikke øl under oppholdet, og det var en god del misbruk av alkohol,» heter det blant annet i rapporten.

I starten var det to sykehusenheter i UNEF. Ved siden av det norske sanitetskompaniet hadde Canada en sykehusenhet. I oktober 1957 ble det canadiske sykehuset nedlagt, og Norge og Canada innledet samarbeid om et felles feltsykehus. Fra mars 1959 ble sykehusdriften totalt overtatt av Norge.

Den 5. juni 1967 innledet Israel det som senere er blitt kjent som 6-dagers krigen. Alt FN personell, også det norske sanitetspersonellet fra UNEF-Hospital, ble evakuert og sendt tilbake til Norge samme måned.

Dette er nyheter fra **Norsk Sykepleierforbund**
www.sykepleierforbundet.no

– Sats på sykepleierkompetanse

Forbundsledelsen tar i disse dager opp blant annet samhandling og satsing på sykepleiekompetanse i møter med sentrale helsepolitiske aktører.

– Det er en klar sammenheng mellom sykepleierbemanning og kompetanse, pasientresultater, arbeidsmiljø og drift. Økt satsning på sykepleierkompetanse er en nøkkelfaktor for effektiv og sikker drift av spesialisthelsetjenesten, sier forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Dette har vært blant de sentrale budskapene i møter mellom NSFs forbundsledelse og Bente Mikkelsen (adm.dir. i RHF Sør-Øst), Lars E. Hanssen (direktør i Helsetilsynet) og Bjørn-Inge Larsen (direktør i SHDir).

Nøkkelfaktorer

NSF har fremhevet tre nøkkelfaktorer for å øke kvaliteten på tjenesten og løse oppgavene i helsetjenestene: Styrke bemannings- og kompetansesituasjonen, sørge for bedre samsvar mellom ressurser og oppgaver, samt gi bedre muligheter for fagutvikling, forskning og videreutdanning.

– Sykepleierne er sentralt plassert i så vel pasientbehandling som drift. Det gjør dem til en nøkkelgruppe for å oppfylle ambisjonene. Blant annet viser amerikansk forskning at antall pasienter per sykepleier både påvirker resultatene for den enkelte pasient, og graden av utbrenthet hos sykepleiere, sier Normann.

Normann ønsker å invitere andre parter med i et samarbeid for å evaluere effekten av sykepleie i Norge.

Stort behov for sykepleiere

Ifølge TNS Gallup (NSFs medlemsundersøkelse 2007) jobber halvparten av sykepleierne i sykehus ukentlig mer enn sin ordinære stillingsbrøk. Det signaliserer en bemanningssituasjon som er så knapp at overtid/merarbeid har blitt en regel mer enn det unntaket det i henhold til arbeidsmiljølovgivningen skal være. Samtidig sier seks av ti sykepleiere at grunnbemanningen er for lav på sitt sykehus. Det er nesten dobbelt så mange som i 2002.

– Samtidig ser vi stadig flere sykepleiere som sier de ønsker å jobbe med noe annet enn sykepleie. Hvis helsetjenesten skal være attraktiv for morgendagens arbeidstakere må den være konkurransedyktige på lønn, unngå ufrivillig deltid og tilby et godt arbeidsmiljø og fagmiljø med utviklingsmuligheter, understreker Normann.

Samhandling krever kompetanse

I møtene tok NSF også opp samhandlingsutfordringene mellom første- og andrelinjetjenesten. Å løse disse utfordringene krever i første rekke økt kompetansenivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Unødvendige sykehusinnleggelser, reinnleggelser og flaskehalser ved utskriving er tre vesentlige konsekvenser av for lavt kompetansenivå i kommunale helse- og omsorgstjenester.

– Regjeringens satsning i «Kompetanseløftet 2015» er ikke egnet til å skaffe den kompetansen som er nødvendig. Et økt kompetansenivå innenfor helse- og omsorgstjenestene kan gi både bedre kvalitet på tjenestene for den enkelte pasient og en mer effektiv spesialisthelsetjeneste, sier Normann.

Spesialkompetanse

I rapporten «Gull eller gråstein» finner Fafo at sykepleierdekningen i forhold til antall eldre i kommunene varierer nesten tifold, fra omtrent tre årsverk per 100 innbyggere 80+ til nesten 30 årsverk. Kommunenes handlingsberedskap til å ta imot pasienter med omfattende behov for helsetjenester har dermed svært store variasjoner.

I rapporten finner Fafo at kommunene har stort behov for flere sykepleiere med spesialkompetanse, men det jobbes i liten grad systematisk for å sikre tilgang på slik kompetanse.

– Sykepleiere innenfor helse- og omsorgstjenestene mangler altfor ofte et fagmiljø rundt seg, og de har for sjelden anledning til faglig ajourhold, sier Normann.

Spesialkompetanse er ofte nødvendig for å ivareta pasientenes behov, men eksempelvis har kun 13 prosent av kommunene kompetanseplaner som omhandler behov for kompetanse innen demens.

– Det må satses langt sterkere på kompetanse enn det vi ser i regjeringens plan «Kompetanseløftet 2015». Det er små midler i forhold til det store antall ansatte i helse- og omsorgstjenestene, og innsatsen er spredt ut over en mengde innsatsområder, sier Normann, som i møtene har påpekt behovet for bevisst satsing på spesialkompetanse og høy kompetanse.

– Sløsing med sykepleiere

– Norge har ikke for mange sykepleiere selv om vi topper statistikken fra OECD. Men manglende prioriteringer, mange på deltid, dårlig samhandling mellom sykehus og kommuner og kutt i støttefunksjoner gir dårlig ressursutnyttelse av sykepleiernes kompetanse, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

I Aftenposten 6. og 7. februar kunne man lese at norske pasienter «vasser» i sykepleiere og leger. Bakgrunnen er at Norge ligger øverst i en OECD-statistikk over antall sykepleiere og leger i forhold til antall innbyggere.

Deltid et problem

Normann mener den utstrakte deltidsbruken er en sentral årsak til at Norge har så vidt mange flere sykepleiere per 1000 innbyggere enn andre land.

Ifølge SSB er det 14,8 sykepleier per 1000 innbygger i Norge, noe som samsvarer godt med tallene OECD har brukt i sin statistikk. Justerer man for deltid og fravær ender man opp med 11 årsverk sykepleiere per 1000 innbyggere her i landet.

Likelønn koster penger

– Våre medlemmer oppnår ikke likelønn bare ved økt innslag av pappaperm og bedre arbeidsdeling i hjemmet. Det er tøys å tro at kvinnedominerte grupper som sykepleierne skal få større tillegg i lønnsoppgjør via slike omveier, sier forbundsleder i NSF Lisbeth Normann.

I Dagsavisen 4. februar møter vi spesialsykepleier Mette Blichfeldt som jobber ved Rikshospitalet. Til tross for at hun har jobbet fulltid uten avbrekk for omsorgspermisjoner i godt over et tiår, tjener hun kun tre fjerdedeler av det en mann med tilsvarende utdanning tjener innenfor industrien.

– Dette illustrerer den største likelønnsutfordringen, som er verdsettingsdiskriminering av kvinnedominerte yrker, grupper og områder. Blichfeldt er ikke i nærheten av likelønn – selv om hun ikke har hatt omsorgspermisjon eller jobbet deltid, sier Normann.

Det er ikke slik at kvinnedominerte grupper får økt lønn hvis mannfolkene støvsuger mer.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Løser ikke alt

– Det er ikke vanskelig å være enig i at likestillingsarbeidet må komme lenger på alle mulige områder. Men det er ikke slik at kvinnedominerte grupper får økt lønn hvis mannfolkene støvsuger mer. Det er ikke slik at jeg kan forhandle fram større lønnstillegg for sykepleierne dersom deres partnere tar større del av omsorgspermisjonen i forbindelse med fødsler, understreker Normann.

NSF krever at politikere tar ansvar for å skape likelønn, og det innebærer at det må bevilges penger over statsbudsjettet som kan gi kvinnedominerte grupper et lønnsløft på toppen av de ordinære tariffoppgjørene.

Et politisk ansvar

– Innenfor de enkelte tariffområdene kan partene i arbeidslivet fortsatt anstrenge seg hardere for å komme nærmere likelønn. Men vi oppnår aldri likelønn med mindre myndighetene tar et overordnet samfunnsansvar, og ser lønnsutviklingen og lønnsnivåene på tvers av yrke, sektor og tariffområde, sier Normann.

NSF krever at medlemmene skal ha oppnådd likelønn innen 2012, og det må innebære et vesentlig skritt allerede i år.

– Jeg har store forventninger til de tiltak likelønnskommisjonen vil presentere, og til at regjeringen følger opp med en offensiv politikk som gir kvinnedominerte grupper likelønn. Vi har allerede slått fast at så godt som alle menn ønsker at kvinnedominerte grupper skal få større lønnstillegg enn dem selv for å oppnå likelønn, sier Normann.

– For pasientbehandling, effektivitet og sikkerhet hjelper det lite å ha et høyt antall sykepleiere når helsetjenesten i praksis bruker under 60 prosent av hver, mener Normann.

Gulvvask

Normann mener det er på høy tid at sykepleierkompetansen blir brukt mer bevisst og målrettet – spesielt med tanke på at det i fremtiden vil bli et enda større behov for kompetent arbeidskraft i helsetjenesten.

Hun får tilbakemelding fra medlemmer og tillitsvalgte om at effektiviseringspresset gjør at høyt utdannet helsepersonell i stadig større grad utfører oppgaver som kunne vært ivaretatt med en lavere kompetanse.

– Det er ikke god bruk av sykepleierkompetansen når vi hører om sykepleiere som i tillegg til å ivareta sykepleieoppgavene varmer mat, rengjør senger og vasker gulv, mener Normann.

NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt og les mer.

Solidaritetsmidler 2008

Med hjemmel i statuttene for NSFs solidaritetsmidler har forbundsstyret besluttet at det ikke skal kunngjøres mulighet for å søke støtte i 2008.

– Avsporing i sykehusdebatten

– Det er uinteressant å isolere sykehusdebatten til telling av kroner og årsverk. Effektiviteten har økt, mens arbeidsmiljøet for sykepleierne er under sterkt press, sier forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund Lisbeth Normann i en kommentar til Aftenpostens forsidesak onsdag 6. februar.

Krevende tariffoppgjør

Møtet i regjeringens kontaktutvalg markerte starten på et krevende inntektsoppgjør, melder Unio.

Erfaren sykepleierleder vant pris

Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH) kåret Margit Sørhus til årets helseleder på lederkonferansen 31. januar.
– Det er verdifullt at sykepleiere i topplederstillinger lykkes og blir gode rollemodeller, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF
E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Vitaliser forebyggingen!

«Alle» er enige i betydningen av et godt forebyggende helsearbeid.

Begrepet går igjen i regjeringsdokumenter, og Stortinget påpeker jevnlig viktigheten av å forebygge. Men når de reelle prioriteringene foretas, faller det forebyggende helsearbeidet likevel langt ned på lista. Kun 2,7 prosent av helsebudsjettene brukes til forebygging. Slik kan det ikke fortsette. Det er på tide å vitalisere den forebyggende innsatsen betraktelig!

For mange er oppfatningen av forebyggende helsearbeid begrenset til vaksinasjonsprogram og helseundersøkelser. Eksempelvis er helsesøstertjenesten fortsatt dimensjonert etter dette «gamle» helsebildet. Vi ser at tjenesten mangler kapasitet til å ivareta nye utfordringer innen blant annet rus, psykiatri og somatisk helse, til tross for at en innsats her vil hindre «produksjon av pasienter» og belastninger både for den enkelte og samfunnet. Det er nok å nevne ungdomshelsestasjonene som et viktig og virkningsfullt tiltak.

I tillegg har forebygging alt for lav prioritet i andre deler av helsetjenesten. Nye beregninger viser at sykehusene trolig feilbehandler for 4 milliarder i året. En stor del av beløpet skyldes sykehusinfeksjoner. Enkelt å forebygge, vanskelig og kostbart å behandle. Samtidig lever flere av oss lenger og forventningene til hva helsetjenesten skal tilby øker stadig. Det vil bli et enormt behov for både penger og høyt kompetent arbeidskraft til å løse helseoppgavene. Kommunene varsler at de vil trenge 50 000 nye årsverk hvert år fremover for å løse de tjenestene innbyggerne etterspør. Allerede nå ser vi eksempler på nybygde sykehjemsavdelinger som ikke kan åpne på grunn av personellmangel.

Med knappe kompetanseressurser i forhold til behovet, blir ikke utfordringen bare hvordan helsetjenestene skal lykkes i å rekruttere, men også hvordan arbeidskraften fordeles, disponeres og styres mot områder som er nødvendig å prioritere. Jeg mener mer vekt på forebyggende og helsefremmende arbeidet er en hovednøkkel for å løse utfordringene helsetjenesten står overfor.

For eksempel har Drammen kommune etablert et forebyggende helseteam som arbeider med helsefremmende og forebyggende tiltak. Alle innbyggere over 75 år, som ikke har hjemmesykepleie eller dagsenterplass, får tilbud om hjemmebesøk. Det er svært høy oppslutning om tiltaket. Hjemmesykepleieren kartlegger den eldres situasjon for å støtte opp under den enkeltes ressurser via veiledning, råd og oppfølging. Oslo kommune har også positive erfaringer med liknende tiltak, og i Danmark har man etablert forebyggende hjemmebesøk med minimum to årlige besøk som obligatorisk oppgave for kommunene. Tiltaket har dokumentert effekt.

For å forebygge må man ha kunnskap. Det er ikke enkelt å forhindre det man ikke vet kan komme til å skje. I en helsetjeneste som gjennomgående har lav grunnbemanning og i tillegg sliter med en for stor andel ansatte uten tilstrekkelig helsefaglig kompetanse, er det verken tid eller kunnskap nok til å fokusere tilstrekkelig på forebygging.

Sykepleiernes kompetanse er en avgjørende ressurs i det forebyggende arbeidet, og en mer målrettet bruk av sykepleierkompetansen vil garantert gi effekt! Den innsatsen vi gjør for å forhindre at sykdom oppstår, begrense forverring av allerede oppstått sykdom og forebygge ny sykdom gir en kostnadseffektiv gevinst for samfunnet og bedre helse og livskvalitet for den enkelte.

FØRE VAR: Forebyggende helsearbeid gir svært god effekt, men blir ofte nedprioritert når budsjettene skal spikres, påpeker Normann. Arkivfoto fra vaksinasjon mot influensa i Sarpsborg: Stig Weston.