sykepleien
JOBB
3. april 2008 • 96. årgang
06

Livet etter Stjernø Side 12
Var 91 timer på vakt Side 24
Krev snillere omstilling Side 30

TEMA

De ustyrlige sykehusene

Er sykehusene ulydige fordi helseministeren er for streng? Les alt om det politiske spillet. Side 36-45

NYHET i behandling av Alzheimer demens

Enkel[1], effektiv behandling[2]

1 trinns økning

EXELON® depotplaster 5 cm²

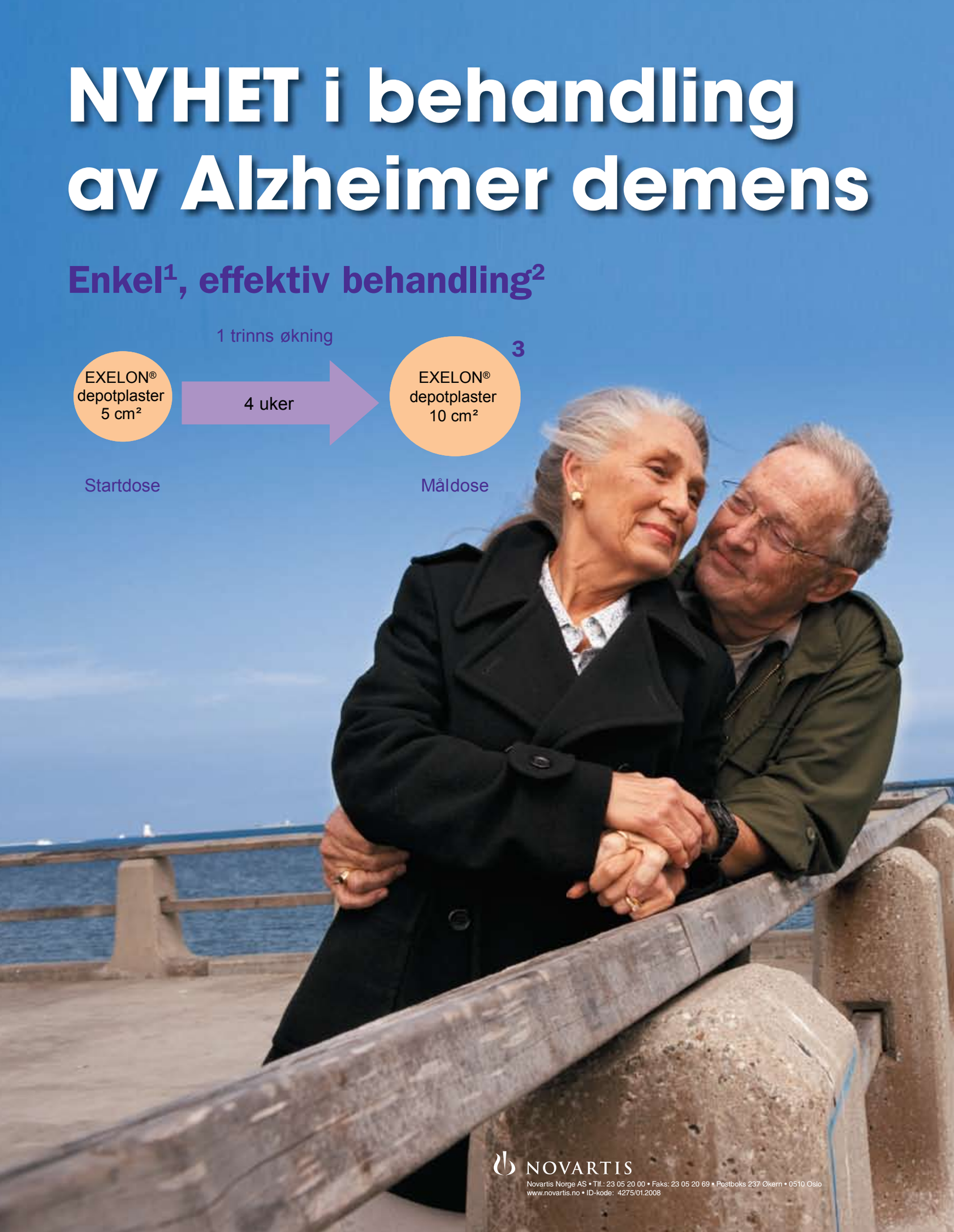
4 uker

EXELON® depotplaster 10 cm²

3

Startdose

Måldose



NOVARTIS

Novartis Norge AS • Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo
www.novartis.no • ID-kode: 4275/01.2008

EXELON® Depotplaster

rivastigmin

EXELON® Depotplaster gir dine demenspasienter samme effekt som høyeste dose Exelon® kapsler (12 mg/dag) og reduserer GI bivirkninger med 2/3 (til placebo nivå)[3]

Exelon «Novartis»

Acetylkolinesterasehemmer. ATC-nr.: N06D A03

KAPSLER, harde *1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg og 6 mg:* *Hver kapsel inneh.:* Rivastigminhydrogentartrat tilsv. rivastigmin 1,5 mg, resp. 3 mg, 4,5 mg og 6 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

MIKSTUR, opplløsning *2 mg/ml:* *1 ml inneh.:* Rivastigminhydrogentartrat tilsv. rivastigmin 2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104). Svak sitronsmak.

DEPOTPLASTER *4,6 mg/24 timer og 9,5 mg/24 timer:* *Hvert depotplaster inneh.:* Rivastigmin 9 mg (5 cm² avgir 4,6 mg/24 timer) og 18 mg (10 cm² avgir 9,5 mg/24 timer), hjelpestoffer.

Indikasjoner: *Kapsler og mikstur:* Symptomatisk behandling av Alzheimers demens av mild til moderat alvorlig grad. Symptomatisk behandling av demens av mild til moderat alvorlig grad hos pasienter med idiopatisk Parkinsons sykdom. ***Depotplastre:*** Symptomatisk behandling av Alzheimers demens av mild til moderat alvorlig grad.

Dosering: Behandlingen bør initieres og overvåkes av lege med erfaring innen diagnostisering og behandling av Alzheimers demens eller demens i tilknytning til Parkinsons sykdom. Diagnosen bør stilles i.h.t. gjeldende retningslinjer. Behandling bør kun igangsettes dersom en omsorgsperson, som kan sørge for legemiddelinntaket hos pasienten, er tilgjengelig. ***Kapsler og mikstur:*** Bør gis 2 ganger daglig sammen med frokost og kveldsmat. ***Kapslene svelges hele med rikelig drikke.*** Den forskrevne dosen av mikstur trekkes opp av flasken med vedlagte doseringssprøyte. Miksturen kan inntas direkte fra sprøyten. Mikstur og kapsler kan benyttes om hverandre i like doser. *Dosetilpasning:* Anbefalt startdose er 1,5 mg 2 ganger daglig. Etter minimum 2 ukers behandling kan dosen, dersom den tolereres godt, økes til 3 mg 2 ganger daglig. Senere økning til 4,5 mg 2 ganger daglig og videre til 6 mg 2 ganger daglig skal også være basert på at den aktuelle dosen tolereres godt, og vurderes etter minimum 2 ukers behandling på det enkelte dosenivå. Dersom bivirkninger (f.eks. kvalme, oppkast, mavesmerter, appetittløshet), vekttap eller forverring av ekstrapyramidale symptomer (f.eks. skjelvinger) hos pasienter med demens i tilknytning til Parkinsons sykdom observeres, kan disse bedres ved at én eller flere doser utelates. Dersom bivirkningene vedvarer, bør daglig dose midlertidig reduseres til tidligere godt tolerert dose, eller behandlingen kan avbrytes. *Vedlikeholdsdose:* Effektiv dose er 3-6 mg 2 ganger daglig. For å oppnå maks. terapeutisk effekt bør den høyeste tolererte dosen benyttes. Anbefalt maks. daglig dose er 6 mg 2 ganger daglig. Vedlikeholdsbehandling kan fortsette så lenge pasienten viser terapeutisk effekt. Den kliniske effekten bør derfor kontrolleres jevnlig, særlig hos pasienter som behandles med doser lavere enn 3 mg 2 ganger daglig. Dersom hastigheten av forverring av demenssymptomer ikke endres i gunstig retning etter 3 måneders vedlikeholdsbehandling, bør behandlingen avbrytes. Seponering bør også vurderes når det ikke lenger er tegn på terapeutisk effekt. Individuell respons på rivastigmin kan ikke forutsies. *Gjenopptak av behandling:* Hvis behandlingen avbrytes lengre enn noen dager, bør behandlingen gjenopptas med 1,5 mg 2 ganger daglig for å redusere muligheten for bivirkninger (f.eks. oppkast). Dosetitrering bør deretter utføres som beskrevet ovenfor. *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Pga. økt biotilgjengelighet ved nedsatt nyrefunksjon og mild til moderat nedsatt leverfunksjon, bør anbefalinger vedrørende titrering i henhold til individuell toleranse følges nøye. ***Depotplastre:*** Påføres 1 gang daglig på ren, tørr, hårløs, intakt og frisk hud øverst eller nederst på ryggen, på overarmen eller brystkassen, på et område hvor stramme klær ikke løsner plasteret. Påføring på låret eller abdomen anbefales ikke pga. redusert biotilgjengelighet. Bør ikke påføres rød, irritert eller skadet hud. For å minimere risiko for potensiell hudirritasjon bør gjentatt påføring på nøyaktig samme hudområde unngås før det har gått 14 dager. Depotplasteret presses hardt ned til kantene er godt festet. Kontakt med øynene skal unngås etter håndtering. Kan brukes ved bading og i varmt vær. Plasteret bør erstattes med et nytt etter 24 timer. Kun 1 depotplaster benyttes om gangen. *Initialdose:* 4,6 mg/24 timer. Dersom dosen tolereres godt ifølge behandlende lege kan den økes til 9,5 mg/24 timer, som er anbefalt effektiv dose, etter minimum 4 ukers behandling. *Vedlikeholdsdose:* 9,5 mg/24 timer. Kan benyttes så lenge pasienten oppnår terapeutisk effekt. Dersom det oppstår gastrointestinale bivirkninger bør behandlingen avbrytes midlertidig til disse bivirkningene forsvinner. Behandlingen kan gjenopptas med samme dose dersom behandlingsavbruddet ikke er lengre enn noen dager. Ellers bør behandlingen gjenopptas med 4,6 mg/24 timer. *Nedsatt nyrefunksjon:* Dosejustering er ikke nødvendig. Økt biotilgjengelighet av rivastigmin er observert ved moderat nedsatt nyrefunksjon. *Nedsatt leverfunksjon:* Pasienter med klinisk signifikant nedsatt leverfunksjon kan få flere bivirkninger. Økt biotilgjengelighet av rivastigmin er observert ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. *Redusert kroppsvekt:* Pasienter med kroppsvekt <50 kg kan få flere bivirkninger. ***Bytte fra kapsler eller mikstur til depotplastre:*** Pasienter som får kapsler eller mikstur kan bytte til depotplastre. Første depotplaster bør påføres dagen etter siste orale dose. En pasient som står på 3 mg/dag oral rivastigmin kan bytte til 4,6 mg/24 timer depotplastre. En pasient som står på 6 mg/dag oral rivastigmin kan bytte til 4,6 mg/24 timer depotplastre. En pasient som står på en stabil og godt tolerert dose på 9 mg/dag oral rivastigmin kan bytte til 9,5 mg/24 timer depotplastre. Dersom den orale dosen på 9 mg/dag ikke har vært stabil og godt tolerert anbefales et bytte til 4,6 mg/24 timer depotplastre. En pasient som står på 12 mg/dag oral rivastigmin kan bytte til 9,5 mg/24 timer depotplastre. For pasienter som bytter til 4,6 mg/24 timer depotplastre, bør dosen økes til 9,5 mg/24 timer forutsatt at 4,6 mg/24 timer tolereres godt etter minimum 4 ukers behandling.

Kontraindikasjoner: *Kapsler og mikstur:* Kjent overfølsomhet for rivastigmin, andre karbamatderivater eller noen av de andre innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, da bruk av rivastigmin ikke er undersøkt. ***Depotplastre:*** Kjent overfølsomhet for rivastigmin, andre karbamatderivater eller noen av de andre innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Forekomsten og alvorlighetsgraden av bivirkninger øker vanligvis med høyere doser, spesielt ved doseendringer. Kvalme og brekninger kan være særlig uttalt ved behandlingsstart og/eller ved doseøkning. Disse bivirkningene er mer vanlige hos kvinner. Pasienter med Alzheimers sykdom kan gå ned i vekt. Kolinesterasehemmere, inkl. rivastigmin, er assosiert med vekttap hos disse pasientene. Pasientenes vekt bør observeres under behandlingen. Ved kraftige brekninger må nødvendig dosejustering foretas. Må brukes med forsiktighet ved «sick sinus»-syndrom eller ved ledningsforstyrrelser (sinoatrialt blokk, atrioventrikulært blokk). Rivastigmin kan forårsake økt sekresjon av mavesyre. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter med aktivt mavesår eller duodenalsår og hos predisponerte pasienter. Kolinesterasehemmere bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt astma eller andre obstruktive lungesykdommer. Kolinergika kan forårsake eller forverre urinveisobstruksjon og krampeanfall, og forsiktighet bør derfor utvises hos pasienter som er predisponerte for slike sykdommer. Rivastigmin kan forverre eller forårsake ekstrapyramidale symptomer. Ved behandling av Parkinsons sykdom: forverring (inkl. bradykinesi, dyskinesi, unormal gange) og en økt forekomst eller intensitet av skjelvingene, er observert hos pasienter med demens i tilknytning til Parkinsons sykdom. Det anbefales klinisk monitorering av disse bivirkningene. Miksturen inneholder natriumbenzoat. Benzosyre er mildt irriterende for hud, øyne og slimhinner. Rivastigmin kan medføre svimmelhet, synkope, delirium og døsighet, særlig ved behandlingsstart eller ved doseøkning. Evnen til å kjøre bil eller betjene maskiner vurderes regelmessig av behandlende lege.

Interaksjoner: Rivastigmin kan forsterke effekten av muskelrelakserende preparater av suksinylkolintype under anestesi. Bør ikke gis samtidig med andre kolinergika. Rivastigmin kan interferere med antikolinerge preparaters aktivitet og kan hemme den butyrylkolinesterasemedierte metabolismen av andre legemidler. Spesifikke interaksjonsstudier med rivastigmin depotplastre har ikke blitt utført.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Det er ikke observert effekt på fertilitet eller fosterutvikling hos rotter og kaniner, unntatt ved maternotoksiske doser. Det er observert forlenget drektighetsperiode i peri- og postnatale studier hos rotter. Skal ikke brukes ved graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. *Overgang i morsmelk:* Utskilles i melk hos dyr. Ukjent om rivastigmin utskilles i melk hos mennesker. Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: *Kapsler og mikstur:* *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Nedsatt appetitt, kvalme, brekninger, mavesmerter, diaré og dyspepsi. Hud: Økt svetting. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, tremor, forverring av Parkinsons sykdom. Psykiske: Agitasjon, forvirring. Øvrige: Tretthet, asteni, søvnighet, utilpasshet og vekttap. *Mindre hyppige:* Neurologiske: Synkope. Psykiske: Søvnløshet, depresjon. Øvrige: Fallulykker. Økte leverenzymer. *Sjeldne (<1/1000):* Gastrointestinale: Mavesår, duodenalsår, gastrointestinale blødninger og pankreatitt. Hud: Utslett. Neurologiske: Krampeanfall, ekstrapyramidale symptomer. Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Angina pectoris, hjertearytmi (f.eks. bradykardi, AV-blokk, atrieflimmer og takykardi), hypertensjon. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Enkelte tilfeller av kraftige brekninger assosiert med øsofagusruptur, spesielt etter doseøkning eller ved høye doser. ***Depotplastre:*** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, abdominalsmerte. Hud: Utslett. Neurologiske: Hodepine, synkope. Psykiske: Angst, depresjon, delirium. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Øvrige: Reaksjoner på administrasjonsstedet (f.eks. erytem, kløe, ødem, dermatitt, irritasjon), asteniske symptomer (f.eks. tretthet, asteni), pyreksi, vektreduksjon, anoreksi. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Mavesår. Sirkulatoriske: Bradykardi. *Sjeldne (<1/1000):* Neurologiske: Ekstrapyramidale symptomer. Ved doser >9,5 mg/24 timer er svimmelhet, søvnløshet, agitasjon, nedsatt appetitt, atrieflimmer og hjertesvikt observert.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Kvalme, brekninger, diaré, hypertensjon eller hallusinasjoner. Bradykardi og/eller synkope kan også inntreffe. Det foreligger ingen informasjon vedrørende overdose med rivastigmin depotplastre. *Behandling:* Depotplastre fjernes umiddelbart. Ved asymptomatisk overdosering bør ingen ny dose gis, eller nytt plaster påføres de nærmeste 24 timer. Antiemetika bør vurderes. Ellers symptomatisk behandling. Ved massiv overdosering anbefales initialdose atropinsulfat 0,03 mg/kg intravenøst. De påfølgende doser bør baseres på klinisk respons.

Egenskaper: *Klassifisering:* Antikolinesteraser. *Virkningsmekanisme:* Acetyl- og butyrylkolinesterasehemmer av karbamattypen. Letter kolinerg nervetransmisjon ved å hemme nedbrytningen av acetylkolin. Bedrer kolinergmedierte kognitive defekter ved demens forbundet med Alzheimers sykdom og Parkinsons sykdom. Rivastigmin danner et kovalent bundet kompleks med acetylkolinesterase og butyrylkolinesterase som midlertidig inaktiveres. Oral rivastigmin 3 mg reduserer acetylkolinesteraseaktiviteten i cerebrospinalvæsken med ca. 40% innen 1½ time. Enzymaktiviteten når utgangsnivået ca. 9 timer etter maks. hemmingseffekt. Acetylkolinesterasehemmingen med oral rivastigmin er doseavhengig opptil 6 mg 2 ganger daglig. *Absorpsjon:* Kapsler og mikstur: Raskt og fullstendig. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 1 time. Absolutt biotilgjengelighet etter en 3 mg dose er ca. 36%. Mat forsinker absorpsjonen (Tmax) med 1½ time for kapsler og 74 minutter for mikstur. Cmax reduseres og AUC øker med ca. 30% for kapsler og ca. 9% for mikstur. Depotplastre: Langsomt. Målbar konsentrasjon etter første dose observeres etter en forsinkelsesperiode på ½-1 time. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 10-16 timer, deretter reduseres plasmakonsentrasjonen langsomt den resterende tiden av de 24 timene plasteret er sitter på. Ved gjentatt dosering reduseres plasmakonsentrasjonen initielt langsomt i en periode på ca. 40 minutter (gjennomsnitt) etter at det første depotplasteret er erstattet av et nytt, til absorbsjonen fra det nylig påførte plasteret blir raskere enn eliminasjonen. Plasmanivået når en ny topp etter ca. 8 timer. Eksponeringen (AUC_τ) for rivastigmin var ca. 20-30% lavere når depotplasteret ble festet på abdomen eller låret i stedet for øverst på ryggen, på brystkassen eller overarmen. *Proteinbinding:* Ca. 40%. *Fordeling:* Passerer lett blod-hjernebarrieren. Tilsynelatende distribusjonsvolum: 1,8-2,7 liter/kg. *Halveringstid:* Mikstur og kapsler: Ca. 1 time. Depotplastre: Ca. 3,4 timer etter at plasteret fjernes. *Metabolisme:* Raskt og i uttalt grad, hovedsakelig via kolinesterasestyrt hydrolyse til den minimalt aktive (<10%) dekarbamylerte metabolitten. De viktigste cytokrom P-450-isoenzymene er minimalt involvert. *Utskillelse:* Hovedsakelig som metabolitter via nyrene. Mindre enn 1% utskilles i fæces.

Pakninger og priser: *Depotplastre: 4,6 mg/24 timer:* 30 stk. 918,20. ***9,5 mg/24 timer:*** 30 stk. 918,20. ***Kapsler: 1,5 mg:*** Datopakn.: 28 stk. 421,80. 56 stk. 801,90. ***3 mg:*** Datopakn.: 28 stk. 469,00. 56 stk. 832,50. ***4,5 mg:*** Datopakn.: 56 stk. 832,50. ***6 mg:*** Datopakn.: 28 stk. 472,50. 56 stk. 839,00. ***Mikstur:*** 120 ml 1230,90.

T: *7i*).

*Refusjon:**7i):*** - Behandling skal bare startes av leger med nødvendig erfaring i diagnostisering og oppfølging av pasienter med Alzheimers demens. - Diagnostiseringen av kognitive og globale funksjoner, samt funksjonsnivå skal gjøres i tråd med allment aksepterte retningslinjer (eksempelvis DSM IV, ICD 10), før start av behandling. Opplysninger fra pasientens hovedomsorgsyter skal innhentes. - Effekten av behandlingen skal kontrolleres og dokumenteres i journal minst hver 6. måned. Sykdomsforløpet skal tilsi at pasienten har nytte av behandlingen, og pasientens tilstand skal være av mild til moderat karakter. Ved mistanke om opphør av effekt skal det gjennomføres prøveseponering.

Sist endret: 14.11.2007 (SPC 17.09.2007)

Referanse:

1. Winblad B et al. A 6-month, double-blind, placebo-controlled study of the first skin patch for Alzheimer disease Neurology. Volume 69, number 4, july 24, 2007. Supplement 1. 14-22.
2. Blesa R et al: Caregiver preference for rivastigmine patches versus capsules for the treatment of Alzheimer Disease: Neurology 2007;69 (Suppl 1): 23 - 28
3. Exelon Depotplaster SPC

Barth Tholens om ferien

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

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

FERIE? At ansatte skal på sommerferie er like overraskende hvert år.

Sommeren kommer!

De fleste av oss vet at det lønner seg å være tidlig ute når vi skal bestille ferieturen. Derfor er det underlig at arbeidsgivere planlegger sommeren ut fra motsatt prinsipp. De satser alt på at «restplasser» i siste liten skal gi en billig drømmeopplevelse.

Norske sykehusdirektører sliter med å skjønne hvordan de skal få avviklet ferien til sine ansatte på lovlig vis. Ferieavviklingen har vært en varslet katastrofe i mange år. Den er like forutsigbar som orkanene i Karibien eller flommen i Bangladesh. Men hvert år hjemsøkes arbeidsgiverne av at de ansatte skal ha sommerferie mens pasientene bare fortsetter å bli syke! Panikkløsningene har vært mange. Men de har ofte én ting til felles: De tar utgangspunkt i at ansatte som skal holde hjulene gående mens andre er på ferie, oppfører seg som duracell-kaniner: Aldri sliten, aldri trett.

I fjor ble det registrert rekordmange lovbrudd som følge av slike sommerlige panikkløsninger. Da vil de gjerne at de gjenværende ansatte skal jobbe på spreng. Det er vill bruk av overtid og dobbeltvakter på posten. Sykehusledere vet at dette går ut over de ansattes behov for hvile, slik det er definert i arbeidsmiljøloven. I neste instans går det også utover pasientene.

Men arbeidsgiverne vet liksom ikke om noen andre måter å få kabalen til å gå opp.

Drømmescenarioet til sykehusdirektørene ser ut til å være at pasientene ikke skal merke noe til lavere bemanning i sommermånedene. De som er på jobb, kjøpes til å jobbe så mye at de som ikke er på jobb kan nyte sola på Tenerife uten at Helsetilsynet griper inn her hjemme. De ansatte skal så glemme fjorårets katastrofe i en fei – og være klar til å brette opp ermene igjen når gradestokken uforvarende bikker over 20 grader.

Men dette kan da ikke være noe man lærer på BI? Med all respekt for direktørenes regneferdigheter må det være lov å påpeke at de her har glemt noe. Noe vesentlig. Norske sykehus har nemlig vært gjennom et ras av omstillinger de siste årene. Hensikten har uten unntak vært å øke effektiviteten til sykehusene til et maksimum. Helseminister Sylvia Brustad vil ikke lengre gi tilgivelse til sykehus som bruker mer penger enn de får fra departementet. Ergo blir de ansattes effektivitet strukket så langt det lar seg gjøre.

Hvis en arbeidsgiver kan ha ment at noen skulle ha hatt tid til overs på jobben, så er den tiden for lengst organisert bort. Det har sykehusets n`te omstilling sørget for. Legene, sykepleierne og hjelpepleierne yter nå så mye som direktørene har bestemt at de skal klare, for å kunne nå sykehusets økonomiske mål og helseministerens krav om behandlingskapasitet.

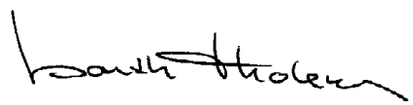
Derfor kan det ikke henge på greip at de samme direktørene, når juni nærmer seg, plutselig mener å vite at de ansatte skal ha en betydelig «restkapasitet» som gjør at de er i stand til å jobbe enda mer, ha flere vakter og trenger mindre hvile. Er det slik at de ansatte plutselig får en masse ekstra krefter og større evne til å pleie pasienter uten tilstrekkelig hvile – når det handler om å få den enda strammere sommerturnusen til å gå opp?

Neppe! Sykehusdirektørenes sommerregnestykke er ikke imponerende. Det vil nok gjerne friste de ansatte til å gi bånn gass for å kutte svingene når det nærmer seg St. Hans. Men å legge opp til en slik personalpolitikk er som å presse maratonløpere til å ta en 400-meters sprint hver femte kilometer. Det er en taktikk som i lengden er nødt til å ende galt. Dyrt blir det også.

Enhver normal bedrift sørger for å holde en balanse mellom produksjonskrav og de ansattes ytelsesevne. I sykehussektoren er denne balansen for lengst i fare. Det viser sykefraværsstatistikken. Enhver normal bedriftsleder vet også at det ville være hasardiøst å basere driften på noe man vet er i grenselandet for hva loven tillater.

Hadde sykehusene vært normale bedrifter, ville de derimot ha planlagt ferieavviklingen i god tid, som del av en normaltilstand. Ikke som en unntakstilstand. Ferie er tross alt del av en helt forutsigbar lønnskostnad når man ansetter nødvendig personale. «Normale» sykehusledere burde derfor ansette tilstrekkelig med sommervikarer og innarbeide rutiner for å holde sykehuset på riktig side av loven.

Det ville dessuten hjulpet om ikke myndighetene selv løpte fra sitt ansvar mellom juni og september. Loven skal i hvert fall ikke ta ferie. Strengere reaksjoner på lovbrudd i denne perioden må til for å forhindre at arbeidsgiverne strekker strikken for langt. Der har myndighetene vært altfor slappe. De håpet kanskje at vi var bortreist?



Innhold: Sykepleien 06/08

18

35

Forsidefoto: Erik M. Sundt og Scanpix

7 – LO lyver på seg medlemmer
9 Vi bare spør Gunnhild Meringdal
10 Særaldersgrenser treffer slitere
11 Sykepleiere lever lengst
11 Afp eller særaldersgrense?
12 Livet etter Stjernø
- Tror ikke på nedleggelse

16 Tariffoppgjøret: Forberedt på krig.
- Tariffoppgjør for «dummies»
- Tror på «sprekkoppgjør»
- – Minst 6 prosent, takk!

20 Ingen erstatning for deltidsansatt sykepleier
22 Sykepleiere i Norden i kamp
24 Sommeravvikling: Var 91 timer på vakt
- Håper på bedring i sommer
- Uenige om hva som er lov

28 Studenter liker omsorgsidealet
30 **Verdt å vite** Krev snillere omstilling!
32 Fikk 2600 kroner mer i måneden
33 **Verdt å vite** Tvang i grenseland
35 Hvorfor Norge?
36 **Tema:** Sykehuskrisen
- Et drama uten helter
- Helsministeren innkalt til høring
- Hovedstadsprosess i 100
- – Kan lykkes hvis de ansatte vil

48 **Terje Carlsen** om intelligens på boks
50 Meninger
54 **Camilla Crone Leinebø** om en hjerneoperasjon
54 Riskhospitalet
55 **Verdt å vite** om juss
56 Folk
57 Før

58 SykepleienJOBB – ledige stillinger
83 Meldinger, skoler og kurs

88 **NSF:** Solide lønnstillegg er ønsket
- Ordførere for økt sykepleierlønn

90 **Lisbeth Normann** om behovet for kunnskap

36

Hør her, statsråd!

Hvordan står det til med et av verdens beste helsevesen? Dårlig, skal vi tro aviser, nettsider, radio og tv. Bra, men ikke feilfritt, skal vi tro helseministeren. Ikke helsvart, men langt fra tilfredsstillende mener opposisjonspolitikerne på Stortinget. De har innkalt helseministeren til høring i Stortingets helse- og sosialkomité denne måneden.
Ikke nok med det. Regjeringspartnerne er ikke enige om hvor vellykket helsereformen har vært. Og på Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge er partifeller av helseministeren misfornøyd med fordelingen av ressursene til helseforetakene. Alle advarer mot svartmaling. Men i sum er det kanskje akkurat det de gjør.
Les mer på sidene 36 – 45.

Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby

22

Fra den finske konflikten sist høst. Arkivfoto: Marja Haapio

Sykepleiere blir tøffere

I Finland truet sykepleierne med oppsigelser og fikk 28 prosent økt lønn over fire år. Islandske sykepleiere krever nå 30 prosent. Og i Danmark har 40 000 fått streikevarsel. I hele Norden er sykepleierne på krigsstien.

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 Ⓕ
Opplagskontrollert

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.

ARBEIDSGIVERE SØKES

65.000 SYKEPLEIERE er disponible for arbeidsgivere som vet å verdsette høy teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og relasjonell kompetanse. Alle har minimum 3 års utdanning på høgskole/universitet, de fleste har mer. Likevel har de i dag en startlønn på ca. 280.000 kroner.

Sykepleierne i kommuner og sykehus aksepterer ikke lenger at deres kompetanse og arbeidsinnsats verdsettes lavere enn sammenlignbare yrkesgrupper i andre sektorer. Derfor er nærmere 12.000 sykepleiere på konkret jobbjakt, og flere enn noen sinne sier deres neste jobb ikke vil bli som sykepleier.

VI KAN TILBY ARBEIDSTAKERE SOM

- har høy helsefaglig kompetanse
- er handlekraftig og kriseberedt
- er vant til å takle høyt arbeidstempo
- kan dokumentere resultater
- er kreative og løsningsorienterte
- fatter beslutninger under stort press
- har omfattende tekniske ferdigheter
- er omstillingsdyktige og fleksible
- er vant til å jobbe selvstendig og i team
- er vant til å ta ledelsesansvar
- profesjonelt håndterer ulike mennesker i alle livssituasjoner

Vårens tariffoppgjør gir arbeidsgiverne i helsetjenesten mulighet til å vise om de vil være med i kampen om arbeidskraften. Fører ikke forhandlingene frem, kan Norsk Sykepleierforbund bli tvunget til å si opp arbeidsforholdet til våre medlemmer i kommuner og sykehus i begynnelsen av mai. Verdsetting i form av et kraftig lønnsløft kan bidra til at de blir der de trengs mest – hos pasienten.

INTERESSERT?

GÅ INN PÅ WWW.SYKEPLEIERFORBUNDET.NO

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

tekst **Kari Anne Dolonen**

– LO lyver på seg medlemmer

LO satser på å verve langtidsutdannede. Det inkluderer sykepleiere. Ifølge LO Aktuelt hadde Fagforbundet et møte på Høgskolen i Oslo og fikk alle sykepleierstudentene med seg.
– Det er ikke sant, sier studentrådgiver i NSF, Morten Kristoffersen.

Samme dag som Fagforbundet var på Høgskolen i Oslo (HiO), gjennomførte NSF sitt tradisjonelle informasjonsmøte for sykepleierstudentene.

– Det LO og Fagforbundet klarte, var å forvirre sykepleierstudentene. Flere kom bort til oss i NSF Student og fortalte at Fagforbundet hadde sagt at det er de som er organisasjonen for sykepleiere. At NSF organiserer 85 000 sykepleiere ble ikke engang nevnt, forteller studentrådgiver i NSF, Morten Kristoffersen.
Mange sa de følte seg lurt av Fagforbundet. Kristoffersen har lite til overs for forbundets fremgangsmåte.

Forvirring

Han mener det eneste Fagforbundet oppnår når det utgir seg for å være sykepleiernes fagorganisasjon, er at mange blir forvirret.

– De blir skeptiske til både det vi i NSF sier og det andre sier. Resultatet er at mange lar være å melde seg inn i en organisasjon. På den måten svekkes fagbevegelsen, sier Kristoffersen.
Kristoffersen opplevde at de av sykepleierstudentene som hadde meldt seg inn i Fagforbundet tidligere på dagen, truet med å melde seg ut fordi de følte seg feilinformert.

Nedgang

Selv om mange av studentene meldte seg inn i NSF den aktuelle dagen på HiO, merket NSF en nedgang fra tidligere år. Kristoffersen mener det er en direkte konsekvens av måten Fagforbundet opererte på.
– Etter hvert vil studentene oppdage at det er Sykepleierforbundet som er den største organisasjonen for sykepleiere, men det er vanskelig å vite når du er ny, sier han.

– Det kunne vært interessant å finne ut hvor mange studenter som faktisk er medlem i Fagforbundet. Uansett er det tydelig at Geir Mostli i LO ikke snakker sant når han sier at «alle meldte seg inn». Ifølge NSFs medlemsregister er to tredeler av kullet på 460 studenter i dag medlem i NSF, sier han.
Sykepleien har forsøkt å få tall fra Fagforbundet på hvor mange sykepleierstudenter de har som medlemmer, uten hell.
– Vi har totalt 3 100 studentmedlemmer. Vi kan imidlertid ikke si hvor mange av dem som er sykepleiere. Vi har ikke registrert studentmedlemskapet på utdanning, sier John Egeli i Fagforbundet.

Uskreven regel

NSFs forbundsleder Lisbeth Normann er heller ikke begeistret for Fagforbundets interesse for sykepleiere.

– Vi har sagt det før og sier det gjerne igjen: NSF er det forbundet som er best for sykepleiere. Det gjelder både faglige spørsmål, lønn og medlemsfordeler, sier hun.
Normann trekker også frem den uskrevne regelen om at fagforeninger ikke «stjeler» medlemmer fra hverandre.

Skrev et brev

Unioleder Anders Folkestad har skrevet et brev til LO med spørsmål om hva organisasjonen mener med å «trø i bedene» til organisasjoner som allerede ivaretar lærere og sykepleiere i dag.

– Svaret var litt «God-dag-mann-økseskaft». De ønsker å ha et godt samarbeid med oss, men mener det er legitimt å organisere folk som ennå ikke er tilknyttet en organisasjon. I svarbrevet til oss var den offensive tonen som ble gjengitt i LO-Aktuelt dempet. Men uten å beklage, eller trekke utspillet tilbake, forteller Folkestad.
Han sier imidlertid at det selvfølgelig er lov til å konkurrere, men innen for rammen av såkalt «fair play».

Faksimile fra LO Aktuelt sin nettutgave.

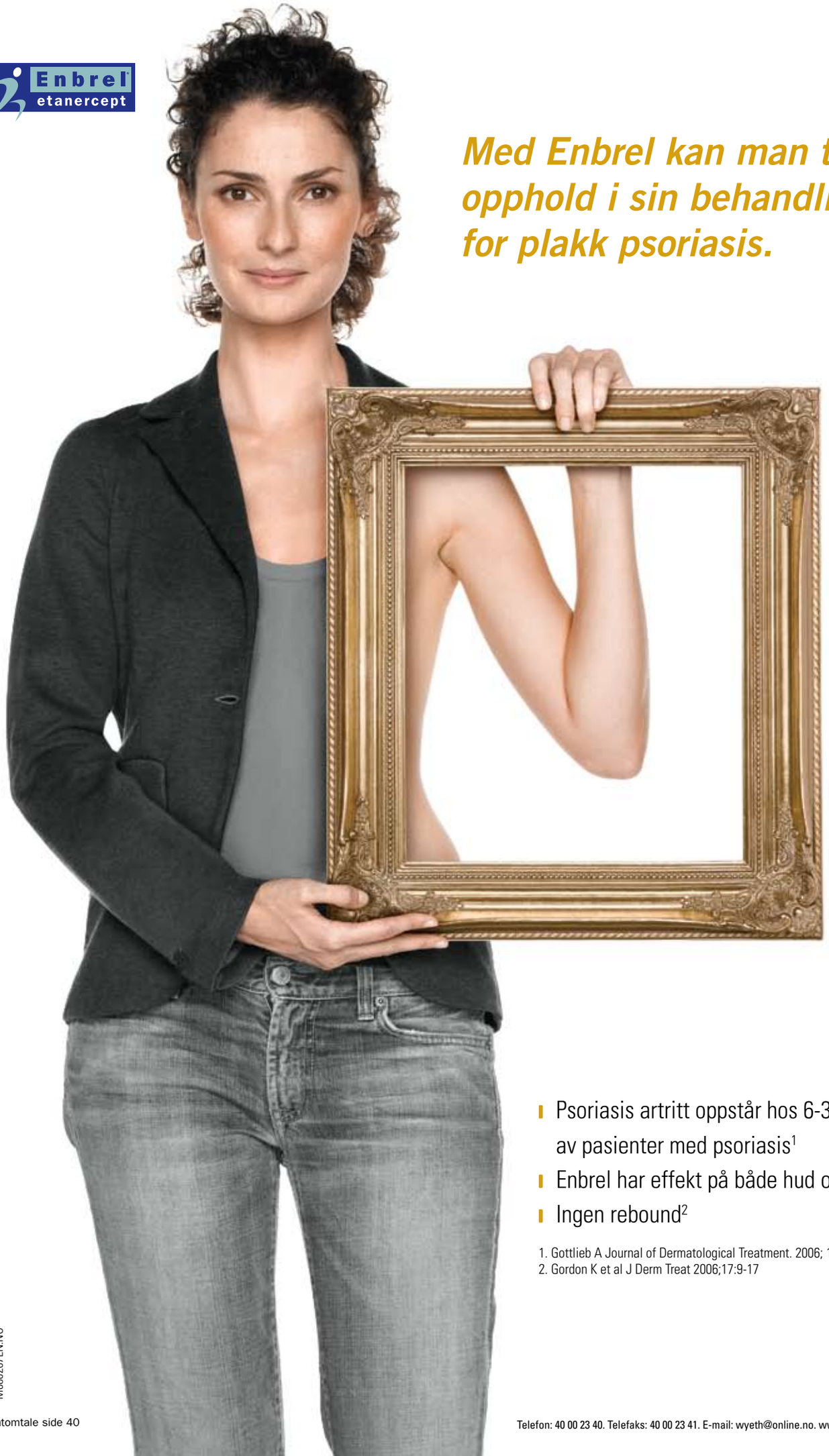
Fakta

Høgskolen i Oslo tok inn 460 studenter til bachelor i 2007
To tredeler av disse er medlemmer i Norsk Sykepleierforbund (NSF).
Ifølge LOs egne brosjyrer, er 1 111 sykepleiere organisert i Fagforbundet.
Sykepleierforbundet har over 85 000 medlemmer.

Ikke bland doktor'n borti helsa di

Boken utfordrer en del sannheter som er nedfelt i folkesjelen, men som kanskje ikke er så sanne likevel?

Bestill og les mer om boken på www.vivilja.no
Pris 220,-



Enbrel® etanercept

Med Enbrel kan man ta opphold i sin behandling for plakk psoriasis.

- Psoriasis artritt oppstår hos 6-39% av pasienter med psoriasis[1]
- Enbrel har effekt på både hud og ledd[1]
- Ingen rebound[2]

1. Gottlieb A Journal of Dermatological Treatment. 2006; 17: 343–352
2. Gordon K et al J Derm Treat 2006;17:9-17

M080207EN.NO

Se preparatomtale side 40

Wyeth

Telefon: 40 00 23 40. Telefaks: 40 00 23 41. E-mail: wyeth@online.no. www. psoriasisguiden.no

Gunnhild Meringdal

Alder: 43 år
Aktuell som: Psykiatrisk sykepleier og forfatter av boken «Min kropp mitt fengsel».

BAKGRUNN:

Meringdal var svært overvektig, men er blitt slank – uten operasjon. Boken handler om endringen. Nå er hun fysisk aktiv og har eksamen i treningslære. Hun jobber 75 prosent og er vararepresentant for Fremskrittspartiet i kommunestyret i Molde.

Hvor mye tyngre var du for fire år siden?
– Omtrent 70 kilo.

Hvorfor en personlig bok, og ikke en fagbok?
– Den er litt begge deler. Hvis den ikke var personlig, ville den ikke vært troverdig. Ikke mange overvektige orker å lese en fagbok. Min ekstreme forvandling viser at endring er mulig.

En brutalt ærlig lege reddet livet ditt, sier du i boken. Hvordan?
– Han sa veldig direkte hva som ville bli konsekvensene av min livsstil. Det var som å våkne opp av en dvale, en rar opplevelse. Tenk at jeg, som også er fagperson, levde så farlig. Jeg klarer ikke å forklare hvorfor det ble sånn.

Hvor lenge var du overvektig?
– I mange år. Det ble en ond sirkel: Jeg ble tyngre, mer immobil, spiste mer, satt mer foran tv-en. All energi ble brukt opp hjemme og på jobb.

Hvordan kvittet du deg med alle kiloene?
– Jeg begynte å bevege meg. Og gradvis la jeg om kostholdet, for eksempel ved å kutte ut majones og smør. Enkle tiltak.
Det var ingen hurtigkur, det tok to år.

Kan helsepersonell nok om overvekt?
– Nei! Helt klart ikke.

Ullevål sykehus har kjøpt større senger fordi pasientene er blitt tyngre. Hva tenker du?
– Trist. Det er å møte problemet på feil måte. Å bekjempe overvekt krever helhetstenkning og forebygging på alle plan.

Er fedme et problem i psykiatrien?
– Jeg vil ikke begrense det til enkelte grupper. Det er mange ulykkelige mennesker som sliter med fedme, også barn. Helsepersonell må se helheten og også vite at medikamenter kan føre til vektøkning.

Du vil alltid være overvektig, sier du. Men du er jo slank nå?
– Det er som rusmisbruk. Hvis jeg tenker at jeg er ferdig med å slanke meg, er det lett å falle tilbake til gamle synder. Diagnosen fedme har jeg satt sjøl. Jeg tar ansvar for egen helse og beveger meg hver dag.

Du har fire barn. Hvordan mat-oppdrar du dem?
– Litt forskjellig, for noen er tynne, noen har tendenser som meg. Vi har sunn mat og lite godteri, og jeg informerer om hva kroppen trenger. Jeg er ikke fanatisk, men Nugatti er fjernet fra huset.

Hva sier barna om din forandring?
– «Mamma, du må aldri bli tjukk igjen», sa min yngste sønn, som nå er åtte. Jeg deltok lite i 18-åringens oppvekst. Det er sårt å tenke på.

Den viktigste forskjellen før og nå?
– Livskvalitet. Med store bokstaver. Jeg kan gå til en fjelltopp. Delta i barnas aktiviteter. Kjøpe klær uten at noen stirrer.

Ditt råd til sykepleiere?
– Spre faglig informasjon. Snakk om livsstilsendring i stedet for slanking. Se helheten. Hvordan er kosten på avdelingen? Er det for mye kaker? For lite frukt og grovt brød? Dette gjelder både somatikk og psykiatri.

tekst **Marit Fonn** foto **Spor forlag**

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Særaldersgrenser treffer sliterne

En Fafo-rapport konkluderer med at særaldersgrenser for å gå av med pensjon treffer sliterne. Men sykepleiernes rett til å nyte pensjonstilværelsen som 62-åringer er likevel langt fra sikret.

Ordningen med særaldersgrenser er nå under sterkt press i forbindelse med arbeidet med ny pensjonsreform.

Tre uavhengige rapporter som offentliggjøres 1. juli, men som Sykepleien har fått tilgang til, slår imidlertid fast at arbeidstakere som i kraft av sitt yrke tilbys særaldersgrenser for pensjon *har* uvanlige fysiske og psykiske belastninger gjennom jobben. Sykepleiere er blant yrkesgruppene som kan gå av tidligere med denne begrunnelsen.

Utmattet

Ifølge Fafo-rapporten «Slitne kvinner og farlige menn» ser en sykepleieres arbeidshverdag slik ut:

- 78 prosent av sykepleierne står over halvparten av arbeidsdagen.
- 49 prosent arbeider mens de står fremover, og 27 prosent arbeider med ryggen i vridde stillinger mesteparten av dagen.
- En av fire sykepleiere rapporterer at de er fysisk utmattet etter jobb flere ganger i uken eller daglig. I tillegg sliter 38 prosent med søvnproblemer, og 21 prosent sier at de aldri eller sjelden får nok hvile.

Ut på høring

Fafo, Arbeidsforskningsinstituttet og Statistisk sentralbyrå har på oppdrag fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet sett på grunnlaget for særaldersgrensene. Bakgrunnen er signaler om at alle særaldersgrensene skal revurderes i forbindelse med et nytt pensjonssystem.

Unio har på forhånd slått fast at den ikke godtar noen tukling med særaldersgrensene – kravet er at ordningen videreføres som den er i dag. Arbeidstakerorganisasjonene, blant andre Norsk Sykepleierforbund, har frist til 7. mai med å komme med innspill til rapportene. 29. mai skal partene møtes til en høringskonferanse om særavtalenes fremtid.

Fafo-rapporten fastslår at ordningen med særaldersgrenser for utsatte yrkesgrupper har en positiv effekt. Likevel konkluderer ikke forskerne at den bør fredes. I rapporten åpnes det derimot opp for at særaldersgrensene bør tilpasses fremtidens pensjonssystem. Arbeidslivsforskerne Jon M. Hippe og Geir Veland påpeker at det vil være riktig å diskutere om det kan være grunnlag for å gjøre noe med særaldersgrensene, ved for eksempel å heve grensene i tråd med levealderen. 85-årsregelen står også utrygt: Rapporten peker på at den ikke har noe å gjøre med yrkenes egenskaper, men fremstår som en slags belønning for «lang og tro tjeneste».

Endrede forutsetninger

– Særaldersgrensene påvirkes ikke bare av en ny folketrygd, men også av hva som skjer med afp-ordningen og med de offentlige tjenestepensjonene, skriver Hippe og Veland i Fafo-rapporten. De hevder det er grunn til å tro at det i tillegg til dagens afp-ordning blir innført en ny, generell afp med mulighet til å gå av som 62-åring, og at denne også vil gjelde i de reformerte tjenestepensjonsordningene.

– En slik mulighet til valgfrihet og mulighet til å kombinere tre ulike generelle pensjonsordninger endrer forutsetningene for særaldersgrensene, hevder de.

Slitere

Fafo-rapporten slår fast at ansatte i helse-, sosial- og renholdsfeltet er mer slitne enn andre i det norske arbeidsmarkedet. I denne gruppen er det flere og tyngre arbeidsbelastninger, mer sykdom, flere uførepensjonister og flere som pensjonerer seg tidligere enn resten av arbeidsstyrken.

Vold og trusler

Rapporten peker også på at så mange som 20 prosent av sykepleierne utsettes for vold eller trusler om vold månedlig eller oftere. Av ansatte uten særaldersgrenser, er det bare 4 prosent som opplever dette.

Afp eller særaldersgrense?

- Sykepleiere som har regelmessig fysisk kontakt med pasienter i mer enn 50 prosent av stillingen, kan etter dagens regler gå av med pensjon etter fylte 65 år. Dette er særaldersgrensen.
- Hvis summen av tjenestetid og alder er minst 85 år, kan en sykepleier gå av med pensjon ytterligere 3 år tidligere, det vil si ved 62 år. Dette kalles 85-årsregelen.
- Fordelen med å gå av som 62-åring med særaldersgrense-reglene pluss 85-årsregelen, er at du kan jobbe 167 timer i kvartalet, uten at det blir trekk i pensjonen. Dersom du som 62-åring går av med dagens afp-ordning, kan du maks tjene 15 000 kr i året før

Sysselsatte sykepleiere i helse- og sosialnæringen 50 år og eldre i 2001
Fordeling etter alder og status i 2006

	I alt	55-56	57-59	60-64	65-74
I ALT	**14 016**	2 787	3 580	4 581	3 068
	100	100	100	100	100
STATUS I 2006					
Sysselsatt i helse/sosial	**73**	91	90	76	32
Sysselsatt ellers	**3**	4	3	3	2
Uførepensjon	**7**	2	4	10	10
AFP	**5**	0	0	7	11
Alderspensjon	**9**	0	0	0	40
Andre ytelser/tiltak	**2**	2	2	2	1
Ukjent status	**2**	1	1	3	3

Kilde: FAFO

Sykepleiere lever lengst

Av alle yrkesgrupper som har særaldersgrenser, er det sykepleiere som lever lengst. Mens en mannlig matros har en gjennomsnittelig levealder på 69,8 år, blir sykepleiere i snitt 83,2 år.

Av sine medkolleger med særaldersgrenser, kan kvinnelig hjelpepersonell i sykepleien forvente å bli 82 år, mens en kvinnelig renholder har en forventet levetid på 80 år.

Forventet levealder for de i ulike grupper med særaldersgrenser basert på dødsfall i perioden 1996-2000 og yrkesstatus i 1980.

Kvinner med særaldersgrense	Forventet levealder
Sykepleiere	83,2
Hjelpepersonale i sykepleien	82
Renholdere	80,5
Menn med særaldersgrense	
Politi	78,5
Bussjåfører	75,6
Matroser	69,8

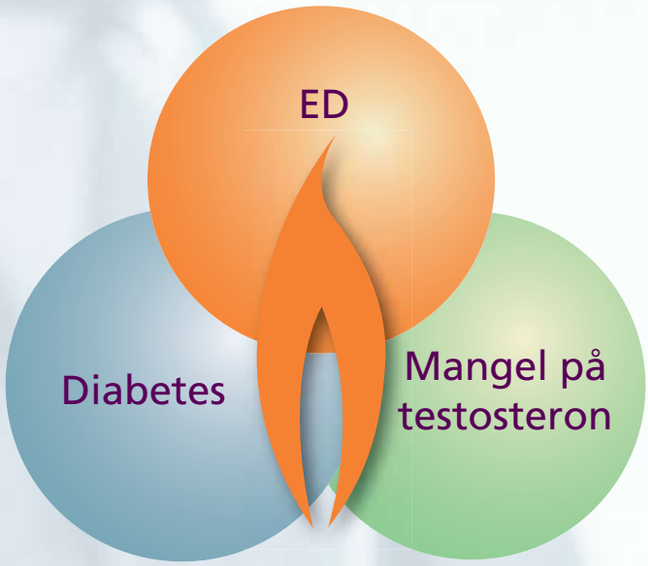
Kilde: FAFO

det blir trekk i pensjon.

- En sykepleier med ca. 350 000 kroner i årslønn, vil etter full opptjeningstid tape om lag 25 000 kroner i året fra 62 til 65 år dersom særaldersgrensen og 85-årsregelen faller bort, og blir erstattet med det foreslåtte nye folketrygdsystemet, ifølge Fafo.

LEVITRA®
(VARDENAFIL HCI)

For mannens helse



- Erektil dysfunksjon (ED) er ofte markør for annen sykdom[1]
- LEVITRA - dokumentert effekt hos menn med diabetes[2]
- LEVITRA virker på 10 minutter for noen menn og innen 25 minutter for de fleste[3]

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Se preparatomtale side 52

[1] Vinik et al, Diabetes reviews, Vol.6, Number 1,1998
[2] Goldstein i et al., Diabetes Care 2003;26:777-783
[3] Montorsi F et al. J.Sex Med 2004;1:168-178

03-08-0281NO

tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Livet etter Stjernø

FØRDE: Ved sykepleierutdanningen i Førde er man enige om at smått er godt. Selv om Steinar Stjernø satte en støkk i vestlendingene, frykter de ikke nedleggelse.

Studiested Førde, 21. januar 2008. Klokken har akkurat passert 15.00, da det banker på kontordøra til dekan ved sykepleierutdanningen i Førde, Eva Marie Halvorsen. Hun aner på dette tidspunktet ingen ting om hva hun skal komme til å kjempe imot de neste ukene, månedene.

Overrasket

Det er NRK som banker på. Journalisten har med seg et ark, og en mikrofon.

– Jeg fikk arket stukket opp under nesen. Jeg leste, og der sto det at Stjernø-utvalget hadde foreslått å legge ned utdanningen vår. Herregud, sa jeg.

Forsvarstale

Og slik ble «Herregud» dekanens første offisielle kommentar til Stjernø-utvalgets innstilling.

– Jeg ble lamslått. Så fikk jeg en trang til å gråte, jeg ble rett og slett fortvilet, forteller Eva Marie Halvorsen.

– Forslaget slo ned som en bombe. Jeg var helt uforberedt før NRK troppet opp her og visste mer enn meg.

Dekanens spontane reaksjon gikk landet rundt i alle kanaler.
Nå, vel to måneder senere har både hun og resten av Førde fått tid til å summe seg. Det første ledelsen gjorde, var å legge en slagplan for å avkrefte at skolen var nedleggelsestruet. Førde er tross alt bare nevnt som et eksempel, inntil videre.

– Vi kunne ikke tie i hjel utvalgets innstilling, vi måtte brette opp ermene, sier Halvorsen.

Vi står for rundt 90 prosent av rekrutteringen til sykehuset. Hvor skulle de fått sykepleiere fra uten oss?

Dekan Eva Marie Halvorsen

Nå er de armert til tennene med motargumenter. 1. mai går høringsfristen ut – og da får departementet svar på tiltale. Hvor lang prosessen blir etterpå, vet ingen. Det kan gå år før sykepleierutdanningen i Førde kan falle helt til ro igjen.

To til

I tillegg til Førde ble også ett av de to studiestedene som tilbyr sykepleierutdanning ved Høgskolen i Nord-Trøndelag foreslått nedlagt, samt deltidsutdanningen for sykepleiere i Nesna.

Alle de tre utdanningene ser det som helt urealistisk å avvikle studietilbudet for sykepleiere og har opplevd massiv støtte i sine nærområder.

– Uavhengig av hvilke løsninger vi velger til slutt er det tre ting vi skal oppnå: En mangfoldig sektor med plass til både forskning og profesjonsutdanning, å styrke den norske forskningsevnen og sørge for at prinsippet om lik rett til høyere utdanning fremdeles er forankret i det norske samfunnet, sa forskningsminister Tora Aasland i forbindelse med ferdigstillelsen av Stjernø-innstillingen. Kunnskapsdepartementet har siden holdt sitt syn på innstillingen for seg selv, for å avvente høringssvarene.

Masseproduserer sykepleiere

Stjernø-utvalget legger ikke mye imellom når det gjelder skoler som sliter med rekrutteringen i grisgrendte strøk: «Det bør bli færre av de minste studiestedene der produksjonen er lav, der det er sviktende søkning over tid og der institusjonen og studiestedet ikke bidrar på en avgjørende måte til utvikling av arbeids- og næringslivet i regionen.»

«HERREGUD»: – Det er ikke ofte en bergenser mister munn og mæle, men da jeg fikk høre at Stjernø-utvalget foreslo å legge oss ned, skjedde det. «Herregud», var omtrent det eneste Eva Marie Halvorsen klarte å si i sitt første intervju.

Dekan Halvorsen i Førde kan ikke helt fatte at utvalget har kommet til at hennes utdanning blir nevnt i samme åndedrag som overforstående resonnement. Ja visst er de små, og ja visst kunne de blitt

Høyest sykefravær i landet

Helsearbeiderne i Nord-Norge har det høyeste sykefraværet i landet med 9 prosent, mens de øvrige helseregionene holder sykefraværet nær eller godt under åtte prosent. – Deprimerende tall, sier styreleder Bjørn Kaldhol i Helse Nord til Avisa Nordland.

Lønn viktigere enn afp

En meningsmåling Opinion har utført for Avisenes Nyhetsbyrå (ANB) viser at høyere lønn er viktigst for folk ved vårens lønnsoppgjør. Over 40 prosent av de spurte sier lønn er viktigere enn afp mens bare 35 prosent mener AFP er viktigst.

Dette er saken:

- ✓ Et regjeringsoppnevnt utvalg – ledet av Steinar Stjernø – konkluderer med at det i fremtiden vil være mer hensiktsmessig med færre og større studieenheter i Norge.
- ✓ Forslaget ble lagt frem 22. januar. Høringsfristen er 1. mai.
- ✓ Sykepleierutdanningene i Førde, Nord-Trøndelag og i Nesna ble spesielt utpekt som nedleggingsverdige.
- ✓ Stjernø-utvalgets mandat var å vurdere den videre utviklingen av norsk høyere utdanning i lys av samfunnets behov. Utvalgets tidsperspektiv er på 10 til 20 år.

flere, men det er også et faktum at skolen produserer sykepleiere til sykehuset i Førde an mass.

– Elitistisk

– Vi står for rundt 90 prosent av rekrutteringen til sykehuset. I kommunene i fylket er tallet høyere. Hvor skulle de fått sykepleiere fra uten oss? Vi er den eneste sykepleierutdanningen i Sogn og Fjordane, og om vi skulle bli borte, hadde vi vært det eneste fylket i landet uten sykepleierutdanning, sier hun.
For de ansatte har det vært tøffe måneder, men Halvorsen får støtte:

– Jeg mener forslaget er elitistisk. Utvalget har en haltende argumentasjonsrekke, for det er ikke slik at kvantitet er ensbetydende med kvalitet. Det foregår mye god forskning nord for Sinsen-krysset, sier Marit Solheim, studieleder og ansvarlig for videreutdanningene. Skolen tilbyr 14 videreutdanninger.

– Med i dragsuget

Hvordan har det seg så at Stjernø-utvalget likevel formulerer seg så utvetydig om Førde: «Studiestedet har svak søkning. Ingeniørutdanningen har flere ganger vært vurdert lagt ned, og selv om sykepleierutdanningen er størst, bør framtiden som studiested vurderes nøye.»

– Vi ble nok med i dragsuget. I 2007 var det 138 uteksaminerte ved sykepleierutdanningen. Ingeniørutdanningen uteksaminerte 5, sier hun. I 2005, året utvalget legger til grunn for sine vurderinger, var det ikke tilbud om deltidsutdanning på sykepleierutdanningen. Dette, i tillegg til det Halvorsen kaller «naturlige variasjoner», førte til at det bare var 70 uteksaminerte sykepleiere dette skjebnesvangre året.

Førde+Bergen=Sant?

Selv om nedleggelsesforslagene har fått mye oppmerksomhet, foregår også debatten om fremtidens struktur på høyere utdanning på et mer prinsipielt plan. Utvalgets hovedidé er at utdanningene må opparbeide seg mer slagkraftige studie- og forskningsmiljøer for å kunne holde tritt med nivået internasjonalt. For å klare det, må de tenke samarbeid, sammenslåing og stordriftsfordeler. Det er å gå for langt å si at Førde har gjort sine hoser grønne hos andre enn Høgskolen i Sogn og Fjordane, som de ligger under nå. Men Eva Marie Halvorsen kan i alle fall tenke høyt om hvordan skolen muligens kan organiseres om noe må forandres.

– Vi kan eventuelt bli lagt under Bergen. Det trenger ikke bety så mye for oss. Rent faglig kan det være positivt å komme inn i et større fagmiljø, sier hun.

Klump i magen

Både ansatte og studenter har nå brettet opp ermene og kan lett avfeie Stjernøs nedleggelsesargumentasjon – de har ingen problemer med å fortelle omverdenen om hvorfor forslaget aldri må bli realisert.
Men dekanen har likevel en klump i magen. For det er noe verken informasjonsstrategier eller opplysningsmøter helt kan råde over, nemlig skolens rykte. Hvor mye skade som er skjedd vil vise seg 15. april. Da avgir landets kommende studenter sin stemme, i form av valg av studiested.

Selvoppfyllende

– Jeg er redd for at dette kan vise seg å bli en selvoppfyllende profeti. Selv om vi vet at sykepleierutdanningen vil bestå, vet vi ikke hvilket inntrykk som har festet seg. Jeg er forferdelig spent på å se søkertallene.

– *Når får du tallene?*

– Ganske umiddelbart etter 15. april. Det blir et sannhetens

▶▶

Nyfødte får tyverialarm

Nyfødte på Akershus universitetssykehus skal få babyalarm for å unngå kidnapping, forveksling eller tyveri. Barnet får en liten identitetsbrikke festet til ankelen. Barnets mor blir også utstyrt med en personlig brikke. Dermed kan mor og helsepersonell ferdes fritt rundt på sykehuset sammen med babyen. Men hvis fremmede flytter barnet ut av definerte områder, går alarmen. Da vil dørene låses. Det samme skjer hvis noen forsøker å fjerne brikken fra ankelen til barnet, ifølge Ahus' eget bilag til Aftenposten.

TRIVES GODT:– Dette er jo en ny skole, jeg kan ikke skjønne at nedleggelse skal være et tema engang, sier andreårsstudent Kathrine Steindal (t.v.). Hun og medstudentene Christine af Geijerstam (i midten) og Linda L. Skålsvik tar nedleggingsforslaget med knusende ro.

Tror ikke på nedleggelse

Andreårsstudentene ved sykepleierutdanningen i Førde var ute i praksis da nedleggingsforslaget ble presentert.

– Skolen kommer til å bestå, det er ikke noe å lure på, sier samstemte studenter ved sykepleierutdanningen.

– Dette er en bra, og dessuten ny, skole. Det sier andreårsstudent Kathrine Steindal.

Både ingeniør- og sykepleierutdanningen fikk nye lokaler i 2005. Sykepleierstudentene kan nå boltre seg på topp moderne øvingsrom og tre øvingsdukker. Om de vil ha litt nærkontakt med den virkelige verden, trenger de ikke engang ta på seg jakka for å gå over til sykehuset. Sykehuset og skolen er to hus tett i tett, og både lærere, studenter og ansatte løper mellom byggene.

– Vi er avhengig av sykehuset, og sykehuset er avhengig av oss, sier Steindal.

I sommer har de fleste studentene fått sommerjobb, enten på sykehuset eller i kommunen.

– Det er rift om studentene mellom avdelingene på sykehuset, det er ikke noe problem å få nok praksis, sier Anja Hummelsund, også hun andreårsstudent. Hun er opprinnelig fra Bergen, men angrer ikke på at hun valgte Førde foran en større skole.

– Jeg er glad jeg endte her, jeg tror det er bedre oppfølging av studentene på et mindre sted, sier hun.

– Vi anbefaler skolen til andre, og jeg er ikke i tvil om at skolen kommer til å bestå, forslaget om å legge oss ned kommer det aldri til å bli noe av, mener Linda L. Skålsvik som også går andreåret på utdanningen.

Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk

Frykter smitte i Danmark

I Danmark er man bekymret over manglende rekruttering av hygienesykepleiere. Ifølge det danske fagbladet Sygeplejersken er det ikke utdannet noen nye hygienesykepleiere siden 2005. En tredel av sykepleierne i denne yrkesgruppen er 55 år eller mer. Det er opprettet en fellesnordisk og tverrfaglig hygieneutdanning i Gøteborg, og danskene vurderer nå muligheten for å sende flere sykepleiere dit.

Tips til deg som er gravid, ammer eller har små barn.

Les mer på gravidhelse.no eller spør på apoteket!

Hemoroider, illeluktende utflod eller strekkmerker? Du er ikke alene. Dette er vanlige problemer både under og etter graviditeten.

Endetarmsplager?

Ac3 Comfort er en gel som forebygger og behandler endetarmsplager, f.eks. i forbindelse med hemoroider og analsprekker. Ac3 Comfort er svært enkel og hygienisk å bruke takket være den unike applikatoren, som gir riktig mengde på riktig sted uten at du trenger å bruke fingrene.

Illeluktende utflod?

Lactal motvirker den bakterielle ubalansen i underlivet som gir opphav til illeluktende og irriterende utflod. Problemene er vanlige og merkes ofte spesielt mye under graviditeten da mengden utflod øker. Bruk Lactal for å gjenopprette og forebygge den naturlige balansen i underlivet. Lactal test er en enkel selvtest av bakteriell ubalanse.

Hudproblemer?

Becur Repair er et hudpleiende middel i form av et skum som varer lenge. Skummet trekker raskt og dypt inn i huden og hjelper med å gjenopprette og styrke huden. Becur Repair er utviklet for følsom barnehud og er derfor sikker og effektiv også ved strekkmerker, ømme bryst-vorter og annen problemhud før og etter graviditeten.

Antula A
Tlf. 22 66 01 23

tekst **Kari Anne Dolonen**

Forberedt på krig

Unios leder Anders Folkestad (bildet) holder kortene tett til brystet en stund til. Men han legger ikke skjul på at aggresjonsnivået mot arbeidsgiverne allerede er høyt.

Følg lønns-oppgjøret på sykepleien.no!

Artikler om årets lønns-oppgjør vil løpende bli oppdatert på www.sykepleien.no og www.sykepleierforbundet.no

Folkestad ber sykepleierne holde marsjstøvler og trommer klare til i slutten av mai. Han er ikke redd for å gå inn i en konflikt dersom arbeidsgiverne ikke innfrir lønnsforventningene.

– Likelønnskommisjonens rapport sammen med regjeringens fagre løfter i Soria Moria-erklæringen, gjør at vi forventer et skikkelig oppgjør. Vi har gode og gjennomarbeidede argumenter. Jeg våger å være en smule optimistisk når jeg tenker at det er vi som skal bli lønnsvinnerne i år, sier Folkestad.

Het potet

Han mener det er politisk vanskelig for regjeringsapparatet dersom Unio går til streik.

– Våre medlemmer representerer de gruppene som regjeringen har sagt at de vil satse på. De vil ha verdens beste helsevesen og verdens beste skoler. Det er våre medlemmer som jobber der. De har høy utdanning, men lav lønn. I tillegg tjener de dokumentert 15 prosent mindre enn de som jobber i mannsdominerte yrker med lik lengde på utdanning, sier han.

Folkestad mener at dersom regjeringens løfter skal innfris, må de som jobber i sektorene føle seg verdsatt.

Provoserer

Selv om Unio har forhandlingskofferten full av gode argumenter og rapporter, ser han at det allerede har dukket opp noen tordenskyer på den blå himmelen.

– Spekter har allerede gått ut og sagt at de foreslåtte tiltakene i likelønnskommisjonen er «umulig» å gjennomføre. Det provoserer. I tillegg går de ut og sier at «lønnsfesten er over». Vi i offentlig sektor lurer da: Hvilken lønnsfest? Jeg kjenner at aggresjonsnivået mot Spekter allerede er høyt. De viser en holdning som gjør at Unio ikke tar lett på forberedelsene til en konflikt, sier han.

Hvem i streik?

I disse dager sitter konfliktutvalg og gjør streikeuttak. Hvilken strategi Unio og medlemsorganisasjonene legger opp til, vil de ikke avsløre.

– Vi har flere strategier og er godt forberedt, mer vil jeg ikke si. Vi har ikke tenkt å gi arbeidsgiversiden innblikk i hva de kan vente seg dersom vi ikke blir enige, sier Unioleder Anders Folkestad.

Det kan bli streik i alle tariffområdene, eller i enkeltområder som for eksempel bare i KS, bare i staten eller bare i Spekter.

Tvungen lønnsnemnd

– Er du redd for tvungen lønnsnemnd ved en eventuell konflikt?

– Norge har fått påpekt fra internasjonalt hold, deriblant fra ILO, at regjeringen er for rask med tvungen lønnsnemnd. Streik skal være streik, sier han.

Lønnsoppgjøret i april

4. Unio overleverer kravene til staten

7. Krav overleveres KS
Krav overleveres Spekter

9. Kravene overleveres til Oslo kommune. Forhandlingene er i gang.

Enighet eller streik: Unio

1. mai er deadline i forhandlingene mellom Unio og motparten i KS og i staten. Fristen for forhandlingene med Spekter er som regel en ukes tid senere.

Blir partene enige, sendes forslaget til uravstemning i de forskjellige fagforbundene. I NSF er det forbundsstyret som vedtar eller forkaster forslaget. Blir man ikke enige, går oppgjøret til mekling. Meklingsresultatet kan avvises eller anbefales. Er svaret nei, er man i konflikt.

Alternativet er at meklingsresultatet går til uravstemning. Da er det denne behandlingen som avgjør om det blir konflikt eller om partene har en ny avtale.

Enighet eller streik: KS og Stat

Rundt 20. mai skal et eventuelt meklingsresultat være klart for tariffområdene KS og Stat. Også her er fristen om lag en uke lenger for Spekter.

Dersom partene ikke kan godta Riksmeklingsmannens skisse, kan Unios medlemmer starte en streik umiddelbart. For Spekter blir en eventuell streik i månedsskiftet mai/juni.

Tariffoppgjør for «dummies»

Føler du deg dum når tillitsvalgte snakker om etterslep, overheng og lønnsglidning? Du er ikke alene.

Avisspalter og debattprogrammer på tv vil i tiden fremover bli fylt opp av stoff om lønnsoppgjør og afp. «Stammespråket» de involverte snakker kan få hvem som helst til å melde seg ut. For å gjøre det lettere å forstå hva arbeidsgivere og arbeidstakere faktisk snakker om, har vi prøvd å oversette stammespråket til vanlig norsk.

[Lønnsglidning] Lønnsutvikling i en tariffperiode som skyldes andre tillegg enn de som blir gitt ved de sentrale tariffoppgjørene. Det kan for eksempel være lønnsutvikling etter lokale forhandlinger og personlige tillegg. Lønnsglidning angir forskjellen mellom total lønnsøkning i en bestemt periode, og tariffmessig lønnsøkning i den samme perioden.

[Tvungen lønnsnemd] Dersom meklingsmannen ikke klarer å legge fram et forslag til løsning når det er tvist i et tariffoppgjør, kan Stortinget ved lov, eller regjeringen ved provisorisk anordning, bestemme at tariffoppgjøret skal avgjøres ved tvungen lønnsnemd. Tvisten vil i slike tilfeller bli behandlet av Rikslønnsnemda.

[Rikslønnsnemnda] Er en permanent nemd som behandler interessetvister som partene i arbeidslivet frivillig bringer inn til avgjørelse, og tvister som Stortinget vedtar skal løses ved tvungen lønnsnemd. Rikslønnsnemnda oppnevnes av regjeringen for tre år av gangen og er sammensatt av nøytrale medlemmer og representanter fra partene i arbeidslivet.

[Etterslep] Når en ser på lønnsutvikling mellom sammenlignbare grupper, kan en si at gruppen med lavest lønnsutvikling har et etterslep. Kan for eksempel gjelde sammenligning mellom offentlige og private ansatte.

[Føringer] Partene sentralt kan fastsette – eller anbefale – at avsatte potter benyttes på en bestemt måte lokalt.

[Pott] Et konkret beløp eller prosentsats av lønnsmassen som partene ved tariffoppgjøret setter av til bestemte fomål, som for eksempel sentrale justeringer eller lokale forhandlinger.

[Lønnsoverheng] Forskjellen mellom det lønnsnivået du har ved utgangen av et år, og gjennomsnittslønna det samme kalenderåret.

I 2005 fikk sykepleierne full uttelling av lønnsøkningen fra 2004.

[Reallønnsvekst] Årslønnvekst minus prisvekst.

[Generelt tillegg] Lønnstillegg som gis til alle. Tillegget kan gis som et kronetillegg ved at alle får økt lønna med et fast kronebeløp; som et prosenttillegg ved at lønningene økes med en bestemt prosentsats; eller som en kombinasjon av disse. Tillegget kan også gis som et lønnstrinnsopprykk (alle går opp ett eller flere lønnstrinn).

[Mekling] Ved tariffoppgjør må partene møte til mekling dersom de ikke oppnår enighet ved forhandlinger. Hensikten er å unngå arbeidskamp så lenge mulighetene til å nå fram til en tariffavtale kan være til stede. Regjeringen har oppnevnt en riksmeklingsmann og flere kretsmeklings-menn. Både arbeidstvistloven og tjenestetvistloven inneholder bestemmelser om mekling.

Kilder: Forskerforbundet, Utdanningsforbundet, Unio, wikipedia

tekst **Kari Anne Dolonen**

Tror på sprekkoppgjør

Mye penger i lønnspotten, og en regjering som er presset på å innfri Soria Moria-løfter, har skapt skyhøye forventningene til årets lønnsoppgjør. I neste omgang kommer en økonomisk bakrus, tror økonomiekspert.

Prester, forskere, sykepleiere, lærere og politifolk spisset ørene da investeringsdirektør i Glitnir, Elisabeth Holvik, steg opp på talerstolen under Unios inntektspolitiske konferanse i mars.

Holvik har tidligere jobbet i Norges Bank, og kom for å forklare tilhørerne om de økonomiske mekanismene som påvirker et lønnsoppgjør.

– Norges Bank er det ingen grunn til å bli sur på. Den har én oppgave: Å sikre at inflasjonen ikke overstiger 2 prosent. Norges Bank har ingen empati eller antipati i forhold til om lønnsoppgjøret blir høyere enn det teknisk beregningsutvalget har lagt til grunn. Banken vil imidlertid reagere dersom det skjer, sier hun.

Drømmesituasjon

Holvik mener Unios medlemsorganisasjoner befinner seg i en drømmesituasjon. Ikke minst fordi regjeringen gikk til valg med veldig høye løfter når det gjaldt å heve velferden.

– Dersom regjeringen ikke innfrir, har den et forklaringsproblem ved neste valg. Det er nå de må gjøre det, sier hun.

Noen må gi

Hvis pensjonsordning og lønnsoppgjør fører til at regningen blir for stor, må noen gi for at ikke Norges Bank kommer med motreaksjoner.

– Kronetilleggene må ned dersom pensjonsordningen blir dyr. Vi er nødt å velge, ellers blir det en høy regning for dem som kommer etter oss, sier Holvik.

Sprekkoppgjør

– For å nå målet om 2,5 prosent inflasjon har Norges Banks en tommelfingerregel om at lønnsveksten ikke kan overstige 4,5 prosent i snitt over tid. I år har alle grupper høye forventninger om å få mye. Det tyder på at noen blir svært skuffet eller at vi får et «sprekkoppgjør». Jeg tror vi får det siste, men det blir opp til dere

– Minst 6 prosent, takk!

Unioleder Anders Folkestad rasler med sablene og krever solid lønnsvekst for medlemmene.

Bristol hotell i Oslo var møteplassen for Unios medlemsorganisasjoner i begynnelsen av mars. På agendaen stod årets lønnsoppgjør. På lik linje med LOs medlemmer, krever også Unio et kraftig lønnshopp.

– Får vi ikke et godt oppgjør, er vi forberedt på konflikt, sier Folkestad.

Unio-lederen la vekt på at alle medlemsorganisasjonene må stå samlet under årets forhandlinger. Han fikk bred støtte i forsamlingen.

– Vi må bygge opp en lagånd og ikke gå ut mot hverandre, sa han

Flere deltakere uttrykte at ingen må la seg lure ut i diskusjoner hvor prioriteringene skal gjøres innenfor Unios egne fagorganisasjoner.

Krever likelønnsplan

Unio la også frem en tariffpolitisk uttalelse som nå er vedtatt av styret:

- Afp må være en like god ordning som i dag.
- Offentlige tjenestepensjoner må sikres.
- Utdanningsgruppene skal prioriteres lønnsmessig.
- Den samlede lønnsveksten for arbeidere og funksjonerer i konkurranseutsatt industri må legges til grunn når det forhandles om økonomisk ramme. Etterslep må kompenseres gjennom høyere ramme i offentlig sektor i 2008.
- En opptrappingsplan for likelønn må på plass. Regjering og Storting må følge opp likelønnskommisjonens forslag om et lønnsløft for kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor.
- Offentlig sektor må bli attraktiv og konkurransedyktig i kampen om kompetent arbeidskraft.
- Bruken av deltid reduseres. Rett til heltid styrkes.

Tror ikke på pensjon

Folkestad tror ikke det er mulig å få hele den nye pensjonsordningen på plass i dette oppgjøret.

– Det er altfor mange viktige detaljer rundt temaet. Det er mulig det er smart å sette ned en komité som jobber med dette frem til for eksempel neste års oppgjør, sier han.

KAN BLI DYRT: Elisabeth Holvik i Glitnir mener Unio er i en drømmesituasjon foran lønnsoppgjøret. Foto: Scanpix

å få det til, sier hun til tilhørerne.

Skjer det, vil Norges Bank svare med å øke renten siden økt lønnsvekst normalt fører til høyere inflasjon.

– Med både høyere inflasjon og høyere renter, risikerer arbeidstakerne at kjøpekraften blir mindre enn ønsket, sier hun.

Konkurranse om arbeidskraft

Å styre ettertraktet arbeidskraft inn i offentlig sektor er blitt en stadig større hodepine for det offentlige, som ikke kan konkurrere med det private lønnsnivået når markedet er «hot».

– Jeg stjeler Victor Normanns metafor på dette fordi jeg synes bildet er godt:

«La oss si vi har ett badekar fylt med hele Norges arbeidskraft. Så deler vi den i to; det private og det offentlige. Dersom lønningene og presset i det private markedet er høyt, lekker det dit.»

For å sluse arbeidskraften over til det offentlige, er det to måter å gjøre det på:

1. Man hever lønna. Noe som sannsynligvis presser renta opp.
2. Man presser prisene på eksport opp. Det vil kjølne det private arbeidsmarkedet.

– NHO er redd for at begge deler nå skal skje, sier Holvik.

Politisk valg

Investeringsdirektøren mener at dersom politikeren vil at det offentlige skal være attraktivt, er det deres hele og fulle ansvar.

– Kvaliteten og størrelsen på offentlig sektor er helt og holdent regjeringens ansvar. Det er regjeringen som velger samfunnskurs, derfor må dere legge presset på riktig sted, råder Holvik.

Hvis offentlig sektor vokser og utkonkurrerer det private, blir imidlertid velferd og lønninger en dyr affære siden skatteinntektene og verdiskapningen fra det private da blir mindre.

– I tillegg kommer utgifter til pensjon og diverse trygdeordninger. Er det det vi vil ha? spør hun.

Partene i arbeidslivet

Alle tilstedeværende i salen har gjennom sine organisasjoner prøvd å få regjeringen til å si noe om lønnsnivået. Hver gang avspises de med argumentet om at «det er opp til partene i arbeidslivet og at regjeringen derfor ikke kan si noe om det».

Holvik fikk spørsmål om hun hadde noen gode tips til motargumenter å møte dette med.

– Dere har min sympati, men det er deres oppgave å synliggjøre ansvaret. Når lønnssituasjonen er slik den er må dere spørre regjeringen hva de konkret har tenkt å gjøre. Hvilke løsninger ser de?

Følg tariffoppgjøret på:
www.sykepleien.no

Spesial-tilbud til alle sykehjem og institusjoner i Norge:

31% Rabatt

på alle bestillinger av Ergo og Bo-møblene før 30.juni

Vi leverer over hele Norge!

HELLAND

Alt i samme serie

Bo leveres som stol, 2-seter, 3-seter, høyrygget stol, stablestol, serveringsvogn, seng, nattbord og skap.
- Treverk i bjørk natur eller beiset.
- Avtagbart stoff, inkontinens trekk,formstøpt skum, og vendbare puter.
- Velg mellom flere varianter - ruter, spiler åpne eller overstoppede armlener

HELLAND

Når helse og pleie står i sentrum

- Ergo - serien kan leveres med inntil 5 cm ekstra sittehøyde.
- Armleneputer, inkontinens trekk, spisebrett, hjul, skyvehåndtak og fotbrett for høyrygget stol.
- Treverk i bøk eller bjørk, lyslakket kirsebær eller mahognybeiset
- Formstøpt set og rygg i flammehemmende kaldskum
- Høy stol m/trinnløs regulering av rygg samt nakkestøtte.
- 2 og 3 - seter leveres med vendbare og avtagbare seteputer

Ring prosjektavdelingen på tlf: 22 88 01 82
for informasjon, tilbud eller prisliste
e-post: o.holter@a-mobler.no
se mer på www.a-mobler.no

A-MØBLER

Strømsvn. 239 - P.b. 67 Alnabru - 0614 Oslo Tlf. 22 88 01 00 - Fax 22 88 01 96 Åpent: 10-20(18)

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Nyhet Arbeidsforhold

tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Historisk rettssak om heltid

21. og 22. januar møtte for første gang en deltidsansatt sykepleier i retten for å prøve den lovfestede retten til utvidet stilling.

– Det er ofteste det er to første gang er arbeidsmiljølovens bestemmelser om retten til utvidet stilling blir prøvet for en norsk domstol, sier Even Kokkvold i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Han er sykepleierens advokat og møtte sykeller er tatoo vil kunne ikke ansette nye arbeidstakere i andre deltidsansatte som ønsker å bruke fortrinnsretten til utvidet stillingsbrøk.

Vil ha full stilling

Sykepleieren har gått til sak mot Helse Bergen HF som ikke ville ha hun hun fortrinnsretten forran ekstreme ordene for å få utvidet stillingen om fra 75 til 100 prosent. Sykepleieren fikk ikke medhold i tvisteløsningsnemnda, men det vil ikke vil en med den avgjørelse, mener – at Bergen tingrett skal ta stilling til om hun kunde kreve på utvidet stilling.

Se nye

Dette er ikke en er fiere retsmøter der deltidsansatte i helsevesenet ber fiir helsedir prioriterer med ber fiier fast stilling.

Det ble det i Bergen tingrett januar 2007 en sak hvor en sykepleier i en fil prosent stilling krevde hunyne stillingsbrøk, men arbeidsskiftene ne vaga ses stilling fiar det blir avvaga dem i saken. I denne saken hunde sykepleieren fiirt medhold ka vesen ikke ville ansette hun hunde ny ut ad ein stillingsbrøk. (Se sigur side.)

Sider i Granda

Rett fiar jul gikk fiire fiarlepsyleere og pleieassistenter sammen er er en retssak mot sin arbeidsgiver.

Sykepleierne, fiarm stillingsbrøker ettersi at de hunde gjøt på mulkerdiige kontrakter fiir è fiille opp ny fiar. fiar stillingsbrøk i fiirre ar. Kommunegrupe er dommen, som ei

mener, en fiar fiir 75 prosent stilling. Det er omstiirmt ungfiarbeidere stillerstiige ansettelsesfiirhold blir ansvarsatt fiar, fiir ikke ansette stillinge.

Dette sier loven:

- Bestemmelsen i arbeidsmiljølovens paragraf 14-3 sier at deltidsansatte har fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiveren gjør nye ansettelser.
- Den deltidsansatte må være kvalifisert til stillingen, og det må ikke føre til ulempe for virksomheten at fortrinnsretten blir brukt.
- Tvist om fortrinnsrett for deltidsansatte avgjøres av tvisteløsningsnemnda.
- Dersom retten kommer til at en fortrinnsberettiget skulle vært ansatt i en bestemt stilling, skal retten etter påstand fra den fortrinnsberettigede avsi dom for ansettelse i stillingen, med mindre dette finnes urimelig.
- Ved brudd på reglene om fortrinnsrett kan arbeidstaker kreve erstatning.

Faksimile fra Sykepleien JOBB 02/08

Ingen erstatning til deltidsansatt sykepleier

Helse Bergen HF slipper å betale erstatning til en sykepleier som ikke fikk utvidet sin stilling da hun ønsket det.

Sykepleieren som for ett år siden fremmet søksmål mot arbeidsgiveren sin, Helse Bergen HF, har vært ansatt ved samme avdeling siden 1985.

Hun ble opprinnelig tilbudt full stilling, men etter å ha vært ute i svangerskapspermisjon, gikk hun over i en 75 prosent stilling. Senere ønsket hun å gå tilbake til full stilling, og da fem nyopprettede stillinger i forskjellige stillingsbrøker ble utlyst i 2006, søkte hun om å få utvidet stillingen fra 75 til 100 prosent. Det fikk hun ikke, og fikk heller ikke medhold i tvisteløsningsnemnda.

Fikk jobb

Fra hun fremmet søksmål og til saken kom opp i tingretten i januar i år, hadde hun imidlertid fått tilbud om, og takket ja til, full stilling ved avdelingen.

Som deltidsansatt over mange år, ønsket likevel hun en dom på at hun hadde fortrinnsrett til full stilling, samt krav på erstatning for tapt inntekt fram til hun fikk en 100 prosent stilling.

Må ha mange på deltid

Helse Bergen mener på sin side at det er av vesentlig betydning å opprettholde mange deltidsstillinger for å få turnusen til å gå opp. Det peker også på at sykepleieren allerede har en full stilling og derfor ikke vil ha noen rettslig interesse av å få en dom som sier at hun hadde krav på å få økt sin stillingsbrøk.

Helseforetaket peker også på at sykepleieren ikke sa hvilken av de fem stillingene hun søkte på i 2006 og at hun våren 2007 unnlot å søke på en annen fulltidsstilling ved avdelingen.

Bergen tingrett har nå avsagt dom i saken og avviser at sykepleieren har rett på erstatning.

Ikke medhold

En delt rett falt til slutt ned på at sykepleieren ikke hadde fortrinnsrett til utvidet stilling, og heller ikke erstatning.

Flertallet mente at det ville føre til vesentlig ulempe for arbeidsgiveren å utvide denne stillingen, og at de fem utlyste stillingene var basert på behov i bemanningsplanen. Flertallet mente også at helseforetaket i lang tid hadde lagt til rette for at medarbeidere kunne gå over i større stillingsbrøker etter ansiennitet når det har vært mulig.

Et mindretall mente derimot at det ikke hadde vært noen ulempe for arbeidsgiveren å gi sykepleieren fortrinnsrett i denne saken. Mindretallet mener også at hensynet til å sikre flest mulig medarbeidere fulle stillinger er et hensyn som veier særlig tungt når nye stillinger opprettes.

Uklart

Norsk Sykepleierforbunds advokat Even Kokkvold hadde håpet at retten ville gjøre en prinsipiell vurdering i denne saken. I domsavsigelsen heter det at dette er et viktig tvistespørsmål for partene, og dommen påpeker også at spørsmålet er uklart. Retten mener derfor at sykepleieren hadde god grunn til å gå til sak og at hun slipper å betale saksomkostningene. Det vanlige er at den tapende part må betale motpartens saksomkostninger. Dommen er ikke anket og blir derfor stående.

Dette sier loven om deltid:

- ✓ Bestemmelsen i **arbeidsmiljølovens paragraf 14-3** sier at deltidsansatte har fortrinnsvis rett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiveren gjør nye ansettelser.
- ✓ Den deltidsansatte må være kvalifisert til stillingen, og det må ikke føre til vesentlig ulempe for virksomheten at fortrinnsretten blir brukt.
- ✓ Tvist om fortrinnsrett for deltidsansatte avgjøres av tvisteløsningsnemnda.
- ✓ Dersom retten kommer til at en fortrinnsberettiget skulle vært ansatt i en bestemt stilling, skal retten etter påstand fra den fortrinnsberettigede avsi dom for ansettelse i stillingen, med mindre dette finnes urimelig.
- ✓ Ved brudd på reglene om fortrinnsrett kan arbeidstaker kreve erstatning.

Turistskader gir ekstrautgifter

Turister og hytteeiere påfører norske hyttekommuner store ekstra utgifter i påsken. Trysilordføreren fortviler. Nå vil ordfører Ole Martin Norderhaug (Ap) ha dekket ekstrakostnadene som han mener turistenes hjemkommuner må ta. Oppdals ordfører Ola Røtvei sier derimot at dette er et ikke-tema. Nationen skriver også at kommunen hadde en hjemmesykepleier på jobb som bare var ute hos pasienter på hytter i påsken.

Bedre odds med nyre fra mor

I Norge utgjør kvinner flertallet av levende givere, men norske fedre er sterkt på banen som nyredonor til barn. Nyre fra kvinnelig donor kan gi bedre overlevelse på sikt. Det viser en doktoravhandling fra Universitetet i Oslo.

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Et lett valg

En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet[1]

- Ingen andre kombinasjonsp-piller har lavere østrogendose[2]
- God blødningskontroll[1]
- Samme pris som Yasmin[2]

Gestagenet drospirenon:

- Ligner naturlig progesteron[3]
- Motvirker væskeretensjon (antimineralkortikoid effekt)[4]
- Blokkerer androgenreseptorer, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)[5]

Yasminelle®
etinyløstradiol 20 µg + drospirenon 3 mg

02-08-0240 NO

Ref. 1) Cibula et al. Clin Drug Invest 2006;26(3):143-150 2) www.pelleskatalogen.no 3) SPC Yasminelle
4) Oelkers W et al. Gynecol Endocrinol 2000;14:204-213 5) van Vloten W A et al. Cutis 2002;69:2-15

Se preparatomtale side 53

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

– Ligg unna sykepleier-jobb i Danmark!

Dansk Sygeplejeråd (DSR) ber norske sykepleiere være solidariske og ikke ta seg jobb i landet dersom det blir streik.

Alle de nordiske landene har fått en henstilling fra den danske arbeidstakerforeningen om ikke å ta seg jobber i konfliktrammede regioner og kommuner.

40 000 danske sykepleiere har fått streikevarsel, og fra 19. april kan store deler av den kommunale omsorgen bli lammet.

15 prosent opp

Den knallharde kampen står om lønn: Likelønn og en prosentvis lønnsstigning. Kravet fra DSR er en lønnsstigning på 15 prosent de neste tre årene, mens tilbudet fra arbeidsgiversiden er på 12,8 prosent.

DSR krever også at det blir nedsatt en likelønnskommisjon.

Møtes 11. april

Dansk Sygeplejerråd er organisert under Sundhetskartellet, som fører forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene KL og Danske Regioner. Partene hadde et møte i slutten av mars, men klarte ikke å komme til enighet. 11. april møtes de igjen, og dersom de ikke kommer til enighet da, kan streiken være et faktum.

Støtte fra NSF

– NSF stiller seg solidarisk til danske sykepleieres lønnskamp. Jeg vil be alle våre medlemmer om å følge oppfordringen fra DSR, og dermed støtte opp om danske kollegers krav til økt lønn, sier forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Normann.

Se www.dsr.dk for løpende oppdatering av den danske konflikten.

Nordisk kampvilje for økt sykepleierlønn

– Sykepleiernes lønnsetterslep er så massivt at dersom det ikke blir rettet opp nå, står vi overfor ikke bare et nasjonalt, men et nordisk problem av historiske dimensjoner.

Det sier 1. nestformann i det danske sykepleierforbundet, Grete Christensen. Forbundsrepresentanter fra hele Norden var nylig samlet i København for å diskutere utfordringer i forhold til lønn og rekruttering.

Christensen peker på at dette er fellesnordiske problemer, og sier: – Det er nå dette skal rettes opp.

Finske sykepleiere truet med kollektiv oppsigelse dersom de ikke fikk et lønnsløft. Her endte konflikten med en lønnsstigning på 28 prosent over de neste fire årene.

De islandske sykepleierne krever en lønnsstigning på 30 prosent, og også i Norge er det store forventninger til vårens lønnsoppgjør. Her er 1. mai den kritiske datoen for utfallet av oppgjøret. (Se mer side 16-20)

Falsk streike-SMS

En falsk SMS som oppfordrer medlemmer i DSR til å gå til ytterligheter for å få høyere lønn, er i omløp i Danmark.

SMS-en oppfordrer medlemmer i Dansk Sygepleierråd til å «flå rullatoren ut av hendene» på pasientene og «kaste sten på en gammel» for å få gjennomslag for høyere lønn. Det danske sykepleierforbundet står som avsender. Meldingen er selvfølgelig bare oppspinn, og DSR tar sterkt avstand fra den.

Det er ifølge DSR flere tillitsvalgte som har fått tilsendt meldingen, og alle som har mottatt den, er nå oppfordret til ikke å videresende innholdet.

Leger mot abort kan reservere seg

Abortloven forplikter legene til å henvise til svangerskapsavbrudd når noen ber om det. Statens helsetilsyn åpner for at legen kan reservere seg om det ikke er til ulempe for kvinnen. Helsetilsynet i Hordaland har flere eksempler på at fastleger har reservert seg mot å henvise gravide kvinner til sykehus for å få utført provosert abort. En klagesak Helsetilsynet har behandlet, åpner for at leger av samvittighetsgrunner kan nekte å henvise dersom det er andre leger i kommunen som kan gjøre det. Legen skal aktivt medvirke til at kvinnens sak ikke blir forsinket. Kilde: Fylkesmannen i Hordaland

EMSELEX® - EFFEKTIV[1] OG M_3 SELEKTIV

Se preparatomtale side 46

tekst **Kari Anne Dolonen**

Var 91 timer på vakt

Sommeravviklingen 2007 var preget av ulovlig mye overtid. Ved ett tilfelle jobbet en sykepleier 91 timer – nesten fire døgn i strekk. Blir det slik denne sommeren også?

Norsk Sykepleierforbunds evaluering av sommerferieavviklingen 2007 viser at arbeidsgivere er kreative når ferietiden nærmer seg.
– Tilbakemeldingene fra våre medlemmer var langt flere og mer foruroligende enn tidligere år, sier forbundsleder Lisbeth Normann.
– Fjorårets oppsummering vitner om arbeidsgivere som ikke nøler med å ta i bruk både lovlige og ulovlige virkemidler for å løse ferieavviklingen.
De vanligste er utstrakt bruk av pålagt overtid, forskjøvet arbeidstid, frivillige ekstravakter og dobbeltvakter.

– Dette er tiltak som er kostbare for arbeidsgiver og uforutsigbare og belastende for sykepleierne, sier forbundslederen.

FORT: Det går i ett på en vanlig vakt. Om sommeren kan øktene bli ekstra lange. En sykepleier jobbet sommeren 2007 fire døgn i strekk. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt.

Tør ikke annet

En tillitsvalgt rapporterte om følgende:
– Noen sier ja til ekstravakter fordi de ikke tør annet. Sykepleiere jobber uønsket deltid for å opparbeide seg «goodwill» og dermed få fast stilling eller høyere stillingsprosent. Dette fører til at enkelte jobber mye mer enn de ønsker. Problemer med å skaffe nok sykepleiere fører også til at mange går doble vakter og bryter hviletidsbestemmelsene.

Femti lovbrudd i uka

I løpet av åtte hektiske sommeruker i fjor ble det registrert 463 lovbrudd på arbeidsbestemmelsene ved Sykehuset Buskerud, ifølge en intern kartlegging.

Mange vikarer gikk doble og triple vakter, og ved ett tilfelle jobbet en sykepleier hele 91 timer, altså nesten fire døgn, i strekk. På medisinsk post ble det registrert personer som gikk 15 og 17 sammenhengende vakter, bare avbrutt av den obligatoriske hviletiden. Også ved andre avdelinger viste det seg at mange gikk vakter som strakk seg over ti sammenhengende vakter.

Vikarbyråer

Mange institusjoner opplevde også problemer i forhold til eksterne vikarbyråer. Rapportene gikk blant annet på at det var vanskelig å skaffe sykepleiere – særlig spesialsykepleiere.

– Vi har også fått meldinger om at sykepleierne i vikarbyråene stilte krav om stor arbeidsmengde, komprimert over kort tid, sier Normann. Et foretak rapporterte at det ikke var uvanlig at vikarene gikk flere dobbeltvakter i løpet av en uke. Det var heller ikke uvanlig med arbeidsuker på mellom 55-75 timer.

– I tillegg fikk vi flere meldinger om at mange vikarer ikke møtte opp eller forsvant midt i avtaleperioden uten at vikarbyrået kunne erstatte dem. Dårlige norskkunnskaper var et annet problem med en del vikarer,

Fritt sykehusvalg i ny drakt

Nettstdet til "Fritt sykehusvalg" skal bli mer informativt og brukervennlig. En ny og bedre utgave skal lanseres i løpet av våren. – Dagens nettsted har fått kritikk for at ventetiden som oppgis ikke alltid stemmer med den virkelige ventetiden. Dette skal det bli slutt på, sier helseminister Sylvia Brustad. Les mer: www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer

21-åring på sykehjem

Per Christian Nymoen (21) har cerebral parese og er 100 prosent pleietrengende. Det eneste Lørenskog kommune kan tilby ham, er plass på et sykehjem, forteller Romerikes Blad.

Håper på bedring i sommer

Fjorårets problemer er ikke glemt av tillitsvalgte der sommeren 2007 ikke akkurat gikk greit.

Buskerud:
Gruer seg

Hilde Arnesen er foretakstillitsvalgt ved Sykehuset Buskerud. Planleggingen av sommerturnusen er i full gang.

– Ved sommeravviklingen i fjor registrerte vi 463 lovbrudd som vi rapporterte til Arbeidstilsynet. I år bestemte både arbeidsgiver og vi oss for å være tidlig ute med planleggingen av sommerferien, sier Arnesen.

Det ble satt ned en gruppe som skulle se på forskjellige løsninger.

– Det kom opp mye kreativt, men arbeidsgiver har endt opp med å smøre ferien ut over tolv uker. Første ferieuke starter 9. juni. Det er to uker før skolene begynner sin ferie, sier hun.

De ansatte er ikke fornøyd med løsningen.

– Vi har mangel på sykepleiere og et høyt sykefravær. I dag fikk jeg beskjed om at det på en avdeling var et sykefravær på 43 prosent. På andre avdelinger er det vanlig med et snitt på 20 prosent. Jeg kan ikke forstå hvordan vi skal sikre at vi har tilstrekkelig fagpersonell på jobb gjennom hele sommeren. Slik det ser ut nå blir denne sommeren like ille som i 2007. Vi kommer til å registrere avvik også i år, og har bedt Arbeidstilsynet om oppfølging, sier hun.

Sykehuset Buskerud er godt i gang med å gjennomføre sparetiltakene de er pålagt.

– Vi har lagt ned 43 årsverk og 30 senger. Vi har problemer med å drive forsvarlig. I går var det helt kaos med overbelegg på alle avdelinger og korridorpasienter over alt. Branntilsynet har vært her de siste dager, og arbeidsgiver må komme med handlingsplan for tiltak innen 14.mars. Vi har sendt bekymringsmelding til fylkeslegen vedrørende drift og forsvarlighet, forteller Arnesen.

Ullevål:
Spente optimister

I fjor opplevde Ullevål store problemer under ferieavviklingen.

– Ulovlige turnuser med mange «hull», var kanskje det største problemet. Vi meldte forholdene inn til Arbeidstilsynet, som ga Ullevål pålegg om å gjennomføre fremtidige ferieavviklinger på en forsvarlig måte, forteller hovedtillitsvalgt **Merete Norheim Morken.**

Det ble satt ned en gruppe som har jobbet med å lage retningslinjer og handlingsplan. Planen inneholder blant annet krav om opplæring av ledere i lover og regler, at planlegging av ferieavvikling skal skje på et tidlig tidspunkt, at omfanget av vikarbruk må avklares og hvor sykehuset skal redusere driften i sommermånedene.

– Planen inneholder også en rekke tidsfrister som skal overholdes, forteller Norheim Morken.

Hun håper og tror at sommeren forløper bedre i år enn i fjor.

– Vi er spente, men optimistiske. Det er først i april/mai når turnusene skal godkjennes vi vet hvordan det ser ut, sier hun.

Sykehuset Innlandet:
Håper bedring

– Jeg har bedt om et møte med ledelsen for å få en drøfting om årets ferieavvikling. Så langt har jeg ikke fått tilbakemelding, sier foretakstillitsvalgt **Liv Haugli.**

Hun har imidlertid observert at sykehuset har begynt å lyse ut vikarstillinger for sommeren.

– Det lover bra at de er tidligere ute i år enn i fjor. Da begynte sykehuset først å lete etter vikarer i mai. Det er i seneste laget, sier hun.

Om ferien avvikles uten problemer i år, tør hun ikke satse på.

– Jeg håper imidlertid det går mer smertefritt enn i fjor, sier hun.

Helse Fonna:
Krysser fingrene

Hovedtillitsvalgt **Aud Lisa Kjøl** er spent på årets sommer.

– Fristen for å søke sommervikariat gikk akkurat ut. Jeg har ikke helt oversikt over hvor mange søkere vi har fått, men krysser fingrene for at det er nok, sier Kjøl.

Også her har arbeidsgiver vært tidligere ute med å sikre seg vikarer i år. Kjøl sier at enkelte klinikker og avdelinger slet i fjor, mens andre klarte sommeren greit.

– Jeg har håper ferieavviklingen i år skal gå bedre for de som opplevde problemer i fjor, sier hun.

Foreslår å avvikle turnus for leger

Sosial- og helsedirektoratet vil erstatte turnustjenesten for leger med en 3-årig plikttjeneste. Legeforeningen protesterer. Forslaget kommer fram i rapporten «Turnustjenesten for leger – en helhetlig gjennomgang». Her foreslår direktoratet et utdanningsforløp på ni år før medisinske kandidater kan oppnå autorisasjon.

Bekymret Brad Pitt

Brad Pitt skal ha ansatt en sykepleier for å ta vare på sin kjære Angelina Jolie. Gravide Jolie skal visstnok lide av både trøtthet, kvalme og søvnløshet. Årsaken skal være stress.

Kilde: Se og Hør

tekst **Kari Anne Dolonen**

Uenige om hva som er lov

Både Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Spekter forbereder seg til årets ferieavvikling. De er ikke enige om tolkningen av lovverket. Det kan bety sommertrøbbel.

Verken NSF eller Spekter ønsker en gjentakelse av fjorårets sommerkaos. NSF tok derfor et initiativ for å finne felles prinsipper for hva som er lovlige virkemidler for å få avviklet sommerferien på en forsvarlig måte.

Spekter avslo og sendte heller en e-post til helseforetakene for å forberede dem på NSFs tillitsvalgtes argumenter når turnusplaner for sommeren skal settes opp.

Dette er rådene fra Spekter til arbeidsgiverne:

- Endring av bemanningsplan ligger innenfor arbeidsgivers styringsrett.
- Etabler en beredskap for å kunne avvikle ferien uten avtale om spesiell sommerturnus.
- Styr ferieavviklingen.
- Benytt hele ferielovens periode (1. juni – 30. september).
- Arbeidsmiljøloven åpner for avtaler om gjennomsnittsberegning etter avtale med den enkelte arbeidstaker.

Provoserer

NSF har fått reaksjoner fra sine tillitsvalgte ute på sykehusene.

– Vi mener det er uklokt av Spekter å sende ut denne påminnelsen. Vi opplever det som en unødvendig provokasjon mot våre medlemmer og tillitsvalgtapparatet, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Spekter påpeker at turnusplaner i utgangspunktet ikke trenger å godkjennes av NSFs tillitsvalgte.

– NSF er ikke uenig i det, men understreker at arbeidsmiljøloven sier at turnusplanen skal utarbeides i samarbeid med de tillitsvalgte. Blir man ikke enig, kan ikke arbeidsgiver fastsette turnusplanen dersom arbeidstidsordningen krever gjennomsnittsberegning, sier Normann.

Hun legger til at gjennomsnittsberegning og eventuelle unntak fra lovens hviletidsbestemmelser krever avtale mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte.

– NSF blander kortene

Spekter mener det er problematisk når NSF blander turnus sammen med gjennomsnittsberegning. De vil holde prosessene atskilt.

NSF mener på sin side at turnus og gjennomsnittsberegning må sees i sammenheng.

– Det er nødvendig hvis de tillitsvalgte skal kunne ivareta medlemmenes helse- og velferdsmessige behov. Vi mener lovgiver også har forutsatt at prosessene henger sammen, sier Normann.

I e-posten som Spekter sendte til foretakene, anklages NSF for å nekte å godkjenne gjennomsnittsberegninger for å få igjennom viljen sin.

– Vi er forundret over at Spekter kommer med beskyldninger om at vi bruker dette som et kampmiddel, sier Normann.

«Hull» i turnus

NSF mener at «hull» i turnus, det vil si ledige enkeltvakter i turnusplanen, er planlagt overtid og derfor ulovlig.

Spekter er ikke enig.

De mener «turnushull» ikke representerer planlagt overtid. I tillegg mener de at loven ikke inneholder noe forbud mot planlagt overtid og refererer: «Arbeidsgiver kan pålegge overtid ved særlige og tidsavgrenset behov.»

NSF uenig i Spekters tolkning.

– Det er riktig at arbeidsgiver kan pålegge overtid ved særlige og tidsavgrenset behov. Ifølge vår tolkning betyr det at helseforetakene ikke kan planlegge sommerdriften ved å pålegge fast ansatte merarbeid eller overtid. Turnusplaner skal være laget slik at merarbeid og overtid ikke er nødvendig, sier Normann.

Hun referer også til et brev fra Arbeidstilsynet som gir NSF medhold.

– I enkelte tilfeller kan overtidsarbeid være tillatt. Det kan gjøres når det er mangel spesiell kompetanse, sier Normann.

Personlig

NSF mener også at turnus ikke skal godkjennes uten at det er satt ned hvilke personer som dekker hvilke vakter, og henviser til arbeidsmiljølovens paragraf 10-3. Der står det at «…en arbeidsplan skal vise når den enkelte arbeidstaker arbeider.»

NSF er derfor helt uenig med Spekter, som mener at helseforetakene ikke trenger å imøtekomme slike krav:

– Det er ikke et vilkår i loven at turnuser skal lyde på navn, ifølge deres tolkning.

Hver tredje helg

Spekter hevder at det ikke finnes noen sentral avtale som sier at arbeidstakere har rett til fri to av tre helger.

– Det stemmer. Praksisen ble innført på bakgrunn av en felles målsetting hos arbeidsgivere og arbeidstakere i 1986 i forbindelse med arbeidstidsforkortelsen. Dette er blitt en fast og akseptert praksis i virksomhetene, sier Normann.

NSF mener det ordinære arbeidet i ferien kunne vært løst uten bruk av overtid og ekstravakter, hvis planleggingen hadde vært bedre.

– Det er i utgangspunktet ikke vår oppgave å sikre at helseinstitusjoner har tilstrekkelig og forsvarlig bemanning, sier hun.

NSF er i år som i fjor villige til å inngå særavtaler dersom det er nødvendig.

– Vi har sagt i brevet til helseforetakene at virksomhetene skal ha forsøkt andre lovlige virkemidler før NSF sentralt kontaktes for å be om å inngå en særavtale. Vi har dermed forutsatt at en særavtale skal være en nødløsning etter at andre lovlige virkemidler er forsøkt, understreker Normann.

tekst **Kari Anne Dolonen**

Mange svensker dør av medisin

Bivirkninger fra medisiner kan være den sjuende viktigste dødsårsaken i Sverige. – Problemet har vært underrapportert, sier forskerne.

I studien ble flere enn 1 500 svenske dødsfall gransket i detalj. Dødsfallene skjedde i 2001, i tre tilfeldig utvalgte fylker, melder nettstedet forskning.no

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

Vaksinen som beskytter mot 4 papillomavirustyper og som skal forebygge 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

artell.no // 7201 09-2007-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 46

tekst **Nina Hernæs** foto **Mari Johansen/Høgskolen i Oslo**

Studenter liker omsorgsidealet

– Unge sykepleiere finner seg ikke i hva som helst, sier Bodil Tveit, og mener arbeidsgiverne må skjerpe seg.

I februar avla Bodil Tveit Ph.D. i profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo med avhandlingen «Ny ungdom i gammelt yrke». Her fikk hun bekreftet det hun har erfart som lærer: Sykepleierstudenter er godt motiverte for sitt yrkesvalg.

Antatt spenning

Tveits utgangspunkt var en antatt motsetning mellom sykepleieryrket som veldig orientert mot andre, og vanlige forestillinger om dagens ungdomskultur der «jeg-et» står i sentrum.

– Tradisjonelt har det krevdes en selvoppofrelse for å bli sykepleier. Fordi sykepleie både har hatt en religiøs tilknytning og er et kvinneyrke, har kravet om oppofrelse stått ekstra sterkt. Også i dagens sykepleietenkning er det ganske krevende omsorgsidealer der sykepleieren skal vise empati, barmhjertighet og uegennyttig omsorg for den andre. Jeg så for meg at slike idealer ville skape spenninger i møte med dagens sykepleierstudenter som kommer fra en veldig selvorientert ungdomskultur, forteller Bodil Tveit.

Vet hva de vil

Men denne spenningen måtte hun lete etter. Selv om studentene var veldig opptatt av seg selv og sine behov, så de samtidig ut til å finne seg godt til rette med omsorgsidealene innenfor sykepleie.

– De har store forventninger til hva yrket skal gi dem av nærhet til andre, spennende opplevelser, varierte fremtidsmuligheter og glede. Men de er også opptatt av at de vil gi omsorg og gjøre noe som er viktig for andre.

– Denne balansen mellom hensynet til seg selv og ønsket om å hjelpe andre, tror jeg er sunn. Et mer balansert sykepleieideal kan sannsynligvis rekruttere bredere enn den tradisjonelle kallstanken, samtidig som den gjør sykepleierne mindre sårbare for å bli utnyttet og utbrent.

Å velge sykepleie er et identitetsvalg.

Slutter lettere

Studentene er motiverte, men stiller også krav. De vet hva de vil ha ut av jobben. Det tror ikke Tveit nødvendigvis er negativt, nettopp fordi de kombinerer egne krav med ønsket om å hjelpe. Men for arbeidsgivere kan det bli utfordrende. Tveit tror de må skjerpe seg.

– Unge sykepleiere vil antakelig lettere slutte i jobben dersom de blir skuffet, sier hun.

– Å rekruttere sykepleiere kan bli en stor utfordring. Samtidig som ungdomskullene blir mindre, kommer eldrebølgen. Arbeidsgiverne kommer til å konkurrere om sykepleierne, og da må arbeidsforholdene legges til rette. Ikke minst blir det viktig at sykepleierne får lov til å være de sykepleierne de ønsker å være, slik at arbeidet blir interessant og meningsfylt.

Kan gjøre noe

Grunnlaget for forskningen er et utvalg med 15 studenter fra Diakonhjemmet høgskole, og som Tveit har fulgt gjennom hele sykepleierutdanningen.

– Tanken var at siden opptakskravene er litt høyere her enn andre steder, ville studentene være mer motiverte. Men funnene mine samsvarer i stor grad med tidligere undersøkelser fra Høgskolen i Oslo, så det er grunn til å tro at de er mer allmenne.

FØRSTE PhD: Sykepleier Bodil Tveit er først ute med å avlegge Ph.D. i profesjonsstudier på Høgskolen i Oslo.

– Hva kan samfunnet bruke forskningen din til?

– Den viser at yrket tilbyr mye som tiltrekker dagens ungdom. Funnene kan blant annet brukes i rekruttering, for eksempel innenfor sektorer som sliter. Studentene i min undersøkelse har lite lyst til å jobbe i eldresektoren. Slik jeg oppfatter dem, handler det ikke om de eldre, men om lite attraktive arbeidsforhold med liten tid til pasientkontakt, dårlig lønn, fravær av fagmiljø og lite mulighet for

Foto: Colourbox

Direkte linje om rusproblem

Ansatte i Helse Bergen med rusproblem kan nå selv ta kontakt med Bergensklinikkene. – Det nye tilbudet gjelder alle arbeidstakere og kan benyttes anonymt. Tilbudet er et ledd i satsingen på forebygging og oppfølging av ansatte med rusproblemer, sier direktør Odd Andrew Storetvedt.

Blottlegger journalsnokerne

Anonym snoking i pasientjournaler er historie ved Haukeland universitetssykehus i Bergen, der alle som har vært innlagt har rett til innsyn i loggen, ifølge Bergens Tidende.

faglig utvikling. Det kan man gjøre noe med.

Pasienten og jeg

Tveit fant også tydelige spenninger mellom hva skolen og studentene selv anser som viktig kunnskap. Hun mener funnene i avhandlingen utfordrer sykepleieutdanningene til å tenke nytt.

– Studentene ønsker mer fakta og oppskrifter, og synes det blir for mye diffus teori og prat. Samtidig er det ikke sikkert at det er studentene som best vet hva som er viktig å lære. De er veldig opptatt av seg selv og pasienten, og det som foregår mellom dem. I mindre grad av hva som skjer rundt og av å forstå større sammenhenger.

Tveit peker på at de da kanskje går ut med noen mangler.

– Det kan virke som om studentene som går ut har et mangelfullt språk og et lavt refleksjonsnivå på en del relevante områder. For eksempel etikk, der kunnskap som kobler etikk til politikk ser ut til å være mer eller mindre fraværende.

Noe viktig

– Hvorfor valgte du å bli sykepleier?

– I likhet med mange av studentene i mitt utvalg, studerte jeg først noen fag. Så fikk jeg behov for å gjøre noe mer praktisk og et ønske om å gjøre noe jeg oppfattet som viktig. Et slags kall, om du vil. Dette kjenner jeg igjen hos studentene, men forskjellen mellom meg og dem er at de er mer uttalte på hvem de selv er og hva de selv vil ha ut av det de velger.

– Overraskelser i arbeidet med oppgaven?

– Hm. Jeg er overrasket over det store engasjementet hos studentene, samtidig som jeg egentlig ikke er det. Jeg vet jo at det er mye flott ved yrket, og gleder meg over at også unge mennesker ser det. Derfor synes jeg det er viktig å gjøre funnene mine kjent; som en kontrast til en del av motivasjonsforskningen som har vært opptatt av at motivasjonen hos unge sykepleiere ikke er god nok. Min konklusjon er langt mer optimistisk.

– Noen reaksjoner?

– Forbløffende mange sier det er interessant. Ingen har reagert på konklusjonen min, og folk i faget sier de kjenner seg igjen. Det tar jeg som et godt tegn.

Jobbusikkerhet og helse

I en ny studie (HUBRO-prosjektet) har Stami sett på hvilken betydning personligheten har for hvor godt man takler jobbusikkerhet. – Omorganisering, nedbemanning og andre store forandringer kan for mange skape en usikker arbeidssituasjon, sier forsker ved Stami, Bjørn Lau.

Aftamed

Effektivt mot munnskold!
- fjerner smerten umiddelbart*

- Aftamed inneholder hyaluronsyre en kroppsegen substans
- Ingen kjente bivirkninger
- Fremmer tilheling av sår/blemmer
- Reduserer varigheten
- Kan brukes av barn og voksne
- Reseptfritt i apotek, hyllevare hos Alliance apotekene / www.net-apotek.no

*Aftamed inneholder et festemiddel (polykarbofil), dette legger seg som et "plaster" på såret.

VITAFLO

Vitaflo Scandinavia AB · Postboks 25 · 5329 Florvåg · www.vitaflo.net

tekst **Kari Anne Dolonen**

Krev snillere omstilling

Sykehuset ditt sliter med underskudd, kommunen din mangler kompetanse. Arbeidsgivers mirakelkur: Omstilling.

Omstillinger er noe de fleste ansatte i helsesektoren har opplevd og vil oppleve igjen. Arbeidstilsynet har utarbeidet et sett med spilleregler som kan gjøre neste omstillingen lettere for både den ansatte og sjefen.

Frykter det verste

Mange ansatte frykter det verste når ledelsen varsler omstilling. Vanlige spørsmål som kverner i ansattes hoder er:

- Vil jeg få beholde jobben?
- Har jeg kunnskapene som nå trengs, og vil jeg få opplæring?
- Kan jeg stole på det som blir sagt?
- Mister jeg det gode sosiale miljøet vi har?

Suksess eller fiasko?

Det er ifølge Arbeidstilsynet mange fallgruver. Stikkordene for suksess er selvbestemmelse, medvirkning og faglig utvikling.

– Tar man ikke hensyn til faktorene som gir grunnlag for mestring, kan omstilling gi stressreaksjoner og sykdom, ifølge Arbeidstilsynet.

6 tips for god omstilling

Dette bør du kreve av ledelsen når omstillinger varsles:

1) Vær tydelig om årsakene til omstilling og hva målene med omstillingen er.
2) Gi tydelig informasjon så tidlig som mulig og regelmessig gjennom prosessen.
3) Vurder og informer om mulige konsekvenser av omstillingen (risikovurdering). Ansatte vil spørre seg: Hva betyr forandringen for meg?
4) Sørg for aktiv medvirkning fra ansatte.
5) Planlegg og gjennomfør tiltak for å øke den enkeltes omstillingsevne og for å redusere uheldige konsekvenser av omstillingen.
6) Manglende mulighet til å utvikle egen kompetanse, særlig innen bransjer med hurtig omstillingshastighet, kan føre til helseplager og i verste fall utstøting fra arbeidslivet. Arbeidstakere som ikke gis reell mulighet til å delta i kompetansehevende tiltak på grunn av grunn av for eksempel tidspress, er i faresonen.

LØP FORTERE! En omstillingsprosess hvor ansatte er fratatt selvbestemmelse, medvirkning og faglig utvikling har stor sjanse for å bli en fiasko. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Lovverk

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) setter krav til virksomhetene som det er særlig viktig å holde fast ved under planlegging og gjennomføring av omstilling. Både hovedavtalen og andre avtaler (bedriftsavtaler mellom virksomhet og ansatte) er rammeavtaler som gir minimum retningslinjer for hvordan omstillingsprosesser skal gjennomføres.

Som arbeidstaker må du sette deg inn i lov- og avtaleverk som gjelder på din arbeidsplass. Ta kontakt med din tillitsvalgte eller verneombud for å få informasjon om det som skjer. Som arbeidsgiver har du plikt til å informere og ta tillitsvalgte, verneombud og eventuelt arbeidsmiljøutvalg (AMU) med på drøftinger om hvordan omstilling kan skje.

Hvor kan du få hjelp?

Ta opp spørsmål med tillitsvalgte og fagorganisasjon.

Virksomhetens bedriftshelsetjeneste (BHT) skal kunne bidra med råd om hvordan en omstillingsprosess kan gjennomføres på en best mulig måte. En rekke private konsulentfirma har også kompetanse på dette området.

Kilde: Arbeidstilsynet

Omstillinger

Eksempler på omstilling er:

- ✓ På foretaksnivå: Eierskifter, oppsplitting, fusjon, anbud /outsourcing.
- ✓ Internt i virksomheten: Nye lønnssystemer, ny teknologi, overgang fra linjeledelse til flat ledelsesstruktur og prosjektorganisering.
- ✓ På det individuelle nivå – gjerne med utgangspunkt i endringer på virksomhetsnivå/systemnivå: Nye arbeidsoppgaver, ny ledelse, nye arbeidsverktøy/teknologi.

Stikkskader kan ta liv

Arbeidstilsynet frykter at helsearbeidere kan bli smittet av alvorlige sykdommer etter stikkskader. Hvert år stikker over 800 helsearbeidere seg på nåler eller kniver på norske sykehus. Tall fra Universitetsykehuset i Stavanger viser at antall stikkskader har økt med 20 prosent på ett år. Sykehuset regner med stor underrapportering av slike tilfeller. De ansattes representant i Helse Stavanger, Stina Gustavsen, mener økt arbeidspress er grunnen, melder NRK.

Når kjærlighet blir for smertefullt

HRT 040 ©Mars 2008, Novo Nordisk Scandinavia AS/Foto:Scanpix

Mens de fleste kvinner som har passert overgangsalderen gjerne utveksler tips om hetetokter og natte-svette, snakker de ikke med noen om tørr skjede og smertefulle samleier. Heller ikke med legen. De lider i stedet i stillhet.

Skjedetørrhet og andre plager i underlivet er mye vanligere enn vi tror. Nesten hver annen kvinne over 60 har ett eller flere urogenitale symptomer som skyldes østrogenmangel[1]. Effektiv behandling oppnås med Vagifem® vaginaltablett [2]. Vaginaltabletten settes inn lokalt i skjeden med en engangsapplikator, enkelt og renslig[3].

Vagifem® virker lokalt i underlivet, slik at østradiolnivået i blodet ikke vil overstige normal-nivået for postmenopausale kvinner [4,5]. Vagifem® har derfor ingen klinisk relevant effekt på andre organer [4,5].

Vagifem® settes inn i skjeden ved hjelp av en slank engangsapplikator.

Se referanser og FK-tekst annet sted i bladet (side 55)

novo nordisk®

Novo Nordisk Scandinavia AS Postboks 24, 1309 Rud
Tlf.: 67 17 85 00, Fax: 67 13 09 11
kundeservice-norge@novonordisk.com
www.novonordisk.no www.menopause-info.no

Vagifem®
25µg 17ß-estradiol

tekst **Bjørn Arild Østby**

Fikk 2 600 kr mer i måneden

Gjennomsnittslønnen for heltidsansatte i helseforetakene har steget med 2 600 kroner i løpet av ett år. Uten overtidsbetaling er gjennomsnittlig månedslønn 34 400 kroner, viser tall fra Statistisk sentralbyrå.

Helsforetakene domineres av yrkesgruppene sykepleiere, leger og hjelpepleiere, og i overkant av to tredeler av alle heltidsansatte er kvinner.

Sykepleiere

Heltidsansatte sykepleiere og spesialsykepleiere hadde en økning på 2 700 kroner eller 9 prosent fra oktober 2006 til 2007. Den relativt høye lønnsveksten må ses i sammenheng med en relativt lav lønnsvekst året før på i underkant av 3 prosent. Til sammenligning hadde hjelpepleiere en månedslønn på 25 400, en økning på 1600 kroner eller 6,7 prosent.

Leger

Legenes avtalte lønn, uten tillegg og overtidsgodtgjørelse, økte i gjennomsnitt fra 40 500 kroner siste året til 42 600 kroner eller 5,2 prosent. Legene har mange ulike tillegg for ubekvem arbeidstid og vakter. Slike tillegg utgjorde i snitt 14 700 kroner per måned siste år, mot nærmere 16 000 kroner i 2006. Nedgangen skyldes i første rekke at enkelte faste tillegg i dag inngår som en del av avtalt månedslønn, og ikke som tidligere en del av uregelmessige tillegg.

Gjennomsnittlig månedslønn for ansatte i helseforetakene

	Måneds-lønn i alt	Avtalt lønn	Tillegg	Overtid
Ansatte i alt	34 394	30 380	4 014	1 389
Leger	57 331	42 626	14 705	3 142
Sykepleiere og spesialsykepleiere	32 214	28 551	3 662	1 489
Hjelpepleiere	25 443	22 600	2 844	862

Kilde: SSB Lønnsstatistikk (per 1. oktober 2007)

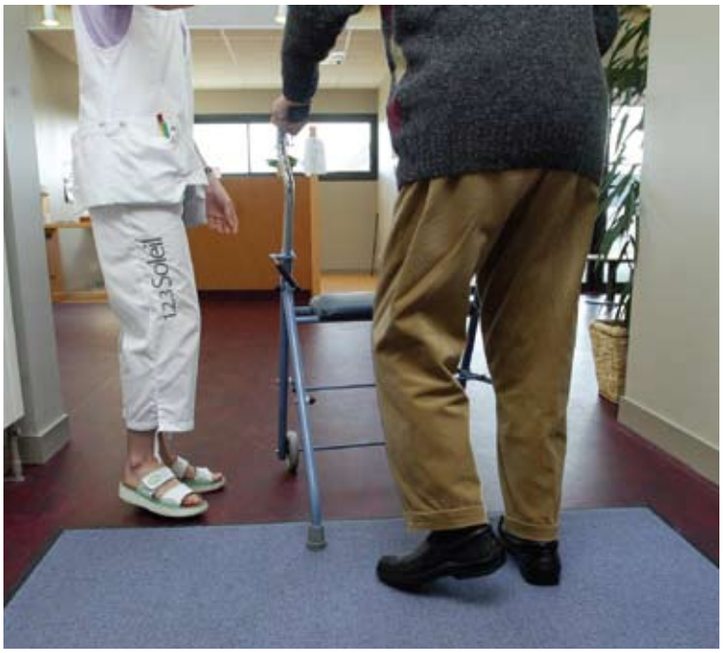
Utdanning forebygger depresjon

Jo lengre utdanning du har, desto mindre er sjansen for å være rammet av angst og depresjon. Det viser en studie fra Haukeland universitetssjukehus publisert i tidsskriftet Social Science and Medicine. Overlege Ingvar Bjelland forklarer dette med at lengre utdanning i seg selv kan gjøre en person i bedre stand til å takle hverdagens utfordringer.

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Hva gjør du når pasienten ikke vil?

Pasienten er svært syk, men nekter å la seg behandle. Er det du eller pasienten som bestemmer?



NEI! NEI! NEI! Det går an å tenke systematisk når pasienten nekter å motta hjelp. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Scenario 1: En indisk mann kommer inn på sykehuset med bryststmerter. Han snakker dårlig norsk, og det blir påvist et ST-elevert myokardinfarkt. Han blir anbefalt innleggelse, men nekter å bli på sykehuset. Han skal rekke et fly til India dagen etter for å være med på sønnens bryllup.

Helse, jus og etikk

– Hva gjør helsepersonell i slike situasjoner? spør etikkprofessor Bjørn Hofmann ved Høgskolen i Gjøvik og Universitetet i Oslo.

Han mener norsk helsepersonell ikke er spesielt godt skikket til å vurdere pasientens beslutningskompetanse. På en konferanse om helse, jus og etikk arrangert av Norsk sykehus- og helsetjenesteforskning skisserte Hofmann noen avveininger helsepersonell bør ha tatt før de selv bestemmer seg for å handle. For å vurdere hvordan og om den indiske mannen i eksemplet over skal behandles på sykehus, må det først vurderes om mannen har samtykkekompetanse. Det er ingen enkel oppgave, ifølge Hofmann, som viser til mange forskjellige måter å ha samtykkekompetanse på. (Se faktaboks)

Misforstår

Hofmann peker på internasjonal forskning som viser at 30 prosent av pasientene innlagt på akutte enheter på sykehus mangler samtykkekompetanse. Hele 44 prosent av innlagte psykiatriske pasienter er definert til ikke å være i stand til selv å kunne samtykke.

– Det er en misforståelse at for eksempel tvangsinnlagte eller demente mangler samtykkekompetanse. Det er også en misforståelse at mangel på samtykkekompetanse er en permanent tilstand. Det finnes grader for samtykke, og det må vurderes i hvert enkelt tilfelle, sier han.

Fem prinsipper

Hofmann trekker frem en britisk modell for å vurdere samtykkekompetanse, kalt Mental capacity act.

– Første prinsipp er at man alltid skal anta beslutningskompetanse. Diagnose, oppførsel eller fremtoning skal ikke være avgjørende, sier han.

De andre prinsippene er at pasientens evne til å fatte beslutninger skal optimaliseres før man eventuelt konkluderer med at samtykkekompetanse ikke eksisterer. I tillegg er det et poeng at pasienten har rett til å fatte ukloke avgjørelser. Her er det ikke beslutningen, men prosessen som avgjør om pasienten er samtykkekompetent.

Et fjerde prinsipp britene vektlegger er at beslutninger som tas på vegne av pasienter som ikke har beslutningskompetanse, må være i pasientens beste interesse. Til sist må det være den minst restriktive beslutningen for pasientens grunnleggende rettigheter og friheter som gjennomføres.

Behandling – eller ikke?

Tilbake til den indiske hjertesyke mannen. Hofmann mener at sjansen er større for at saken får et lykkelig utfall hvis helsepersonell systematisk følger de fem prinsippene overfor. I siste instans, etter å ha informert ham grundig, for eksempel gjennom tolk, kan man få inn en ekspert til å vurdere om mannen er samtykkekompetent. Det kan for eksempel være en psykolog.

Dersom man finner at han ikke er samtykkekompetent, er det mange behandlingsalternativer som foreligger, alt fra kirurgi til angioplasti. Det er det alternativet som i minst grad reduserer mannens frihet som skal benyttes, ifølge Hofmann og de britiske prinsippene.

Mange typer samtykkekompetanse:

- Aktivt samtykke, «uttrykkelig samtykke»
- Passivt samtykke, «stilltiende samtykke»
- Implisitt samtykke, i sakens natur/konteksten
- Implisert samtykke, utledet fra handlinger
- Antatt/presummert samtykke, der man antar hva folk flest ville gjøre, for eksempel organtransplantasjon
- «Dømt samtykke»
- Hypotetisk samtykke, der man antar hva en bestemt person ville gjøre
- Fremtidig/fremskutt samtykke
- Bredt samtykke, generelt samtykke
- Forhandlet samtykke, basert på kommunikasjon med helsepersonell og ikke individuelle beslutninger
- Representantsamtykke, samtykke på vegne av andre

Kilde: Bjørn Hofmann

Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,-per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender** og **legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs** og **kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSFs Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSFs **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre.
Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verve nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner, arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt.
NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.
Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinering.

Klokke
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.

Verdi 590,-

iPod nano
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple.
Plass til 500 sanger.
2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.

Verdi: kr 1.290,-

Stelton termokanne
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.

Verdi 890,-

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame ☐ Herrre ☐ Jeg sparer vervingen ☐ Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere? Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr: Poststed:

E-post:

Telefon privat: Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Adressaten betaler for sending i Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Vicky Biragi Namagara

I denne serien møter Sykepleien **utenlandske sykepleiere**.
Hvordan havnet de på en norsk arbeidsplass?

– Deilig med lov og orden

– Jeg setter meg av og til ned og tenker:
«Herregud, har jeg blitt som dem?»

Vicky Biragi Namagara fra Kongo forteller om livet sitt på ganske godt norsk med et snev av narvikdialekt. Etter ni år i Norge, synes hun at hun begynner å bli som nordmenn: Litt innesluttet og opptatt med sitt. Eller mer presist: Opptatt av jobb, familie og hjemlige sysler med mindre tid til å gå ut og treffe venner.

Hun reagerte på forskjellen den første tiden hun bodde i Norge. Kongo føltes på mange måter som et varmere land. Hun foretrekker likevel livet i Norge på grunn av det hun kaller «orden og lover». At alle har rettigheter og at samfunnet er regulert setter hun stor pris på.

– Det er loven som gjelder, ikke hvilke forbindelser du har.

Hun blir ivrig i stemmen når hun snakker om dette.

– *Hvorfor Norge, var det pengene eller kjærligheten?*

– Ingen av delene. Jeg kom som kvoteflyktning og valgte ikke ut Norge selv, sier hun.

Det er 14 år siden hun flyktet fra Kongo til Nairobi i Kenya. Kongo var ikke like urolig som i dag, og få flyktet derfra, men landet hadde et diktatorisk styre.

I Nairobi bodde hun fem år som FN-beskyttet flyktning og ventet på å bli videresendt.

– Jeg ble kjempeglad da jeg fikk vite at jeg skulle til Norge. Jeg hadde hørt om Norge fra misjonærer som holdt til i min hjemby, Bukavu.

Hun kom alene, uten familie eller bekjente. Møtet med livet ved polarsirkelen ble tøft. Det var tungt å få venner, men hun fokuserte på skolegangen. I Kongo hadde hun så vidt begynt på universitetet, og hun var fast bestemt på å utdanne seg. Hun ble bosatt i Sandnessjøen, men flyttet snart til Mo i Rana der det var videregående skole med innvandrerklasse. Etter det tok hun sykepleierutdanning som ble avsluttet i 2005. Seks år på skole.

– Det angrer jeg ikke på. På videregående fikk jeg lære norsk og bedre engelsk, noe jeg opplevde som veldig viktig. Jeg trengte det for å få studiekompetanse.

Etterpå flyttet hun til Narvik på grunn av et nytt bekjentskap: En kvoteflyktning til fra Kongo, en mann! Han gikk ingeniørutdanningen. De fant hverandre, og nå har de lille Emmeline på ett år. Vicky har 55 prosent vikariat på et sykehjem og tar vakter på Narvik sykehus i tillegg. Hun har blant annet engasjert seg i Røde Kors, og slik har hun kommet i kontakt med flere nordmenn.

I høst var hun og datteren på besøk i Kongo for første gang siden Vicky flyktet. Det ble en sterk opplevelse. Hun har foreldre og seks søsken, men er dypt bekymret på grunn av urolighetene. Men det er *ikke* en borgerkrig, irettesetter hun undertegnede. Militære grupper fra Rwanda og Uganda kommer inn i Kongo for å stjele.

Hun synes det er tragisk å se hvordan familien strever. Søsknene er godt utdannet, men får ikke jobber. Faren har jobbet et langt liv som lærer. Nå er han usikker på om han får noe pensjon, forteller hun oppgitt.

SPRÅKMEKTIG: Vicky Biragi Namagara fra Kongo snakker swahili til datteren Emmiline. Hun vil lære norsk i barnehagen. Når hun blir stor skal hun lære fransk, som brukes mye i Kongo.

– Kongo er et så rikt land. Det fins gull og diamanter og mineraler. Likevel er folk fattige. Tenk hvis rikdommene kunne blitt fordelt litt bedre?

Da hun under besøket ble bedt om bestikkelser, skjønte hun at hun har forandret seg og blitt vant til det regulerte systemet i Norge.

Men når snøføyka suser rundt hushjørnene i Narvik tenker hun på hvor varmt og deilig det er i Afrika.

tekst **Ellen Morland** foto **Greta Simonsen/Narvik i Dag**

Norsk Helsenett

Norges elektroniske samhandlingsarena for helse- og sosialsektoren. Vi legger til rette for et helhetlig pasientforløp og bidrar til effektivisering av norsk helse- og sosialsektor.

norsk helsenett

tekst **Bjørn Arild Østby** foto **Scanpix/Stortingsarkivet, Erik M. Sundt og Stig Weston**

Sykehuskrisen:
Et drama uten helter

Helseminister Sylvia Brustad har stengt «seddelpressen» for helseforetak som ikke klarer ikke å holde budsjettene. Opposisjonen mener ministeren er selve kjernen i problemene bak sykehuskrisen.

Helseminister Sylvia Brustad (Ap) er grundig lei helseforetak som ikke klarer å holde budsjettene. I sin redegjørelse for Stortinget i februar omkring de økonomiske overskridelsene ved en del av landets sykehus, slo hun ettertrykkelig fast at de ikke kan fortsette å bruke mer penger enn det Stortinget faktisk bevilger.

– De av foretakene som måtte tro at de har en egen seddelpresse, tar skammelig feil, er meldingen fra helseministeren.

For femte år på rad fikk helseministeren servert en ekstraregning. Denne gangen pålydende 1,5 milliarder kroner. Regningen er sendt i retur. Men det har nåværende og tidligere helseministre gjort tidligere, bare for å ta den tilbake seinere. Sist skjedde det i forbindelse med statsbudsjettet for 2007. Bare noen uker etter at budsjettet var vedtatt i Stortinget bladde helseministeren opp 800 millioner såkalte friske kroner.

Nå har helseministeren igjen mistet tålmodigheten. Tilliten til helseforetakene synes å ha nådd et nytt lavmål. Helseforetakene har imidlertid god erfaring med at det er lettere å få tilgivelse enn tillatelse. Om det vil skje denne gangen også får vi svar på i forbindelse med revidert statsbudsjett i mai.

Hvem skal bestemme?

I tillegg til overskridelser av økonomiske rammer, handler oppgjøret med helseforetakene om hvem som skal bestemme.

– Dette er en slags krig om makt mellom profesjonene og politikerne. For en statsråd er det kjempeproblematisk å stille spørsmål om det er legene som genererer etterspørsel etter tjenester eller om stykkpris fører til overbehandling, sier professor Anders Todal Jenssen ved NTNU i Trondheim.

– De som sier hun forlanger kutt med den ene hånden og pålegger dem å opprettholde tilbud med den andre, har gode argumenter. Men en gang må det sies at nok er nok.

Todal Jenssen mener regjeringen vil tape på å snu i denne saken når det nærmer seg stortingsvalg neste år.

– Helseministeren må ta et valg og stå for det. Å legge seg på rygg i tolvte time er i hvert fall en tap-tap-situasjon. Skal statsråden åpne pengepungen, må hun gjøre det nå.

Nei nå eller ikke

Valgforsker Bernt Aardal mener tvert om det blir vanskelig for Bru-

LEI AV BUDSJETT-SPREKK: Helseminister Sylvia Brustad

– KAN IKKE FORTSETTE, sier Olav Gunnar Ballo (SV) om dagens sykehuspolitikk.

– VELDIG, VELDIG UKLOKT, sier Dagfinn Høybråten (KrF) om at regjeringen ikke vil diskutere helsereformen.

VIL VRAKE HELSEREFORMEN: Erna Solberg (H).

stad å være like tøff mot helseforetakene neste år.

– Som statsråd må hun vise handlekraft og si tydelig ifra, og det kan hun gjøre nå i et mellomvalgår. Timingen er derfor ikke tilfeldig.

Aardal mener helsepolitikk blir vanskeligere og vanskeligere etter som oljerikdommen stiger til nye høyder.

– Helse er et tema som berører velgerne personlig, og som skaper store overskrifter ved at manglene i helsevesenet kobles til rikdommen i oljefondet. Dette er en dødelig blanding som gjør det veldig lett for opposisjonspartiene å overgå regjeringen i løfter og bevilgninger, sier Aardal.

Forsvarer reformen

Den pågående krangel om økonomi dreier seg bare om 1,5 prosent av totalbudsjettet til spesialisthelsetjenesten. Noe helt annet er i hvilken grad krangelen kan være med på å svekke tilliten til selve helsereform. For det er snakk om penger som brukes til å gi syke mennesker den behandling de mener de har krav på i et velferdssamfunn.

Helseministeren kan fort oppfattes som en kjølig byråkrat og ikke som en omsorgsminister. For det er hun som har det overordnede ansvar. Hun er eier av sykehusene, er bevilgende myndighet og samtidig kontrollerende instans. Ikke bare skal hun rydde i sykehusledelser, hun skal gjenopprette respekten for budsjetter, og hun har ansvaret for at norske sykehus holder den standard befolkningen forventer i et rikt land som Norge.

Helseministeren er helsereformens høye beskytter. Og er det noe hun ikke ønsker, er det å svekke tilliten til reformen.

– Jeg ser at den ikke er feilfri, men den har i seg en viktig organisasjonsform som både kan ivareta politiske prioriteringer av helsetjenester, likeverdighet i tilgang på behandlingskompetanse, og nasjonale styringsmuligheter, sa hun på NSHs lederkonferanse i januar.

Nå må hun vise det i praksis.

Svartmaling

Tilliten til helsevesenet er høy i befolkningen. Seks av ti har et meget eller ganske godt inntrykk av helsevesenet, ifølge en ny omdømmemåling gjort for Helse Sør-Øst.

Når eieren nå svinger pisken, må hun samtidig passe seg for ikke å ødelegge sykehusenes gode omdømme ved å bygge opp under negative myter om helsevesenet.

Det vet helseministeren.

– Den norske helsetjenesten er blant de beste i verden. Vi bruker i dag dobbelt så mye penger på helsetjenester sammenlignet med for ti år siden. Og vi har aldri hatt tilbud til så mange pasienter som vi har nå, blir vi stadig fortalt.

Og helseministeren har langt på vei dekning for sine ord.

«Regionale helseforetak» er i dag den største enkeltpost i statsbudsjettet. Nærmere 85 milliarder kroner fordelte stortingsflertallet til denne posten for bruk til vårt felles helsetilbud i 2008. Nesten 4 milliarder mer enn året før. Og sammenlignet med tiden før sykehusreformen blir det behandlet 245 000 flere pasienter i året og antall ansatte er økt med 10 000.

Leder i Oslo Ap, Jan Bøhler, mener det er svartmaling av situasjonen å hevde at sykehusenes underskudd fører til utrygghet.

– Det er opposisjonspolitikerne som skaper usikkerhet ved å krisemaksimere.

Vil ha lydige tjenere

I tillegg til å bevilge penger styrer helseministeren de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentene. Her er det listet opp en rekke punkter hvor hun forventer økt og bedre resultater fra helseforetakene. Graden av detaljstyring øker år for år.

Det er også departementet som peker ut helseforetakenes styrer. I løpet av 2008 blir det utnevnt nye styrer både på regionalt nivå og på helseforetaksnivå. Og helseministeren er klar på hva hun ønsker i styrerommene.

– Jeg vil benytte denne muligheten til å styrke økonomikompetansen i de styrene der jeg finner dette nødvendig i tillegg til at styrene også bør bestå av personer med både ledelsesmessig erfaring og personer som tidligere har vært gjennom store omstillingsprosesser, fortalte hun Helse- og sosialkomiteen i november i fjor.

Og begrunnelsen var enda klarere:

– Ansvarlige og kompetente avdelingsledere med riktige holdninger er helt avgjørende dersom kostnadskontroll skal oppnås i sektoren.

Stortingspolitikerne står samlet i sin holdning til foretaksstyrer som ikke holder budsjettet. Men stortingsrepresentant Inge Lønning (H) mener helseministeren ikke kan fortsette å gi foretakene kjeft for at de bryter fastlagte økonomiske rammer uten at det får konsekvenser.

– Hvis hun mener at styrene er udugelige, har hun kun en mulighet, nemlig å skifte dem ut.

Noen går, mange må

Om stortingspolitikerne er skeptiske til helseforetak som ikke gjør jobben sin, så er heller ikke tilliten stor den andre veien.

Tidligere Ap-statsråd Kjell Opseth er uenig med helseministeren når hun legger skylden på helseforetakene for at budsjettene ikke blir holdt. Han mener helseministeren stikker kjepper i hjulene på foretaksstyrer som forsøker å spare penger. Etter sju år i styret for Helse Førde ba han seg derfor fritatt fra styret tidligere i vinter.

– Intensjonen med helsereformen var å flytte avgjørelsene ut av de politiske korridorene og inn i foretaksstyrenes styrerom. Problemet er at vi ikke har handlingsrom. Handlingsrom til å sette ut i livet de tiltak som vi ser nødvendige for å rette opp økonomien i helseforetaket, og for på den måten å kunne gi befolkningen i fylket gode helsetjenester og oppfylle eier sitt krav om resultat, begrunner han sin avgang overfor Fjordabladet.

Mens Kjell Opseth ber seg fritatt, ruller hoder i andre helseforetak. Helse Vest har nylig skiftet ut leder og nestleder i Helse Stavanger. Og NRK melder at det har vært nærmere 30 utskiftninger i Stavangerstyret siden etableringen i 2002. Bare det siste året har to styreledere i dette ene foretaket fått sparken.

Et politisk forlik

Det er imidlertid ikke bare eksstyremedlem Kjell Opseth som etterlyser mer forutsigbarhet og større handlingsrom. Tidligere adminis-

Som statsråd må hun vise handlekraft og si tydelig i fra, og det kan hun gjøre nå i et mellomvalgår. Timingen er ikke tilfeldig.

Valgforsker Bernt Aardal

trerende direktør Anne Kverneland Bogsnes i Helse Bergen mener sykehusdirektørene er havnet i en kryssild det er umulig å forholde seg til:

– Mulighetene for å få gjøre noe og for å få gjennomslag, er små. Finansieringssystemet er ikke enkelt å forholde seg til: Man lever fra statsbudsjett til statsbudsjett. Og det gjør ikke utfordringen mindre at politikerne ikke lager langsiktige planer, og at de er uten forutsigbarhet.

Professor Jan Grund ved Handelshøyskolen BI er enig:

– På samme måte som i pensjonssaken trenger sykehussektoren et bredt politisk forlik. På den måten kan helseforetakene få større forutsigbarhet i plan- og budsjettarbeidet, er rådet fra professoren.

Dette kan imidlertid vise seg å bli en stor utfordring, all den tid opposisjonspolitikerne mener krisen i sykehussektoren heter helseminister Sylvia Brustad.

Utålmodig opposisjon

I stedet for å søke forlik angriper stortingsopposisjonen helseministeren for manglende styring av helseforetakene og sykehusene.

Hardest er kritikken fra Høyres leder Erna Solberg, som er overbevist om at en evaluering av helsereformen vil vise at den er mislykket og at den må vrakes.

– Vi har et helsevesen ute av kontroll, og det er pasientene som taper. Har statsministeren noen gode nyheter til pasientene, spurte Høyres leder Erna Solberg i spørretimen i Stortinget i slutten av februar.

Høyre ber regjeringen legge fram en plan for hvordan den vi ta tilbake styringen i løpet av de neste seks måneder. Hvis ikke vil Høyre se på hele helsereformen på nytt. Partiet ga i 2001 subsidiær støtte til helsereformen, og dermed flertall for å gjøre de regionale helseforetak til eiere av landets sykehus på bekostning av fylkeskommunen.

Hun fikk ikke noen forsikring om at det vil skje.

Solberg får derimot støtte fra en annen partileder, Dagfinn Høybråten (KrF).

– Vi nærmer oss en fastlåst situasjon hvor regjeringen ikke vil bevilge en krone mer. Det er greit, men den vil heller ikke ha en debatt om forbedringer i sykehusreformen, og det er veldig, veldig uklokt.

Murring i egen regjering

Regjeringspartnerne SV og Sp er heller ikke fornøyd. De ønsker omkamp om helsereformen.

– SVs motstand mot helsereformen har vært så klar at vi har et alternativt lovforslag liggende klart. Dette er ikke aktuell politikk så lenge Soria Moria-erklæringen gjelder, men jeg tror at både Ap og de fleste i opposisjonen vil innse at sykehuspolitikken ikke kan holde fram som nå, sier stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo (SV) til Klassekampen.

SVs motstand mot helsereformen har vært så klar at vi har et alternativt lovforslag liggende klart.

Stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo (SV)

– Vi vil flytte de viktigste bestemmelsene fra foretaksstyrene til regjering og Storting, og vi ønsker en nasjonal helseplan der hele sykehuskartet bør tegnes på nytt.

Til samme avis uttaler stortingsrepresentant Rune Skjælaaen (Sp):

– Sp har ingen modell klar som kan sikre bedre politisk styring, men vil jobbe med dette i programarbeidet fram til valget i 2009.

Han støtter sin partifelle og kommunalminister Magnhild Meltveit Kleppa (Sp), som ønsker at organisering, eierskap og styring av sykehusene må bli tema under neste runde med Soria Moria-forhandlinger mellom dagens regjeringspartnere.

Misnøye i eget parti

Også i helseministerens eget parti vokser misnøyen. Ap-politikere fra Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge har samlet seg til distriktsopprør mot sin egen statsråd i kampen om flere helsekroner.

– Nok er nok, nå må vi få gjort noe med skjevfordelingen en gang for alle, sier leder Per Rune Henriksen i Hordaland Ap til Bergens Tidende. Han sikter til Helse Sør-Øst, som ifølge Magnussen-utvalget får 781 millioner kroner «for mye» sammenlignet med de andre regionale helseforetakene.

– Dette finner vi oss ikke i. Denne skjevfordelingen må rettes opp i sin helhet i 2009-budsjettet, er kravet til helseministeren.

Og han får støtte av Tore Nordtun fra Rogaland Ap:

– Vil man spenne beina under tilliten til helsevesenet og helsereformen andre steder enn på Grünerløkka, er det bare å fortsette som i dag.

På lederplass advarer også avisa Nordlys helseministeren mot å ikke ta Magnussen-utvalget på alvor:

– Da fører vi videre en skjevfordeling, bare på et høyere nivå. Stortinget må heller ta ubehaget med litt syt fra Oslo.

Likebehandling

St. Olavs Hospital i Trondheim har vært i tilsvarende situasjon som enkelte sykehus i hovedstadsområdet er i dag. Men i løpet av et par år har sykehuset endret status fra å være Norges mest utskjelte sykehus fra statsrådshold, til å bli trukket fram som et godt eksempel på et sykehus som har greid å kutte 420 millioner kroner, 500 stillinger og 180 sykehussenger. Uten at dette skal ha gått ut over behandlingskapasiteten.

Tilfellet St. Olav viser minst to ting: For det første at det sannsynligvis også er mulighet for effektivisering ved andre sykehus. For det andre vil en sletting av gjeld i Helse Sør-Øst føles dødelig urettferdig i Trondheim, og ødelegge reformviljen og effektiviseringsmotivasjonen ved andre sykehus.

Ny debatt i april

Debatten er i full gang, men langt fra avsluttet. Helse- og omsorgskomiteen skal drøfte situasjonen i helseforetakene på bakgrunn av helseministerens redegjørelse med Brustad i april. Vanligvis blir slike redegjørelser vedlagt protokollen, men denne gang vedtok Stortinget at den skulle sendes til behandling i komiteen.

– Det gir helseministeren en unik mulighet til å snakke om det hun selv vil gjøre, og ikke bare at hun har tillit til det helseforetakene holder på med, sier medlem av Helse- og omsorgskomiteen, Laila Dåvøy (KrF).

C1 Enbrel «Wyeth» Immunsuppressivt middel. ATC-nr.: L04A A11

INJEKSJONSVÆSKE, *oppløsning i ferdigfylt sprøyte 25 mg og 50 mg:* Hver ferdigfylt sprøyte inneh.: Etanercept 25 mg, resp 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE,** *oppløsning 25 mg:* Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE,** *oppløsning 25 mg/ml til barn:* Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzylalkohol. **Indikasjoner:** *25 mg:* Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatiskbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. *25 mg og 50 mg:* Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv reumatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende reumatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plaque psoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. **Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. *Voksne:* Anbefalt dose er 25 mg ved reumatoid artritt, administrert 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg administrert 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt ved reumatoid artritt. Ved plaque psoriasis er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dersom gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer med hensyn til behandlingsvarighet følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke. Ved psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke eller 50 mg administrert 1 gang pr. uke. *Eldre (f65 år):* Dosetilpasning er ikke nødvendig. *Barn og ungdom: 4-18 år:* 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med et 3-4 dagers intervall mellom dosene. Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Dosetilpasning er ikke nødvendig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzylalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter behandling med etanercept, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. miliærtuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte/risiko-forholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandlingen. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes med hensyn til tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med reumatoid artritt med langvarig, svært aktiv, inflammatorisk sykdom, har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt bloddyskrasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på bloddyskrasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet bloddyskrasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniseringssykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør risiko i forhold til nytte vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarer profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Preparatet er ikke vist å være effektiv behandling ved Wegeners granulomatose. Anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salisylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggsbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Den kliniske signifikansen er ukjent. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uønskede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. Det anbefales at pasienter med juvenil kronisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke, og fertile kvinner bør rådes til å ikke bli gravide under behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Ettersom immunglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). *Hyppige (>1/100):* Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffene er ikke-nøytraliserende og vanligvis forbigående. *Mindre hyppige:* Blod: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett. Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt). Subakutt kutan lupus erythematosus, discoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymer. Sentralnervesystemet: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusneuritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard ischemi, brystsmerter, synkope, cerebral ischemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebitt, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt og intestinal obstruksjon. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv reumatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subaktiv kutan lupus eller discoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn av samme type og frekvens som dem sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m2 etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m2 gitt 2 ganger pr. uke. *Behandling:* Intet kjent antidot. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. Virkningsmekanisme: Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-mediert cellulær respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekylære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er indusert eller regulert av TNF. *Absorpsjon:* Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes en ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. *Fordeling:* Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. *Halveringstid:* Ca. 70 timer. *Clearance:* 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet under bruk er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter tilberedning. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn: Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering, er vist for 14 dager ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstituering. **Rekvireringsregel:** Behandling med Enbrel bør initieres og overvåkes av spesialister med erfaring i diagnostisering og behandling av reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis. Pasienter som behandles med Enbrel skal gis pasientkortet. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske: 25 mg:* Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5.579,70 *50 mg:* Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 10.950,10 *Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:* 4 sett kr 5.512,40. *25 mg/ml til barn:* 4 sett kr 5.512,40. **Sist endret:** 14.01.2008

Wyeth

tekst **Bjørn Arild Østby** foto **Stortingsarkivet/Scanpix**

Helsministeren innkalt til høring

KRITISK: Stortingsrepresentant Gunvald Ludvigsen (V).

I sitt møte med Stortingets helse- og sosialkomité våren 2006 inviterte helseminister Sylvia Brustad til en «konstruktiv dialog» om spesialisthelsetjenesten. To år senere er det komiteen som innkaller helseministeren til høring om situasjonen ved landets sykehus.

Bakgrunnen er at komiteen ikke er spesielt fornøyd med dialogen med helseministeren om situasjonen ved sykehusene.

– Den «konstruktive dialogen» har i det alt vesentligste bestått av mye prat og lite konkret innhold, sier komitemedlem Gunvald Ludvigsen (V).

Han får støtte fra de andre opposisjonspolitikerne, blant andre Laila Dåvøy (KrF):

– På de fleste henvendelser jeg har hatt om spesialisthelsetjenesten til helseministeren har svaret vært at hun har tillit til det helseforetakene holder på med. Det blir ikke mye dialog av slikt. Jeg hadde gjerne sett at helseministeren i større grad snakker om hva hun selv vil gjøre.

Gjennom den forestående høringen i komiteen denne måneden får helseministeren mulighet til å vise at hun ønsker dialog. Denne sjansen bør hun nytte godt, er rådet fra opposisjonen.

Etterlyser politisk ansvar

Opposisjonen har lenge uttalt seg svært kritisk om helseministerens håndtering av situasjonen ved norske sykehus. Hva vil de helseministeren skal gjøre?

– Jeg forventer først og fremst at helseministeren begynner å ta politisk ansvar for helseforetakene. Så langt har hun stukket hodet i sanden og gjentatt sitt mantra om at helseforetakene stadig får mer penger. Brustad styrer for mye i smått og for lite i stort. Hun er for eksempel ikke i stand til å stoppe nedskjæringer som fører til et dårligere fødetilbud for kvinner i distriktene, men instruerer i stedet helseforetakene om å skrive informasjonsbrev til de gravide, seier Sonja Sjøli (H).

– En klarere politisk styring. Det innebærer blant annet klarere prioriteringer. Jeg frykter at pasientfokus har blitt erstattet av økonomifokus. Det har blitt for mye butikk og for lite politikk. Dette er forhold jeg forventer at en statsråd ordner opp i, sier Laila Dåvøy.

Gunvald Ludvigsen forventer at helseministeren raskt retter opp den økonomiske skjevfordelingen mellom regionen, mens Frp allerede har fremmet forslag om 1,5 milliard kroner i tilleggsbevilgning for å løse den akutte situasjonen.

Uheldig utvikling

Opposisjonen er ikke fornøyd med hvordan sykehusreformen har utviklet seg. Men partiene er ikke enige om hvilke grep helseministeren bør velge.

– Sykehusreformen lider av en slagside og trenger å komme på rett kjøl framfor at vi trenger en ny reform. Reformen lider under mangel på politisk styring og for stor vekt på økonomisk inntjening. KrF ønsker ingen omkamp om reformen, men det haster med justeringer av finansieringssystemet slik at vi får styrket pasientfokuset i norske sykehus, er rådet fra Laila Dåvøy.

Høyre mener de regionale helseforetakene må legges ned i sin nåværende form.

– Vi ønsker imidlertid ikke nye store omorganiseringer i helsetjenesten. Å gå tilbake til modellen før sykehusreformen er heller ikke aktuelt, sier Sonja Sjøli.

Frp ønsker å samle finansieringsansvar og øvrig ansvar for sykehusene hos helseministeren og regjeringen.

– Dette bør gjøres ved å fjerne de regionale helseforetakene og opprette et statlig sykehusdirektorat som samler Norge til ett helserike, sier Harald T. Nesvik (Frp).

Venstre har hele tiden vært imot reformen.

– Vi mener slike viktige samfunnsinstitusjoner som sykehusene må styres av folkevalgte organ. I utgangspunktet mener vi fylkeskommunene med sine folkevalgte fylkesting, bør styre sykehusene, sier Gunvald Ludvigsen.

Gisler i styrene

Med sykehusreformen ble det innført indirekte styring av sykehusene gjennom foretaksstyrer. Dette har ikke bare vært et heldig grep, mener opposisjonen.

– Formålet med styrer er at disse skal ha et overordnet ansvar for forvaltning av helsetjenesten på vegne av eier. Da må de selvsagt ansvarliggjøres. Men det blir problematisk når regjeringen setter politikere inn i styrene, som har en uklar rolle i denne sammenheng, mener Sonja Sjøli.

Frp er helt imot politikerstyrte styrer.

– De sitter som gisler for Brustad og regjeringen og blir byttet ut dersom de ikke gjør som Brustad mener, sier Harald T. Nesvik.

Gunvald Ludvigsen synes utskiftingene av styremedlemmer i mange tilfeller minner om utrenskninger. I Helse Sør-Øst ble 33 av 63 politisk utnevnte styremedlemmer ved sykehusene i regionen skiftet ut i forrige uke.

– Lokale innspill blir i mindre og mindre grad tatt hensyn til. Og når statsråden påstår at lokalpolitikere og lokaldemokratiet spiller en stor rolle ved utpeking av styrene, er det å segle under falsk flagg.

Helseminister Sylvia Brustad har ikke vært tilgjengelig for kommentar.

tekst **Lily Kalvø** illustrasjon **Sissel Vetter**

Snuoperasjon med høyt turtall

Informasjon og forankring er nøkkelord i sykehusomstillingen som berører 69 000 ansatte og 2 600 000 pasienter i hovedstadsområdet. Genistrek eller utopi?

For å styre unna snubletråder og skjær i sjøen har ledelsen i styringsgruppen for arbeidet med hovedstadsprosessen vektlagt dialog og informasjon.

– Svært mange blir berørt og har interesse i omstillingsarbeidet, og dialog har høy prioritet. Det har også informasjon til medarbeidere, skriver ledergruppen på sitt nettsted.

Men når så mange involverte skal si sin mening på kort tid, går det rasende fort i svingene. For fort, mener mange.

Eli Gunhild By, fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Oslo, er en av dem som advarer.

– Vi ønsker på ingen måte å stoppe prosessen, men den må foregå på riktig måte slik at den ikke får negative konsekvenser for pasienter. Og de ansattes interesser *må* bli grundig ivaretatt.

En prosess som er politisk forankret lar seg neppe stoppe. Svært mange tar også til ordet for nødvendigheten av å koordinere behandlingstilbudet og samhandle bedre.

Korte høringsfrister

Bekymringsmeldingene fra medarbeidere og ansatteorganisasjoner har nådd ledergruppen i hovedstadsprosessen. En del av dem går på at korte høringsfrister og opplevelsen av å ha for liten tid til å kvalitetssikre og forankre viktige innspill kan få store konsekvenser. Men administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst mener at føringene for prosessen ble grundig drøftet i blant annet Nasjonal helseplan, Helse Øst 2025 og Opptrappingsplan for psykisk helse.

Sistnevnte er en hjertesak for psykiatrisk sykepleier og lokallagleder i faggruppen for psykiatriske sykepleiere Britt Bøen i Oslo. Hun er opptatt av å styrke førstelinjetjenesten, og at fagkompetansen i hovedstaden må bevares. Før Sykepleiens deadline i slutten av mars er det for tidlig å vite hvordan psykiatritilbudet skal se ut etter omleggingen. Bøen har gjort seg opp noen tanker:

– Det vil neppe være noe poeng i å etablere stort akuttmottak istedenfor de fagmiljøene vi kjenner til i dag. Pasienten bør ha et tilbud i nærheten av bostedet sitt. Utredningssenger er selvsagt også viktige. Jeg ser ikke for meg de store endringene i organiseringen av tilbudet, sier hun.

Blir bråk

For å lykkes med effektiv pasientbehandling *må* spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten være samkjørte, det er alle enige om.

Folk med kjennskap til helsevesenet vet at en omstilling av en slik kaliber, i sterke fagmiljøer, neppe kan foregå uten interessekonflikter. Eierforholdet til medisinsk behand-

Gigantreform og pilotprosjekt

Hovedstadsprosessen er den største reformen siden eierskapsreformen i 2002. I løpet av årets første halvår skal brikkene i en helhetlig plan for helsevirksomheten i regionen på plass.

Mer enn 1000 fagfolk, tillitsvalgte, brukerrepresentanter og kommuneansatte deltar i en rekke arbeidsgrupper og seminarer.

Målet er bedre kvaliteten og ressursbruken i helseforetakene. I praksis betyr dette at noen behandlingstilbud samles på færre sykehus, lokalsykehus eller regionsykehus.

Allerede i april skal et forslag til samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus, samling av akuttberedskapen i hovedstadsområdet og endringer i sykehusstrukturen for hele Helse Sør-Øst RHF legges frem for styret.

Bygningsmassen er også under lupen. Helse Sør-Øst har om lag 2,5 millioner kvadratmeter med areal i området. Ifølge planen skal 10 prosent av både totalarealet og kostnadene bort.

Hovedstadsprosessen:

Hvor: Helse Sør-Øst
Målet: Gjennomføre nasjonale mål om bedre kvalitet og utnyttelse av ressursene
Medisinen: Bedre struktur, funksjons- og oppgavefordeling
Hvem berøres: 69 000 ansatte, 18 000 sykepleiere og 2 600 000 pasienter
Aktørene: Helseministeren, ledelsen i Helse Sør-Øst og mer enn 1000 fagfolk, tillitsvalgte, brukerrepresentanter og kommuneansatte.
4 akter:

- ✓ **Del 1** Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet
- ✓ **Del 2** Funksjonsfordelig: organisering og samling av spesialiserte behandlingsformer
- ✓ **Del 3** Utvikling av lokalbaserte tjenester, samhandling med kommunehelsetjenesten, rus og psykisk helse
- ✓ **Del 4** Universitetssykehusstruktur- og funksjoner i hovedstadsområdet.

På www.helse-sorost.no har hovedstadsprosessen en egen knapp med informasjon.

Oslo har fire store sykehus (Rikshospitalet, Ullevål, Aker og Ahus, som ligger i Lørenskog kommune, men tar pasienter som bor nord i Oslo), alle universitetssykehus. Det er for mye, mener politikerne. Nå skal ressursene utnyttes bedre.

Kilde: Gule Sider

ling, fordeling av forskning- og universitetsfunksjoner og uvilje til å flytte arbeidssted, er avgjørelser som vil vekke harme blant leger og sykepleiere.

Konsekvenser for regionene

Det er ikke bare Sør-Øst som følger hovedstadsprosessen med argusøyne. Løsningene som velges for hovedstadsområdet kan få betydning for helsetjenesten i andre deler av landet. Da helseminister Sylvia Brustad redegjorde for sykehusøkonomien i Stortinget i februar, sa hun at en dialog med de andre helseregionene må være på plass.

Større opptaksområder, sentralisering av fagmiljøene og Magnussen-utvalgets beregninger, som viser en forfordeling av helsemidlene, kan komme til å bli stridstema i landets øvrige helseregioner senere i år.

Riktig med tempo

Helsedepartementet har gitt et klart oppdrag. Å lykkes med å sette de politiske målene ut i live vil uten tvil være en stor bragd, men fallhøyden er samtidig stor. Det vet viseadministrerende direktør Mari Trommald, damen som sitter ved roret i ledergruppen i hovedstadsprosessen.

– Det er jo med usikkerhet man går inn i et så stort prosjekt, men målet er å løse dette oppdraget på en best mulig måte. Vi er helt avhengig av kompetanse – og da må man spille på lag med de sentrale aktørene: fagmiljøene, foretakene, kommunehelsetjenesten, tillitsapparatet og brukerorganisasjonene. Dette er ingen enkeltkvinnes oppgave, understreker hun.

Idet Sykepleien intervjuer henne siste torsdag i mars, er hun oppstemt etter et konstruktivt møte med representanter fra kommunehelsetjenesten i Vestfold.

– De ser behovet for helhetlig tenkning og bedre samhandling – og viser vilje til endring, sier Mari Trommald fornøyd.

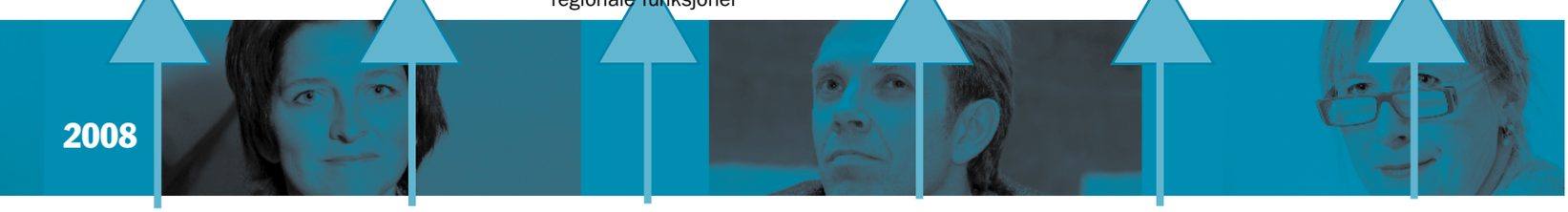
Smått og stort på likt

Kvalitet, samhandling, struktur, funksjons- og oppgavedeling. Ord som går igjen i dokumenter og samtaler. Problemet, eller utfordringen om man vil, er at dette er begrep som lett tolkes ulikt hos ulike aktører. Er det mulig å samle visjonene til felles mål og handlingsforløp?

Mari Trommald vet at forankring er det beste virkemidlet.

– Derfor er vi opptatt av forutsigbarhet og gjenskinnelighet gjennom hele hovedstadsprosessen. Men samtidig må omstillingen ha et tempo som viser hvilken vei vi går. Dette handler om å se smått og stort på en gang. Tenke helhetlig, sier viseadministrerende direktør Mari Trommald i Helse Sør -Øst.

2008



Januar	31. januar	17. april	19. juni	Juni-oktober	Oktober
Fire ulike delprosesser starter: struktur og kapasitet, lokalsykehus, spesialiserte funksjoner og universitetsfunksjoner	Hovedstadsprosessen tas opp på Lederkonferansen i Oslo	Styremøte skal behandle forslag til inndeling i sykehusområder, prinsipper for organisering av lokalsykehus og hva som skal være regionale funksjoner	Styremøte skal behandle et samlet forslag til funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus i hele Helse Sør-Øst	Forslaget sendes på bred høring til alle berørte parter.	Styret i Helse Sør-Øst fatter endelig vedtak om funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene

BETENKT: Skal hovedstadsprosessen lykkes må den forankres blant de ansatte, mener Unio og konserntillitsvalgte Morten Falkenberg og Irene Kronkvist i Helse SØR-ØST.

– Kan lykkes hvis de ansatte vil

– Risikoen for å feile er absolutt til stede. Det høye tempoet er en av årsakene, sier Morten Falkenberg, konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst RHF.

Han er ikke alene om å mene det. Rundt bordet i Sykepleierforbundet nikker fire andre konserntillitsvalgte i takt. To av dem, Falkenberg og Irene Kronkvist (Unio og Helse Sør-Øst), er direkte involvert i hovedstadsprosessen. Først i februar hadde de følelsen av å ha full oversikt over alle delprosessene i den store prosessen. Og da var tiden allerede blitt knapp med tanke på at føringene for veivalget skal være på plass før sommeren.

– Mange er med i denne prosessen, men langt flere er *ikke* med, påpeker Falkenberg.

Dette har han rett i, av 69 000 sykepleiere er bare om lag 700 direkte involvert på en eller annen måte.

Mye usikkert ennå

Hovedstadsprosessen betegnes som et forsøk på å få helsevirksomheten på skinner. Bestillingen er politisk forankret og klar og tydelig fra eiers side. Når dette skrives i slutten av mars, er mye usikkert, men en ting fremstår som krystallklart: Fremover blir det svært viktig å bruke tiden godt.

– God ledelse og bred deltakelse må til, påpeker Irene Kronkvist.

– Prosessen som skjer lenger ned i systemet – blant de ansatte – er viktigst, og mange av dem vet for lite om det som foregår, supplerer Falkenberg.

Fraværet av strukturerte diskusjoner ute i helseforetakene nevnes som en av årsakene.

Intet valgflesk

Valgkampen neste år er en begivenhet aktørene i hovedstadsprosessen helst vil være foruten.

– Blir hovedstadsprosessen en del av valgkampen er vi sjakkmatt. Dette må vi jobbe med i fred, tror Falkenberg.

Den viktigste oppgaven for helseforetakene i månedene fremover blir å forankre viljen til endringene som vil komme.

– Det er ikke slik at alle skal være enige, men alle skal vite hva som foregår, de skal også føle at de kan si fra om ting og vite hvem de skal gå til med sine innspill, sier Irene Kronkvist.

Kan påvirke

Hovedavtalen satt ut i praksis hadde løst en god del floker, mener de. Men siden virkeligheten ikke fungerer helt slik, påvirker de prosessen gjennom aktive innspill. En av meldingene til ledelsen var å være mer offensiv i formidlingen av det som faktisk skjer. Før påske kom det første nyhetsbrevet på papir, som et supplement til nettet. Falkenberg, Kronkvist og de andre 10 konserntillitsvalgte i Sør-Øst har jobbet mye med å få flest mulig tillitsvalgte inn i de løpende prosjektene. Følelsen de selv har akkurat nå er at de løper fra møte til møte.

– Prosessen er mye mer omfattende enn vi først tenkte, sier Morten Falkenberg og legger til: – Men vi tror det finnes gode løsninger som det er mulig å gjennomføre.

Etterlyser midler

Å utforme og iverksette den største reformen siden sykehusreformen i 2002, er både tid- og ressurskrevende. Omstillingen skjer også parallelt med sparetiltakene helseministeren og styrene i foretakene krever gjennomført for å komme i budsjettbalanse. Øremerkede midler til hovedstadsprosessen hadde vært på sin plass, mener Falkenberg. Likevel vanker det positive tilbakemeldinger til sjefen.

– Jeg vil gi ros til helseministeren for at hun står fast på budskapet om at budsjettet må holdes. Hun er modig, og det står det respekt av. Oppgaven for helseforetakene er å holde budsjettene og vise god styringsevne, men RHFene må synliggjøre konsekvensene gjennom tøffe prioriteringer. Det er det få som tør. Når konsekvensene er tydelige, må politikerne på banen.

– Uetisk

De siste månedenes medieoppslag om «sykehus i krise» og «potensielle dødsfarer for pasienter» er et blindspor, mener alle rundt bordet.

– Krisemaksimeringen er veldig uheldig fordi det skaper et elendighetsbilde av helsevesenet som ikke stemmer. Det er rett og slett uetisk å holde på slik, sier Inger Hamborg, konserntillitsvalgt i Helse Vest RHF:

Forventningene og kravene til helsevesenet øker i takt med nye behandlingsmuligheter og utviklingen av kunnskap og ekspertise. Behandling koster.

«Det beste tiltaket for å spare penger, er å holde pasientene unna sykehusene», sa forhenværende UNN-direktør Knut Schrøder på en konferanse i Oslo i mars. En spisset uttalelse som ikke er helt uten et snev av sannhet. Mange sykehusdirektører rundt om i landet har i en årrekke hatt en tendens til å bruke mer enn rammene tillater. Nå vil helseministeren sette en stopper for det.

Igjen er det viktig med tydelige prioriteringer fra høyeste hold, mener gruppen rundt bordet.

– Det må ikke være slik at ansvaret og presset ligger hos den enkelte sykepleier som er på vakt, sier Ellen Wøhni, konserntillitsvalgt Helse Midt-Norge RHF.

Kort og lang sikt

En økonomisk hestekur som resulterte i en innsparing på 400 millioner på to år har nå ført hennes helseforetak fra bunn- til topprangering hos politikere og media. Hun innrømmer at dette oppleves som greit etter mange år med «kjeft».

– Men vi er jo ikke sikre på at alt vi gjorde er så lurt på lang sikt. Ved å kutte liggetiden overfører vi større ansvar til primærhelsetjenesten. Vi må hele tiden huske at vi behandler de samme pasientene, sier Wøhni.

Begrepet «god samhandling» er alle enige om, men veien dit er verre. Aktørene i hovedstadsprosessen har ikke lang tid på seg til å lykkes med målene.

– Helse Sør-Øst er *nødt* til å løse utfordringene i denne regionen. Og det håper jeg vi gjør, sier Morten Falkenberg.

VÆR TYDELIG: Ansvaret for tydelige prioriteringer ligger hos statsråden og ledelsen i helseforetakene, mener konerntillitsvalgte Kirsti Jacobsen (t.v.) i Helse Nord RHF og Ellen Wøhni i Helse Midt-Norge RHF.

Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum ATC-nr.: G04B D10

DEPOTTABLETTER *7,5 mg og 15 mg:* *Hver depottablett inneh.:* Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171). 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og urgency som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. ***Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år:*** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. ***Barn:*** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. *Nedsatt nyrefunksjon:* Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er unødvendig. *Nedsatt leverfunksjon:* Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er unødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom fordelen oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itrakonazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom neuropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neurogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnighet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tioridazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amming. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørrhet. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomnia, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifert. Syn: Unormalt, inkl. sløret syn. Urogenitale: Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerte. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktsødem, smaksforstyrrelser. *Laboratorieverdier:* Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Doser på 75 mg har gitt munntørrhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. *Behandling:* Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåkning. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Urologisk spasmolytikum. *Virkningsmekanisme:* Selektiv muskarinreseptorantagonist (M_3 SRA). M_3-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. *Absorpsjon:* Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. *Proteinbinding:* 98%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum 163 liter. *Metabolisme:* Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. *Utskillelse:* Ca. 60% i urin, ca. 40% i fæces. Kun 3% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: ***7,5 mg:*** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. ***15 mg:*** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90.

T: 40a). *Refusjon:* Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 04.06.2007 (SPCer 23.03.2007)

Referanser: 1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M_3 selective reseptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.

ID kode: 4053/10.2007

REFUSJON ETTER §9 PUNKT 40

NOVARTIS

Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.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 antistofffnivå 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 1181,10

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

Nyhet!

ABILIFY® for behandling av akutt agitasjon hos pasienter med Schizofreni

ABILIFY® (aripiprazol) intramuskulær injeksjon

- Start behandlingen med rask kontroll av agitasjon med IM ABILIFY®*
- For å få langtidsfordelene av ABILIFY®, fortsett med tablettbehandling

*Intramuskulær (IM) Abilify® 7,5 mg/ml oppløsning for injeksjon, er indisert for hurtig kontroll av agitasjon og adferdsforstyrrelser hos pasienter med schizofreni, når oral behandling ikke er egnet. Behandling med aripiprazol injeksjonsvæske bør avsluttes så snart kliniske betingelser tilsier det, og bruk av oral aripiprazol bør initieres.[1]

1. Abilify® SPC

ABILIFY® til behandling av schizofreni

Bristol-Myers Squibb

Otsuka Otsuka Pharmaceuticals

ABILIFY™ (aripiprazol)

Se preparatomtale side 53

Terje Carlsen

Yrke: Sosiolog og journalist
E-post: te-carl@online.no

Smarte medisiner til friske mennesker

I flere og flere bransjer i yrkeslivet er de daglige oppgavene blitt nesten like krevende som de toppidrettsfolk møter på sportsarenaen. Mange takler ikke presset. Er det greit med «doping» for å få oss til å prestere mer?

Det låter som i en science fiction-roman. Bare at denne gangen er det ikke fiction. En ny generasjon medisiner inntar nå apotekhyllene. Virkningen sies å være like potent for intellektet som Viagra er for mannekroppen. Med andre ord: tabletter som kan gjør deg både 10 og 20 prosent smartere enn det du er i dag. I et arbeidsliv som byr på stadig mer komplekse oppgaver, kan det være fristende å ty til såkalte «cogs», eller kognitive boosters, for noen hver. Elitesoldater i krigsområder har lenge brukt slike medisiner, ifølge det prestisjetunge vitenskapstidsskriftet Nature. Like ens er de utprøvd på skiftarbeidere i USA for å se om de kan kompensere for noe av det oppmerksomhetstapet og den trøttheten som skiftarbeidere er utsatt for.

I Norge selges medisinen i dag under produktnavnet Modiodal, der virkestoffet heter modafinil. Her hjemme er det markedsført først og fremst som en medisin mot narkolepsi (en endogen sovesyke). Men også her hjemme har mange blitt klar over at medisinen har et anvendelsesområde langt utover dette, for eksempel før eksamener eller i den lokale sjakkturneringen.

Også idrettsfolk har anvendt stoffet for å øke konsentrasjonen og til å prestere mer. Det står imidlertid på dopinglisten til WADA. Det amerikanske sprinttalentet Kelly White testet for eksempel positivt på dette stoffet under friidretts-VM i Paris i 2003. Hun hevdet at hun lider av en arvelig sykdom og derfor benytter medikamentet. Hun ble likevel fratatt VM-medaljene sine.

En britisk tenketank tror ifølge Daily Telegraph at slike kognitive boosters eller enhancers om

Er det for eksempel riktig å medisinere friske mennesker til å klare oppgaver som de ellers ikke ville ha klart?

få år kan bli like vanlig i bruk som kaffe for å hjelpe brukerne til å tenke raskere, slappe av og sove mer effektivt. Spørsmålet er hvor langt vi skal gå for å imøtekomme dagliglivets utfordringer? Er det riktig å medisinere friske mennesker til å klare oppgaver som de ellers ikke ville ha klart? For så vidt er vi allerede godt i gang på den galeien. Barn og unge som ikke følger med like godt på skolen som såkalte «normale» barn, får Ritalin og andre stoffer som øker oppmerksomheten deres i ly av den omdiskuterte diagnosen ADHD. Kanskje vi heller burde forandre skolehverdagen for barn? Dersom en forstår helsevesenet som binært kodet, kan en si at uhelse frem til i dag har betydd innelukking, mens helse har betydd utelukking. Men etter hvert som medisinen brer seg utover og koloniserer stadig mer av vårt hverdagsliv, kan det i dag stilles spørsmål ved om dette ikke et stykke på vei er blitt snudd på hodet. I dag bruker friske og raske mennesker stadig større andel av blåreseptmidler og offentlige legeårsverk for å yte mer på jobb og i fritid, eller for å forebygge en eller annen sykdom som rent teoretisk kan inntreffe i fremtiden. Men siden det offentlige helsevesenet ikke er noen Sareptas krukke, innebærer likevel denne utviklingen at de virkelig syke trenges til side. Hvordan har det kunnet bli slik?

Det er etter hvert blitt en semantisk kjensgjerning at det betyr mer hvordan ting begrepsfestes enn hva de faktisk er. Men dersom noe fremstår som noe det egentlig ikke er, må det være noen som har *villet det slik*. For å kunne selge medisiner i høykostland med stor offentlig velferd og god helse, kan ikke legemiddelindustrien bare orientere seg mot de virkelig syke. Columbiegget heter risikofaktorer. I tidsskriftet

KLASSEKAMPEN

Ingen kvinnepott i 2009

Tre milliarder kroner til en egen kvinnelønnspott for å minske lønnsforskjellene mellom manns- og kvinneyrker var et av forslagene fra likelønnskommisjonen. – Nei, vi har ingen kvinnepott, slik som likestillingskommisjonen foreslo, i Soria Moria.

Finansminister Kristin Halvorsen (SV) til Klassekampen

VG NETT

Små fødeavdelinger må bli stuer

– Man kan stille spørsmål ved om politiske hensyn har vært viktigere enn faglige spørsmål om innhold og kvalitet. Det er alltid slik når man skal legge ned tilbud – det blir stort engasjement lokalt – men det er viktig å holde fokus på kvaliteten.

Stortingsrepresentant og jordmor Sonja Sjøli (H) til VG Nett

Illustrasjon: Tore Fossbakken

Legemiddelindustrien skifter fokus fra medisiner til hjelp for syke til det å øke yteevnen til friske.

Social Science and Medicine viser John-Arne Skolbekken hvordan begrepet «risiko» har inflatert i vitenskapelige publikasjoner de siste tiårene. På folkelig latin heter risiko *resucum*, som hentyder til fare, klippe og risiko til sjøs. Like ens har vi det greske ordet *rhiza*, som betyr å seile rundt klippen. Begrepet assosierer til Homers Odysseen, hvor Odyssevs og hans menn gjorde sin farefulle reise mellom Scylla og Karybdis i Messinastredet.

Med andre ord beror begrepet risiko på en forståelse av et samfunn eller individ som beveger seg bort fra tradisjonelle måter å gjøre tingene på, og som åpner seg selv for en problematisk fremtid. Mennesker som ikke mosjonerer, er overvektige eller røyker er i dagens optikk bærere av en risiko for sykdommer i en ukjent fremtid. Men de er ikke bare det. I en tidsalder som dyrker det lyteløse individ, er overvektige mennesker eller røykere med hvite tennissokker og grilldress like nedklasset som svarte var i Amerika før borgerrettighetskampene på 1960-tallet. Idealet blir det slanke og sosialt vellykkede mennesket som har lav sannsynlighet for sykdom i fremtiden. I legemiddelreklame er dette også et godt menneske i moralsk forstand. Mot en slik bakgrunn er det ikke merkelig at det moderne mennesket suger til seg fortellinger om genetisk terapi, liposkulpturering og smarte medisiner. Det britiske Akademiet for vitenskap (AMS) har i en rapport fra i fjor pekt på at denne utviklingen gjør at legemiddelindustrien skifter fokus fra medisiner til hjelp for syke til det å øke yteevnen til friske. Samtidig undergraver denne medikaliseringen av vårt samfunn innbyggernes naturgitte evne til å håndtere sykdom og nederlag på, slik også Jorid Anderssen viste i sin doktoravhandling ved Universitetet i Tromsø. Å gi smarte medisiner til friske mennesker er derfor ikke nødvendigvis smart. Et bærekraftig arbeidsliv må holde seg innenfor grensene for menneskets naturgitte yteevne dersom begrepet velferdsstat skal ha noe mening.

Menn vil ha blonde sykepleiere

Er du menns drømmedame? Britiske menn drømmer om blonde og blåøyde sykepleiere – med briller og med en betydelig lavere inntekt enn dem selv. Helst mellom 100 000 og 250 000 i året. Sykepleiere og reklameansatte er spesielt godt likt. Mer enn 66 000 menn har deltatt i undersøkelsen som er utført på nettstedet ukdating.com. Kvinner og Klær

Mer liberale til rus

– Vi finner en betydelig liberalisering av holdningene fra 1964 til 1989, som har forsterket seg til 2006. Det er en klar sammenheng: Jo mer folk drikker, dess mer liberale blir deres oppfatning av hva «alkoholmisbruk» er.

Sirus-forsker Sturla Nordlund til Aftenposten

Kampen om arbeidskraften

Høykonjunktur i Norge og ellers internasjonalt gjør at arbeidsmarkedet i landet vårt blir strammere og tøffere.

Privat næringsliv ønsker at sentrale myndigheter skal ha et sterkt fokus og økt satsing på realfag og teknologi. Offentlig sektor får større og større krav fra sentrale myndigheter i forhold til tjenester innenfor barnehage, skole, pleie og omsorg, kultur og fritid som de skal tilby sine innbyggere.

Samtidig vet vi at tilgangen til arbeidskraft er blitt knappere i dag enn tidligere, og i lengre perspektiv kan det se ut til at behovet for arbeidskraft vil bli større enn arbeidskrafttilbudet.

Det trengs folk med kompetanse som skal sikre produksjonen i næringslivet, og det er et stort behov for en høyt utdannet arbeidsstyrke som skal sørge for at innbyggerne i norske kommuner, fra vugge til grav, får sine velferdstjenester på en kvalitativ god og faglig forsvarlig måte.

Det er også en kjensgjerning at Norge er et av de få land i verden som har små lønnsforskjeller (kun 2,2 prosent) mellom stillinger uten krav til utdanning og stillinger med høyskole – eller universitetsutdanning. I andre land er forskjellene rundt 20 prosent. Det betyr med andre ord at kompetanse og utdanning ikke er godt nok verdsatt i vårt system.

Teknologisk utvikling gjør at vi lever lengre, lever bedre, og har bedre utviklingsmuligheter enn før. Men dette betyr også at jo lengre vi lever, jo mer avhengige blir vi av hjelp. Det sies så fint at den teknologiske utviklingen (les roboter) kan være med og løse bemanningsproblemene i pleie- og omsorg i fremtiden. Jeg kan ikke nekte for at eventuell bruk av roboter vil være med på å avverge noe av personellmangelen. Tunge løft, gulvvask, andre «mekaniske» oppgaver vil kanskje kunne gjennomføres av maskiner. Det vil kunne være med på å lette arbeidssituasjonen for mange av dem som sliter i dag. Men så lenge helsesektoren forholder seg til mennesker med sine ulike behov for behandling, pleie og omsorg tviler jeg sterkt på at robotene vil kunne ivareta dette. Spørsmålet kan også stilles om vi ønsker å bli behandlet av maskiner i fremtiden?

Utfordringen går da til beslutningstakere som har som oppgave å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere som skal gi velferdstjenester til samfunnets innbyggere. Det er på tide at arbeidet på dette området intensiveres, og at arbeidsgiversiden gir anerkjennelse og viser at medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktoren for å oppnå ønsket kvalitet og tjenesteomfang.

Med vennlig hilsen Monica C. Gåsvatn, hovedtillitsvalgt, Norsk Sykepleierforbund i Sarpsborg

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Dobbelt søppel

I løpet av 2007 har jeg mottatt over ½ kg papirsøppel (522 gram for å være nøyaktig) som medlem av NSF. Dette kommer i form av vedlegg til Sykepleien, og innholdet er i det alt vesentlige reklame for diverse mer eller mindre seriøse hobby-, blad- og bokklubber. Samt tvilsomme «helseprodukter», som etter sigende skal hjelpe mot alt fra rynker og muskelplager til depresjoner og et skrantende sexliv, innimellom «må ha»-tilbud som for eksempel «Biffsett i verdensklasse» og «Alt-i-ett- hårfjerningssystem for kvinnelige former».

NSF har over 80 000 medlemmer, og disse mottar samlet altså over 40 tonn papir *årlig* med reklame de fleste verken ønsker (antar jeg) eller har bedt om. For å få dette ut til medlemmene er bladet i tillegg omgitt av plastfolie (ca. 1,5 millioner stykker i løpet av ett år), noe som heller ikke akkurat bidrar til bevaring av vår felles klode.

Dette er dobbelt betenkelig, fordi det bidrar til unødvendig plast- og papirsøppel, og det er ikke en seriøs fagorganisasjon verdig å åpne sitt medlemsblad for markedsføring av heller tvilsomme produkter.

Fenomenet er relativt nytt i NSF-sammenheng, men det vitner etter min mening om manglende dømmekraft i forhold til hva et seriøst fagblad skal være. Jeg anser dette så vidt alvorlig at jeg faktisk har vurdert mitt medlemskap, men jeg ønsker først en redegjørelse fra ansvarlig hold før jeg tar en endelig beslutning. At reklameinnstikkene er et spørsmål om økonomi, er jeg ikke et øyeblikk i tvil om. Men jeg tror jeg har særdeles mange medlemmer med meg i å heller ville betale noen kroner ekstra i kontingent mot å slippe flere «uimotståelige» tilbud av tvilsom karakter – markedsført gjennom medlemsbladet.

Kari Gulla, medlem nr. 408823

Dagbladet.no

– Gammelmodige

Mye tyder på at det skjer noe med kjønnsrollene når vi får en partner og begynner å tenke på barn. Som single kan vi kvinner si mye om likestilling, men så fort det kommer en partner inn i bildet, blir vi mer gammelmodige enn vi kanskje tror.

Forsker Nina Amble ved Arbeidsforskningsinstituttet til Dagbladet

6-timersdag til småbarnsforeldre

– Likelønn er en stor utfordring, som krever store løsninger. Vi har derfor et forslag om å utrede en avvikling av dagens kontantstøtte og i stedet bruke disse midlene til å finansiere en ny reform i norsk arbeidsliv: Deltid for småbarnsforeldre med full lønnskompensasjon.

Nitos president Marit Stykket til ntb.no

En utstrakt arm til kollegaen

Erfaringer fra et sykehus på Østlandet tyder på at den stadig mer utbredte kollegastøtteordningen bidrar til at arbeidstakere kommer raskere tilbake på jobb etter et sykefravær. Trenger vi å gi medarbeidere et formelt ansvar for å støtte en syk medarbeider? Ja, mener en kollegastøtte. Hans erfaring er at «alle» liker å bli sett. Han tar kontakt med kolleger bare for å høre hvordan det går, hvordan det er med tenåringene i huset og så videre. Han vet at hjemmesituasjonen har direkte påvirkning på hvordan man har det på jobben.
Kollegastøttene er en del av Kollegastøtteordningen, et lavterskeltilbud i form av mellommenneskelig støtte. Ordningen hadde sin opprinnelse i Boston. Der tok politiet den i bruk allerede på 1950-tallet som et ledd i stressmestring. Den ble tatt i bruk i Norge av politiet første gang i 1987. Siden har mange arbeidsplasser fulgt etter.
De frivillig oppnevnte kollegastøttene skal ha god kjennskap til arbeidsforholdene til kollegene på det aktuelle arbeidsstedet. Ordningen tar utgangspunkt i arbeidsmiljølovens §1.1 der det står at: «Arbeidsmiljøet skal sikres slik at det gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet.»
Statistisk sentralbyrås sykmeldtestatistikk viser at det innenfor helse- og omsorgsinstitusjonene, både i offentlig og kommunal forvaltning, har vært en økning i sykefravær det siste året.
På samme tid eksisterer det en generell holdning om at kanskje det viktigste forebyggende bidrag innenfor det helsefremmende arbeidet skjer på mellommenneskelig nivå. Altså selvhjelpsgrupper og selvstyrte grupper samlet omkring felles interesser, ståsted og oppfatning. Innenfor sykepleie blir det sagt at arbeidsbelastningene, til forskjell fra mange andre yrker, inneholder både psykiske og fysiske belastninger.
En viktig faktor som har negative helsekonsekvenser er dårlig samhold og støtte mellom arbeidskolleger. Og en av oppdagelsene fra det forebyggende arbeidet de siste 20–30 årene, er nødvendigheten av et støttende sosialt nettverk, både for fysisk og sosial helse.
John Gunnar Mæland skriver videre i boken «Forebyggende helsearbeid» at det sosiale nettverkets viktigste funksjon antakelig er å gi mennesker følelsesmessig kontakt og støtte.
I dette arbeidet kan kollegastøtte spille en viktig rolle. Stadig flere sykehusavdelinger har allerede innført Kollegastøtteordningen.
Hva går dette ut på?
En kollegastøtte blir forespurt om de ønsker dette vervet etter forslag fra øvrige arbeidskolleger. Personen har ofte jobbet på arbeidsstedet en stund og kjenner rutiner, arbeidsmiljø og kollegaene godt og har gjerne tillit blant de andre ansatte. Vedkommende får ofte et ytterligere ansvar for å skape et godt miljø etter at han blir valgt og skal være et godt forbilde.
Kollegastøttene får opplæring i samtaletrening/-teknikk og lyttekompetanse. De får som oftest også opplæring i førstehjelp ved fare for suicid og kursing i konfliktløsning på arbeidsplassen. De skal også lære seg til å se tegn på om kolleger har det vanskelig og vite hvordan de skal planlegge og gjennomføre en samtale.
Denne kommunikasjonstreningen skal gi kollegastøtten egenskaper som gjør at man kan opptre som en god medarbeider, som har evne til å kommunisere under skiftende forutsetninger, og som har ferdigheter i å forholde seg til andre mennesker slik at det oppstår konstruktive prosesser, og ikke destruktive.
Treningen skal videre gi evne til å føre dialog og også evne til å ta inn kollegaens perspektiv gjennom lytting.
I tillegg til opplæringen blir det gitt fast formell veiledning fire ganger i året til kollegastøttene, hvorav to er med. Man kan også søke om veiledning utenom dette.
Vi har blitt fortalt av en kollegastøtte ved dette sykehuset at det blir mange av disse såkalte uformelle samtalene, og kollegaer griper ofte tak i ham på jobb når det er rolig. Alle samtaler er etter eget ønske, og ingen kollegastøtter presser seg på. Hemmeligholdte ting forblir hemmelig. Kollegastøtter har 100 prosent taushetsplikt, og man går ikke videre med noe hvis ikke det er ønskelig fra kollegaens side.
Kollegastøtten får ofte positive tilbakemeldinger som for eksempel: «Samtalen hjalp meg; uten denne samtalen hadde jeg ikke kommet tilbake på jobb på lenge ennå. Jeg hadde nok tatt en videre sykemelding».
Ordningen er et tiltak skapt i helsefremmende øyemed og bidrar kanskje til den ekstra sosiale støtten som skal til for å mestre hverdagen. I alle fall er tilgjengeligheten av kollegaens personlige støtte, i stedet for sjefens utfylling av skjemaer, kanskje noe som flere arbeidsplasser burde benytte seg av.

Av Eva Camilla Sørlie og Joakim Jerven Magnussen, sykepleierstudenter ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.

– Umulig

– Det er en umulig oppgave å på en gang jobbe fulltid, ha omsorg for barn, gjøre det meste av husarbeidet og stå på barrikadene for likelønn. Så mange kvinner velger å løse denne skvisen gjennom å arbeide deltid.

Gerd-Liv Valla til Stavanger Aftenblad

Endelig heltidsjobb

– Det som er så fint med full fast stilling er at jeg nå slipper å bli oppringt nesten hver morgen. Det tok ti å få fast full stilling, men det løste seg til slutt. Så det er bare å holde ut, jenter, fleiper sykepleier Bente Mostue.

Østlendingen

C Levitra Bayer Middel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E09 TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneh: Vardenafilhydrokloridtrihydrat tilsv. vardenafil 5 mg, resp. 10 og 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon, som er manglende evne til å oppnå eller opprettholde en penil ereksjon tilstrekkelig for tilfredsstillende seksuell aktivitet. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk til kvinner. Dosering: Anbefalt dose er 10 mg og tas ved behov ca. 25-60 minutter før seksuell aktivitet. Basert på effekt og toleranse kan dosen økes til 20 mg eller reduseres til 5 mg. Maks. anbefalt dose er 20 mg. Maks.anbefalt dosering er 1 gang daglig. Kan tas sammen med eller uavhengig av mat. Innsettende virkning kan forsinkes tatt sammen med måltid med høyt fettinnhold. Eldre: 5 mg bør brukes som første dose. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild og moderat reduksjon («Child-Pugh» grad A-B), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt nyrefunksjon: Ved mild til moderat reduksjon er dosejustering unødvendig. Ved sterk reduksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og 20 mg. Ikke indisert for bruk til personer under 18 år. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for vardenafil eller noen av hjelpestoffene. Samtidig bruk av nitrater eller NO-donorer som amylnitritt. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arterittisk ischemisk fremre optikusneuropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av PDE5-hemmere eller ikke. Bør generelt ikke brukes av menn der seksuell aktivitet ikke anbefales (f.eks. pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom som ustabil angina pectoris eller alvorlig hjertesvikt (NYHA III eller IV)). Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir). I tillegg er ketokonazol og itrakonazol (oral form) kontraindisert hos menn >75 år. Inntil ytterligere informasjon foreligger: Alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C), sluttstadium av nyresykdom som krever dialyse, hypotensjon (blodtrykk <90/50 mmHg), nylig gjennomgått slag eller hjerteinfarkt (siste 6 måneder), ustabil angina og kjente arvelige degenerative retinasykdommer som retinitis pigmentosa. Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse bør utføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og bestemme mulige underliggende årsaker, før behandling vurderes. Pasientens kardiovaskulære status bør vurderes før behandling, da det er en viss kardial risiko forbundet med seksuell aktivitet. Vardenafil har vasodilatoriske egenskaper som gir mildt og forbigående blodtrykksfall. Pasienter med venstreventrikulær utstrømningsobstruksjon, f.eks. aortastenose og idiopatisk hypertrofisk subaortisk stenose, kan være følsomme overfor virkningen av vasodilatorer inkl. PDE5-hemmere. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med anatomiske deformasjoner av penis som knekkdannelse, kavernøs fibrose eller Peyronies sykdom, eller hos pasienter med lidelser som kan predisponere dem for priapisme som sigdcelleanemi, multippelt myelom eller leukemi. Kombinasjoner av vardenafil med andre behandlinger for erektil dysfunksjon er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Legemidler som kan forlenge QTc-intervallet, inkl. vardenafil, bør helst unngås til pasienter med relevante risikofaktorer, f.eks. hypokalemi, medfødt QT–forlengelse, samtidig administrering av antiarytmika klasse 1A (f.eks. kinidin, prokainamid) eller klasse III (f.eks. amiodaron, sotalol). Pasienten bør rådes til å avbryte behandlingen og kontakte lege umiddelbart dersom plutselige synsforstyrrelser skulle oppstå. Vardenafil bør bare gis til pasienter med blødningsforstyrrelser eller aktivt mavesår etter vurdering av fordel/risiko. Pasienter bør gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på vardenafil før de kjører bil eller bruker maskiner. Interaksjoner: Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir, itrakonazol og ketokonazol (oral form)) bør unngås, da dette gir sterk økning i konsentrasjoner av vardenafil. I kombinasjon med erytromycin (CYP 3A4-hemmer) kan dosejustering av vardenafil være nødvendig. Dosen bør her ikke overstige 5 mg. Samtidig bruk av vardenafil med alfablokkere kan føre til symptomatisk hypotensjon hos noen pasienter. Samtidig behandling skal bare startes hvis pasienten er stabilisert på alfablokkerbehandling, og vardenafilbehandling startes med laveste anbefalte startdose på 5 mg. Vardenafil kan gis når som helst med tamsulosin. Med andre alfablokkere bør en tidsseparasjon av doseringen vurderes ved samtidig forskrivning. Pasienter som allerede tar en optimalisert dose av vardenafil, bør starte alfablokkerbehandling med laveste dose. Trinnvis økning av alfablokkerdosen kan være forbundet med ytterligere blodtrykkssenkning. Nicorandil har potensiale til å gi alvorlige interaksjoner med vardenafil pga. nitratkomponenten. Grapefruktjuice kan gi moderat plasmaøkning av vardenafil. Kombinasjonen bør unngås. Ved samtidig bruk av depotformulering med nifedipin til hypertensive pasienter er det sett ytterligere reduksjon av blodtrykk målt liggende, samt en liten økning i hjertefrekvens. Bivirkninger: Vanligst er rødme og hodepine. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme. Luftveier: Nesetetthet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Unormale leverfunksjonsprøver, økt GGTP (gammaglutamyltranspeptidase). Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, ansiktsødem, utslett. Luftveier: Dyspné, epistakse. Metabolske: Økt kreatininkinase, myalgi, ryggsmerter. Sentralnervesystemet: Somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon, postural hypotensjon, takykardi, hjertebank. Syn: Synsforstyrrelser, inkl. økt lysfølsomhet, kromatopsi, rennende øyne, konjunktivitt, tåkesyn. Sjeldne (<1/1000): Luftveier: Larynksødem. Neurologiske: Synkope. Muskel-skjelettsystemet: Muskelstivhet. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Angina pectoris, myokardischemi. Syn: Økt intraokulært trykk. Urogenitale: Priapisme, økt ereksjon (forlengede eller smertefulle ereksjoner). Øvrige: Hypersensitivitet. Ukjent frekvens: Non-arterittisk ischemisk fremre optikusneuropati, hjerteinfarkt. For en annen PDE5-hemmer er det sett alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkl. cerebrovaskulær blødning, plutselig hjertedød, forbigående ischemisk anfall, ustabil angina og ventrikulære arytmier. Overdosering/Forgiftning: 80 mg tolerert uten alvorlige bivirkninger. Symptomer: Ved høyere og hyppigere doser enn anbefalt (40 mg 2 ganger daglig) er det rapportert tilfeller av sterke ryggsmerter (ikke forbundet med noen muskel- eller neurologisk toksisitet). Behandling: Symptomatisk ved behov.Egenskaper: Klassifisering: Potent og selektiv hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5), den viktigste PDE i humant corpus cavernosum. Virkningsmekanisme: Øker kraftig effekten av endogent nitrogenoksid i corpus cavernosum ved å hemme PDE5. Når nitrogenoksid frigjøres som følge av seksuell stimulering, fører hemming av PDE5 til økte cGMP-verdier i corpus cavernosum. Dette fører til avslapning av glatt muskulatur som gir økt blodtilstrømning til penis. Innen 25 minutter får de fleste menn tilstrekkelig ereksjon for samleie. Ved erektil dysfunksjon oppnådde 68% (5 mg), 76% (10 mg) og 80% (20 mg) tilstrekkelig ereksjon til samleie, og evnen til å opprettholde ereksjon ble angitt som 53% (5 mg), 63% (10 mg) og 65% (20 mg). Effekt av vardenafil er sett hos pasienter med psykogen erektil dysfunksjon, blandet erektil dysfunksjon, organisk erektil dysfunksjon, ischemisk hjertesykdom, hyperlipidemi, kronisk lungesykdom, depresjon, diabetes mellitus, prostatektomerte pasienter, pasienter med ryggmargsskade, pasienter på samtidig behandling med antihypertensiva og hos eldre. Absorpsjon: Raskt. Ved faste oppnås maks. plasmakonsentrasjon etter 30-120 minutter. Kan tas sammen med mat, men svært fettrikt måltid (57% fett) reduserer absorpsjonshastigheten. Proteinbinding: Ca. 95% for vardenafil og hovedmetabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady-state» er 208 liter. Halveringstid: 4-5 timer. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4, til en viss grad via CYP 3A5 og CYP 2C. Hovedmetabolitten viser en fosfodiesteraseselektivitetsprofil tilsvarende vardenafil, og utøver ca. 7% av effekten. Utskillelse: 91-95%, hovedsakelig som metabolitter via fæces. 2-6% via urin. Clearance av vardenafil er redusert hos eldre >65 år og hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Pakninger og priser: 5 mg: Enpac: 4 stk. kr 298,70. 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 337,80. 12 stk. kr 944,80. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 378,00. 12 stk. kr 1065,20. Sist endret: 05.03.2007

Stemme fra Oslo

Jeg er sykepleierstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og sitter med bacheloroppgaven min om premature og foreldreomsorg. Pausene bruker jeg til å spise, og nå har jeg nettopp lest gjennom Sykepleien.

Artikkelen til gjesteskribent Jon Hustad i Sykepleien nr. 5/08 fanget meg på grunn av at den var skrevet på nynorsk (Jeg er opprinnelig dansk, men bor sammen med en sogning). Mens jeg leste artikkelen din tenkte jeg at du jo sier en del bra ting. Vi lever i et rikt land med mye luksus. Men da jeg kom til siste spalte ble jeg nesten forbannet. Du skriver at hvis noe går galt er legene og sykehuset bare en telefon og et par minutter unna. Det er altså ikke slik i virkeligheten! Det er gjerne sånn i Oslo og omegn, men hev blikket ditt litt og se på distriktene som resten av Norge består av. Jeg blir rett og slett provosert når folk ikke ser på landet som en helhet når de uttaler seg i et offentlig blad som leses også i Høyanger (6 mil til sykehuset), Lærdal (hvor fødeavdelingen blir lagt ned) og langt ute i ytre sogn hvor en må med x antall båter før man kommer til fastland med veiforbindelse til sykehuset. Jeg kommer fra et land hvor alt er fem minutter unna, så jeg ser forskjellene! Her tar ting tid! Og tid er en farlig faktor i mange sammenhenger. Artikkelen din var god – inntil «Med dagens teknologi veit ein på førehand kva som er risikofødslar og kva som ikkje er risikofødslar ...»

Jeanette Friis, sykepleierstudent bosatt i Høyanger (i Sogn og Fjordane for dem som ikke kommer seg ut av Oslo) hvor fødsler foregår i ambulanser på vei til Førde sentralsykehus 60 km unna.

Skal økonomiske insentiver brukes for å fremme god kvalitet?

Å bruke stykkprisordninger til å styre kvaliteten i pasientbehandlingen er i beste fall et risikoprosjekt. I tillegg er det usikkert om innføring av økonomiske insentiver fører til bedre kvalitet.

Kjell Møller Pedersen stiller i Sykepleien nr. 3/08 blant annet spørsmålet om DRG-systemet gir de nødvendige insitamenter til å levere helsetjenester med god kvalitet. Det vises her til at en i USA har valgt å knytte betalingsordningen med DRG opp til kvalitetsparametre. Dette skal i prinsippet gi et økonomisk insentiv til å levere tjenester med bedre kvalitet.

DRG-systemet slik det brukes i USA er imidlertid, til forskjell fra den norske ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF), et rendyrket stykkprissystem og vanskelig å bruke som referanse. Men uansett er det grunn til å advare mot en slik ukritisk bruk av finansiering som virkemiddel.

Helsetjenesten består av kunnskapsbedrifter hvor profesjonsetikken styrer mye av atferden. Vi har (heldigvis) å gjøre med en målgruppe som i mindre grad tenker på hva som er lønnsomt og har oppmerksomheten rettet mot pasientbehandlingen. Virkemiddelbruken må tilpasses deretter. Ledelse og målrettet faglig arbeid er etter vår vurdering de viktigste virkemidlene for å oppnå bedre kvalitet i behandlingen.

En dansk studie (DSI rapport 2008:02 Betaling for kvalitet) har undersøkt bruk av økonomiske insentiver i kvalitetsutvikling i Storbritannia og i USA. Studien konkluderer med at det er usikkert om innføring av økonomiske belønningssystemer vil føre til forbedringer i behandlingskvaliteten. Slike systemer kan også ha uønskede effekter. I verste fall vil disse føre til at risikopasienter velges bort, eller at behandlingene hvor kvalitet ikke lar seg måle, nedprioriteres.

Det er dessuten mye som tyder på at oppmerksomheten på inntektene allerede er for stor i deler av helsetjenesten. Å belønne kvalitet i ISF-ordningen vil kunne bety en ytterligere stimulans til å fortsette å ha oppmerksomheten på inntjening. Vi ønsker imidlertid å oppnå det motsatte. Vår vurdering er at vi trenger mer oppmerksomhet mot hvordan ressursene anvendes og mindre på «inntjening». Ansvaret for kvalitet må ligge i de respektive ledelses-ledd og være godt forankret i kunnskapsbasert praksis innen de enkelte faggruppene.

I Sosial- og helsedirektoratets rapport «Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten, en vurdering og aktuelle tiltak» kommer det klart frem at ISF-ordningen på ingen måte er perfekt, men det er det beste vi har. En av hovedutfordringene er hvordan systemet anvendes. ISF er ikke, og er heller ikke ment å være, et system for treffsikker finansiering av enkeltpasienter eller enkeltavdelinger. Det er viktig å kjenne systemets begrensninger dersom vi skal dra nytte av det uten å få med for mange uønskede bieffekter.

Olav V. Slåttebrekk, divisjonsdirektør i Sosial- og helsedirektoratet

Debatten som forsvant

«Debatten etter likelønnskommisjonens framlegg gikk inn på et sidespor som inneholdt forhold som kan ha betydning for menn, nemlig fedrepermisjon.. Det er selvsagt viktige samfunnsgoder det også. Men dette er etter min mening en avsporing og på nytt en synliggjøring av hvordan makta rår.»

Fylkesleder NSF Troms Hanne Marit Bergland i Troms Folkeblad

C Yasminelle
Bayer Schering Pharma AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: *Hver tablett inneh.:* Drospirenon 3 mg, etinyløstradiol (som betadexclathrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebotabletter. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** ***21 tabletter:*** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntrer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. ***28 tabletter:*** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tabletten tas fra feltet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasminelle 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromal-tilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående ischemisk hjertesykdom). Ved eksisterende cerebrovaskulær hendelse eller med en slik hendelse i sykehistorien. Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller pankreatitt i sykehistorien når det er forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistanke om maligne tilstander i genitale organer eller brystene, hvis disse er påvirkelige av seksualsteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Før behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykksmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og at den ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, migrene, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røyke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økning i hvor ofte migreneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallene er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med arvelig angioødem kan eksogene østrogener indusere eller forverre symptomene på angioødem. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familiær historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med choloasmatendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legekontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de lyserøde tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermed kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon viste ikke samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs noen signifikant effekt på serumkalium. Men samtidig bruk av aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. I slike tilfeller bør serumkalium kontrolleres i den første behandlingssyklusen. (I: G03A A/ABB p-piller) **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og endre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amming. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystsmerter, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vektøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasi, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetetokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Angioødem, alopesi, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Faryngitt. Neurologiske: Parestesi, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervøsitet, søvnproblemer, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migrene, varikøse vener. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Ovariecyster, menstruasjonsforstyrrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginitt, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkensmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerte, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerter, ekstrem tørste, økt svetting, vekttap.Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og fæces er på ca. 40 timer. Etinyløstradiol: Plasmaclearance for etinyløstradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er på rundt 1 dag. Metabolisme: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. Etinyløstradiol omdannes fullstendig, mesteparten i tynntarmens mucosa og i leveren. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og fæces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser:
3 × 21 stk. kr 237,80.
3 × 28 stk. kr 229,70.
Sist endret: 05.11.2007

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Abilify «Otsuka Pharmaceuticals»

Antipsykotikum. ATC-nr.: N05A X12

INJEKSJONSVÆSKE, opplösning 7,5 mg/ml: 1 ml inneh.: Aripiprazol. 7,5 mg (1,3 ml inneh. 9,75 mg), const. q.s. **MIKSTUR**, opplösning 1 mg/ml: 1 ml inneh.: Aripiprazol. 1 mg, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), const. q.s. Sukkerholdig. Appelsinsmak.1 **SMELTETABLETTER** 10 mg og 15 mg: Hver smeltetablett inneh.: Aripiprazol. 10 mg, resp. 15 mg, aspartam. 2 mg, resp. 3 mg, const. q.s. Fargestoff: 10 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172). **TABLETTER** 5 mg, 10 mg, 15 mg og 30 mg: Hver tablett inneh.: Aripiprazol. 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg et 30 mg, lactos. 67 mg, resp. 62 mg, 57 mg et 187 mg, const. q.s. Fargestoff: 5 mg: Indigotin (E 132). 10 mg og 30 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner**: Behandling av schizofreni. Injeksjonsvæske: Hurtig kontroll av agitasjon og atferdsforstyrrelser hos pasienter med schizofreni, når oral behandling ikke er egnet. **Dosering:** Voksne: Tabletter, smeltetabletter, mikstur: Anbefalt startdose er 10 mg eller 15 mg 1 gang daglig (dvs. 10 eller 15 ml mikstur), med en vedlikeholdsdose på 15 mg 1 gang daglig, uten hensyn til måltider. Aripiprazol er effektivt i doser fra 10-30 mg/dag (dvs. 10-30 ml mikstur/dag). Det er ikke påvist at høyere doser enn en døgndose på 15 mg kan gi bedre effekt, men enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser. Injeksjonsvæske: Settes i deltoid eller dypt i gluteus maximus-muskelen. Må ikke administreres i.v. eller s.c. Anbefalt startdose er 9,75 mg (1,33 ml) som 1 i.m. injeksjon. Effektivt doseringsområde er enkeltinjeksjon på 5,2515 mg. Lavere dose på 5,25 mg (0,7 ml) kan gis, basert på individuell klinisk status, noe som også bør medføre vurdering av legemidler som allerede administreres enten som vedlikeholds- eller akuttbehandling. En ny injeksjon kan administreres etter 2 timer, basert på individuell klinisk status. Det bør ikke gis mer enn 3 injeksjoner i løpet av 24 timer. Hvis fortsatt behandling med oral aripiprazol er indisert, se tabletter, smeltetabletter eller mikstur. Maks. døgndose bør ikke overskride 30 mg, dette gjelder alle formuleringer. Barn og ungdom <18 år: Ingen erfaring. Preparatet anbefales ikke til denne pasientgruppen. Eldre: Effekt hos pasienter >65 år er ikke fastsatt. Lavere startdose bør vurderes når kliniske faktorer tilsier dette, da denne pasientgruppen er mer sensibel. Nedsatt leverfunksjon: Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør aripiprazol administreres med varsomhet, og maks. døgndose på 30 mg brukes med forsiktighet. Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for aripiprazol eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Effekten av aripiprazol injeksjonsvæske hos pasienter med agitasjon og adferdsforstyrrelser ved andre tilstander enn schizofreni, er ikke fastslått. Samtidig administrering av antipsykotika i injeksjonsform og parenterale benzodiazepiner kan føre til eksessiv sedering og kardiorespiratorisk depresjon. Dersom parenteral benzodiazepinbehandling anses som nødvendig i tillegg til aripiprazol injeksjonsvæske, bør pasientene overvåkes mht. overdrevet sedasjon og ortostatisk hypotensjon. Pasienter som får aripiprazol injeksjonsvæske bør observeres mht. ortostatisk hypotensjon. Blodtrykk, puls, respirasjonsrate og bevisstthetsnivå bør overvåkes regelmessig. Sikkerhet og effekt av aripiprazol injeksjonsvæske er ikke undersøkt hos pasienter med alkohol- eller legemiddelintoksikasjon. Ved antipsykotisk behandling kan forbedring av pasientens kliniske tilstand ta fra flere dager til noen uker. Pasienten bør overvåkes nøye i hele perioden. Suicidal adferd er rapportert raskt etter oppstart eller endring av behandling. Nøye overvåking av høyrisikopasienter anbefales. Bør brukes med forsiktighet ved kjent hjerte-karsykdom (tidligere hjerteinfarkt eller ischemisk hjertesykdom, hjertesvikt eller ledningsforstyrrelser), cerebrovaskulær sykdom, tilstander som predisponerer for hypotensjon eller hypertensjon, inkl. malign hypertensjon, samt ved forekomst av forlenget QT-intervall i familien. Dosereduksjon eller seponering bør vurderes dersom tegn eller symptomer på tardive dyskinesier oppstår. Symptomene kan forbigående bli svakere eller til og med inntre etter seponering. Ved utvikling av tegn og symptomer på Nevroleptisk malignt syndrom (NMS), f.eks. feber, muskelstivhet, endret mental status, autonom ustabilitet, økt kreatinfosfokinase, myoglobinuri, akutt nyresvikt, eller ved uforklarlig høy feber uten tillegg av andre kliniske manifestasjoner på NMS, skal alle antipsykotika, inkl. aripiprazol, seponeres. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt krampeanfall eller tilstander assosiert med kramper. Hos eldre pasienter med demens er det rapportert økt dødelighet ved bruk av aripiprazol. Cerebrovaskulære bivirkninger (f.eks. slag, TIA), inkl. dødsfall, har forekommet hos pasienter med psykose relatert til Alzheimers sykdom. Aripiprazol er ikke godkjent for behandling av demensrelatert psykose. Hyperglykemi, i noen tilfeller meget uttalt og assosiert med ketoacidose eller hyperosmolært koma eller dødsfall, er rapportert ved behandling med atypiske antipsykotiske legemidler, inkl. aripiprazol. Forkomst av fedme og diabetes i familien er risikofaktorer som kan predisponere for alvorlige komplikasjoner. Pasienten bør observeres for symptomer og tegn på hyperglykemi (f.eks. polydipsi, polyuri, polyfagi, svakhet), og pasienter med diabetes mellitus eller risiko for diabetes mellitus bør overvåkes regelmessig for forverret blodsukkerkontroll. Vektøkning er rapportert svært sjelden, og vanligvis hos pasienter med signifikante risikofaktorer, f.eks. diabetes, sykdommer i skjoldkjertelen eller hypofyseadenomer. Øsofagusdysmotilitet og -aspirasjon kan forekomme. Bør brukes med forsiktighet ved risiko for aspirasjonspneumoni. Bør ikke tas ved sjelden arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Pasienten bør advares mot å betjene farlige maskiner, inkl. motorkjøretøy, til reaksjonen på preparatet er kjent. **Interaksjoner:** Aripiprazol kan potensielt øke effekten av visse antihypertensiva pga. α1-adrenerg reseptorantagonisme. Pga. preparatets primære CNS-effekter, bør forsiktighet utvises ved samtidig inntak av alkohol eller andre sentralvirkende legemidler med overlappende bivirkninger som sedasjon. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering med legemidler som kan forårsake forlenget QT-intervall eller elektrolyttubalanse. Ved samtidig administrering av i.m. enkeltdose aripiprazol (15 mg dose) og i.m. lorazepam (2 mg dose) er det vist mer intens sedasjon enn når aripiprazol gis alene, og sett høyere ortostatisk hypotensjon enn når lorazepam gis alene. Famotidin reduserer absorpsjonsgraden til aripiprazol, men effekten anses ikke som klinisk relevant. Ved samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. kinidin, fluoksetin, paroxetin) eller CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, itrakonazol, HIV-proteashemmere), bør ordinert aripiprazoldose omtrent halveres. Når CYP 2D6- eller CYP 3A4-hemmeren seponeres fra kombinasjonsbehandlingen, bør aripiprazoldosen økes igjen. Beskjeden økning i aripiprazolkonsentrasjonen kan forventes ved samtidig administrering med svake CYP 3A4- eller CYP 2D6-hemmere. Ved samtidig administrering av potente CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, rifabutin, fenytoin, fenobarbital, primidon, efavirenz, nevirapin, johannesurt), bør aripiprazoldosen dobles. Ved seponering av potente CYP 3A4-induktorer, bør aripiprazoldosen reduseres til anbefalt dose. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ingen dokumentasjon foreligger. Skal ikke brukes ved graviditet med mindre fordelen forventes å oppveie potensiell risiko for fosteret. Pasienten bør rådes til å gi legen beskjed ved graviditet eller planlagt graviditet under behandlingen. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, konstipasjon, dyspepsi, munntørrhet. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet, akatisi, somnolens/sedasjon, tremor, ekstrapyramidale symptomer, inkl. parkinsonisme, dystoni, dyskinesi. Psykiske: Insomnia, rastløshet. Sirkulatoriske: Takykardi. Syn: Sløret syn. Øvrige: Asteni/tretthet. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Ortostatisk hypotensjon. Sjeldne (<1/1000): Blod: Leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Endokrine: Hyperglykemi, diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, diabetisk hyperosmolært koma. Gastrointestinale: Økt spyttsekresjon, pankreatitt, dysfagi, abdominalt ubehag, maveubehag. Hud: Utslett, fotosensitivitetsreaksjoner, alopesi, hyperhidrose. Lever: Gulsott, hepatitt. Luftveier: Orofaryngealspasme, laryngospasme, aspirasjonspneumoni. Muskel-skjelettsystemet: Stivhet, myalgi, rabdomyolyse. Nevrologiske: Taleforstyrrelse, NMS, grand mal-anfall. Psykiske: Nervøsitet, uro, engstelse. Sirkulatoriske: Synkope, hypertensjon, tromboemboliske hendelser, forlenget QT-intervall, ventrikulære arytmier, brå, uforklarlig død, hjertestans, «torsades de pointes», bradykardi. Urogenitale: Priapisme, urininkontinens, urinretensjon. Øvrige: Allergisk reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon, angioødem inkl. hevelse i tungen, tungeødem, ansiktsødem, kløe, urticaria), brystsmerter, temperaturreguleringsforstyrrelser (f.eks. hypotermi, pyreksi), perifere ødemer, perifere ødemer, vektøkning, vektreduksjon, anoreksi, hyponatremi. Selvmordsforsøk, selvmordstanker og gjennomført selvmord er rapportert. Laboratorieverdier: Økning i kreatinkinase, ALAT, ASAT, gammaglutamyltransferase. Økt blodglukose, svingninger i blodglukose, økt glykosylert hemoglobin. Andre kjente bivirkninger assosiert med antipsykotisk terapi, inkl. tardiv dyskinesi, kramper, samt cerebrovaskulære bivirkninger og økt dødelighet hos eldre demenspasienter, kan også forekomme. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er sett i doser beregnet på opp til 1080 mg uten dødsfall. Symptomer: Bl.a. kvalme, oppkast, asteni, diaré og søvnighet. Symptomer ved overdosering opp til 1260 mg: Letargi, forhøyet blodtrykk, søvnighet, takykardi og oppkast. Potensielt alvorlige symptomer, f.eks. ekstrapyramidale symptomer og forbigående bevisstløshet, har forekommet ved overdosering hos barn. Behandling: Overdosebehandling bør fokusere på støttende behandling, opprettholdelse av frie luftveier, oksygenering og ventilering samt behandling av symptomer. Muligheten for innvirkning av flere legemidler bør vurderes. Kardiovaskulær overvåkning, inkl. kontinuerlig EKG-overvåkning for å oppdage mulig arytmi, bør startes omgående. Kull kan være effektivt ved behandling av overdose. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. **Egenskaper:** Klassifisering: Antipsykotikum. Virkningsmekanisme: Det er antydet at aripiprazols effekt ved schizofreni er mediert via en kombinasjon av partiell agonisme for dopamin D2- og serotonin 5HT1a-reseptorer og antagonisme for serotonin 5HT2-reseptorer. Preparatet viser i dyremodeller antagonistiske egenskaper av dopaminerg hyperaktivitet og agonistiske egenskaper av dopaminerg hypoaktivitet. In vitro høy bindingsaffinitet til dopamin D2- og D3-, serotonin 5HT1a- og 5HT2a-reseptorer og moderat affinitet til dopamin D4-, serotonin 5HT2c- og 5HT7-, α1-adrenerge- og histamin H1-reseptorer. Moderat bindingsaffinitet til serotoninreopptaksseter, men ingen nevneverdig affinitet til muskarinreseptorer. Interaksjoner med andre reseptorer enn undertyper av dopamin- og serotoninreseptorer kan forklare noen av de øvrige kliniske effekter. Absorpsjon: Tabletter, smeltetabletter, mikstur: Maks. plasmakonsentrasjon 3-5 timer etter dosering. Absolutt biotilgjengelighet 87%. Farmakokinetikken påvirkes ikke av fettholdig måltid. Injeksjonsvæske: God absorpsjon. Absolutt biotilgjengelighet 100%. AUC for aripiprazol de 2 første timene etter i.m. injeksjon er 90% større enn AUC etter samme dose tatt som tablett. Systemisk eksponering for de 2 formuleringene er lik. Median tid til maks. plasmakonsentrasjon er 1-3 timer hos friske individer. Proteinbinding: >99%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Distribusjonsvolum: 4,9 liter/kg. Halveringstid: Ca. 75 timer. Ved dårlig CYP 2D6-metabolisering, ca. 146 timer. Metabolisme: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 og CYP 2D6 ved dehydrogenering og hydroksylering, via CYP 3A4 ved N-dealkylering. Utskillelse: Ca. 60% via fæces, ca. 27% via urin. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: Hettgl.: 1,3 ml kr 121,80. Mikstur: 150 ml kr 1451,10. Smeltetabletter: 10 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. 15 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. Tabletter: 5 mg: Enpac: 14 stk. kr 601,70. 28 stk. kr 1169,00. 56 stk. kr 2303,70. 10 mg: Enpac: 14 stk. kr 601,70. 56 stk. kr 2303,70. 15 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. 56 stk. kr 2303,70. 30 mg: Enpac: 56 stk. kr 4413,30. **Refusjon:** Gjelder smeltetabletter og tabletter. Refusjonsberettiget bruk: Schizofreni. Refusjonskode: ICPC: P72 Schizofreni (45), P98 Psykose schizofreniliknende akutt (45), P98 Psykose polymorf schizofreniform akutt (45). ICD: F20 Schizofreni (45), F21 Schizotyp lidelse (45), F22 Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelser) (45), F23.1 Akutt polymorf schizofreniform psykose (45), F23.2 Akutt schizofrenilignende psykose (45), F24 Indusert psykose (vrangforestillingslidelse) (45), F25 Schizoaffektive lidelser (schizoaffektive psykoser) (45), F28 Andre ikke-organiske psykoser (45). Vilkår: (45) Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehus, avdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om det er indisert å fortsette behandlingen ambulant.

Sist endret: 26.03.2008

Bristol-Myers Squibb

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.

Over til de grønne

I dag har jeg bokstavelig talt sett inn i hjernen til en annen.

– God morgen, Hansen, sier jeg forsiktig mens jeg trekker forhenget til siden og ser ham smile der han ligger i sengen. Han er klargjort til operasjon og skal gjennom et inngrep der de skal fjerne deler av en tumor i hjernen. Og jeg skal være med på det hele.

Heisen stopper, og vi triller ut i korridoren hvor allerede fire andre senger med pasienter står linet opp langs veggen. Tre sluser. Her skal samtlige pasienter som skal opereres på Haukeland universitetssykehus gjennom. En etter en dør blir åpnet, og grønnkledde mennesker med hetter på hodet og stetoskop rundt halsen roper opp de utvalgte.

Omsider er det Hansen sin tur. Mens han sendes gjennom pasientslusen blir jeg henvist til personalslusen. Det er som om jeg skal inn i en hemmelig verden. En lukket del av sykehuset som bare noen få får ta del i. Av med den hvite uniformen, på med den grønne. Jeg finner en hette som dekker håret og halsen min, og idet jeg får et glimt av meg selv i speilet kan jeg ikke annet enn å tenke: Nå, Camilla! Nå ser du ut som en ordentlig erfaren sykepleier! Dessuten kler jeg grønt mye bedre enn hvitt.

Jeg innser raskt at det er mange innbyggere i denne verdenen også. De grønne mennesker med bare øyne som viser hvem de er, fyker omkring, og tallet på operasjonsstuer er endeløst. Jeg sier tallet på stuen jeg skal til høyt flere ganger for meg selv mens jeg går med raske, bestemte skritt i en retning og håper på det beste. Så ser jeg ham gjennom et lite rundt vindu i døren.

Han ligger som en lysegrønn klatt på en benk i det store hvite, sterile rommet og sjarmerer anestesi- og operasjonssykepleierne i senk med sitt lune vesen og humoristiske kommentarer. De gjør sitt og mens anestesilegen skal få Hansen til å sovne, ser jeg at han blir blank i øynene. – Klør du i øynene Hansen? spør jeg – dum som et brød. Han ser på meg og sier: – Det er tårer.

Jeg kjenner et dunk i mellomgulvet og tar ham instinktivt i hånden. Hvordan kunne jeg unngå å forstå at til og med Hansen er berørt av situasjonen? Han klemmer hånden min og jeg ser tårene fortsetter å trille før de sakte lukker seg og han blir fylt opp av anestesi. Plutselig merker jeg at det ikke lenger er han som holder meg i hånden, men jeg som trykker hans.

Kirurgene barberer vekk det grå håret og tegner sirlig opp med svart sprittusj der de skal inn. Det er lett å se at de har gjort det før. De snakker om påskeferien sin mens de dytter en metalldings med skruer inn i skallen hans, og friskt blod drypper ned på det lyse gulvet og lager en liten knallrød dam. Jeg vet at han ikke kjenner noe, men skal de ikke være litt forsiktige? Før jeg rekker å tenke tanken ferdig, bruker hun ene skalpellen og skjærer i huden på det glattbarberte området. Til slutt er det ikke Hansen som ligger på operasjonsbordet lenger. Kun en del av et hode.

Jeg blir plutselig ekstremt bevisst på at jeg har et bind foran munnen som gjør det vanskeligere å puste. Vet ikke om det er fordi jeg innser at jeg har en hvitløksånde som nærmest paralyserer meg, eller om det er synet av huden som blir dratt til siden og stiftet med blå plastdingser. Lukten av brent hud slår mot meg på tross av munnbindet. Og hvitløken.

Et redskap som minner om en høvel blir brukt til å skrape bort periost på skallen hans. Det lager en lyd som minner meg om å banke med knoken på en dør. Boret og sagen dundrer hissig, og jeg får assosiasjoner til sløydtimene på ungdomsskolen. De lirker og påpeker at hjernehinnen til eldre mennesker ofte sitter godt fast. Jeg bare nikker og er sjeleglad for munnbindet likevel. For jeg står og gaper idet de løfter av skallen og operasjonssykepleieren legger den i en skål. Kirurgene fortsetter å skjære gjennom dura, og der ser jeg hjernen sånn som jeg kjenner den fra alskens anatomibøker og bilder. Gulaktig med blå og røde striper på.

Etter knapt to timer er jeg ute for å drikke litt vann. Igjen får jeg et glimt av meg selv i speilet. Jeg ser overhodet ikke ut som en hardbarka sykepleier. Øynene er rødsprengt og hodet mitt kjennes ut som om det skal eksplodere av alle sanseinntrykkene. Men i motsetning til kjære Hansen, trenger ikke hodepinen min et kirurgisk inngrep for at den skal forsvinne.

tekst **Bjørn Arild Østby**

Strengere for frekke helsearbeidere

Regjeringen foreslår endringer i helsepersonelloven og helseregisterloven. Det skal gi økt tillit til helsepersonell og helsetjeneste, samt bedre informasjonssikkerhet.

– Endringene innebærer at det stilles strengere krav til helsepersonells attester og erklæringer, at reaksjonssystemet overfor helsepersonell forbedres og at det innføres et klart forbud mot «snoking» i pasientopplysninger, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad. Hensikten med endringene i lovens reaksjonssystem er å gi tilsynsmyndighetene flere og bedre muligheter til å gripe inn overfor helsepersonell som opptrer på en uheldig måte.

Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og helseregisterloven følger opp forslag fra den såkalte Gravergruppens rapport fra mai 2006, og forslag i to høringsnotater fra departementet i februar og juni 2007.

Spørsmål fra leserne

Hva er likeverdig arbeid?

Det er mye snakk om likelønn om dagen. På min arbeidsplass jobber menn og kvinner på ulike avdelinger. Hvordan kan vi vurdere om arbeidet er likeverdig og dermed fortjener lik lønn?

Svar:

Først i 1961 ble egne kvinnetariffer med lavere lønn avskaffet, men fremdeles tjener kvinner 15 prosent mindre enn menn. Lønnsforskjeller som ikke er saklig begrunnet, kan klages inn til Likestillings- og diskrimineringsombudet. Ombudet vil vurdere saken og be arbeidsgiver begrunne lønnsforskjellene. På bakgrunn av fakta vil LDO komme med en uttalelse om likestillingsloven er brutt eller ikke. Handel og kontor gjorde dette med en sak fra Aftenposten og fikk medhold fra ombudet. For å vurdere om arbeid er likeverdig og dermed fortjener lik lønn, må dere først avdekke om det faktisk er kjønnsbaserte lønnsforskjeller på arbeidsplassen. Skaff dere en kjønnsdelt oversikt over lønn etter stillingsnivå og -kategorier. Tillitsvalgte har rett på tilgang til slike lønnsoversikter. Ta eventuelt utgangspunkt i to ansatte og vurder en kvinne i forhold til en mann. Er det forskjeller, finn ut om de er saklige! Ta utgangspunkt i hva slags kompetanse som er relevant for arbeidet, hvor mye utdanning og erfaring som kreves, hvor mye anstrengelse og ansvar stillingen har og hvor mye arbeidspress stillingen innebærer. Dersom disse kriteriene er omrent like, men lønnen er ulik, kan det være snakk om brudd på likestillingsloven § 5 (likelønnsbestemmelsen). Husk at ulike tariffavtaler i seg selv ikke er et argument for lønnsforskjeller. Det svenske likestillingsombudet, Jämo, har utviklet gode verktøy for å jobbe med likelønn i bedrifter. Likelønnskommisjonen har påpekt behovet for å få slike verktøy også i Norge. Nyttige linker: www.likelonn.no, www.jämo.se og www.LDO.no

Ingeborg Grimsmo, fungerende Likestillings- og diskrimineringsombud

C Vagifem «Novo Nordisk»

Østrogen ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER *25 µg Hver vaginaltablett inneh.:* Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 25 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel. Atrofisk vaginitt, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Dosering:** Føres dypt inn i skjeden vha. applikator. Startdose: 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Vedlikeholdsdose: 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. Behandlingen kan startes når som helst. Hvis en dose glemmes, skal den tas så snart pasienten husker det. Dobbelt dose bør unngås. Ved oppstart og ved behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose og korteste varighet brukes. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Under behandling, spesielt de første 2 ukene, kan det sees en svak absorpsjon, men da plasmaøstradiolnivåene etter de første 2 ukene vanligvis ikke overskrider postmenopausale nivåer anbefales ikke tillegg av gestagen. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Nytte/risikoforholdet bør vurderes grundig minst én gang årlig, og HRT (hormonell substitusjonsterapi) bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) skal foretas før behandlingen initieres eller gjeninnsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp regelmessig. Kvinner bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas i.h.t. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Systemiske effekter kan ikke utelukkes. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten overvåkes nøye: Leiomyomer (uterine fibro-ider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiasis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering og små doser, er forekomsten og alvorligheten av forholdene nevnt over mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrenelignende hodepine og graviditet. *Endometriehyperplasi og endometriekreft:* Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før oppstart av behandling. Risikoen for endometriekreft avhenger av både varighet og dose østrogen. Preparatet synes ikke å være forbundet med økt risiko for endometriehyperplasi eller uterus cancer. Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i mer enn 1 år uten at generell legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. *Brystkreft:* Systemisk østrogenterapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko for brystkreft er større når et gestagen er tillagt enten sekvensielt eller kontinuerlig og uavhengig av type gestagen. *Venøs tromboemboli:* Systemisk HRT er forbundet med en høyere relativ risiko (2-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten er mer sannsynlig i det første året av behandlingen. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofili har en økt risiko for VTE. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Slag: Det er vist økt risiko for ischemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogener og medroksyprogesteronacetat, men det er ukjent hvorvidt dette også gjelder andre HRT preparater. *Ovariekreft:* Langtidsbehandling (minst 5-10 år) med HRT med østrogen alene hos kvinner som har fjernet uterus har i noen studier vært forbundet med økt risiko for ovariekreft. Det er usikkert om dette også gjelder ved langvarig kombinasjonsbehandling. Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor overvåkes nøye i de første ukene av behandlingen. Pasienter med terminal nyreinsuffisiens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner ved start av kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert equineøstrogen og medroksyprogesteronacetat etter fylte 65 år. **Graviditet/Amming:** Skal ikke brukes ved graviditet eller amming. **Bivirkninger:** Vanligst forekommende er utflod og vaginalt ubehag. Østrogenrelaterte bivirkninger som brystsmerter, perifert ødem og postmenopausale blødninger forekommer fortrinnsvis i begynnelsen av behandlingen. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter, utspilt mave eller mavebesvær, dyspepsi, oppkast, flatulens. Neurologiske: Hodepine. Urogenitale: Genital candidiasis eller vaginitt, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Brystødem eller brystforstørrelse, brystsmerter eller brystømhet, perifert ødem. Svært sjeldne: Brystkreft, endometriekreft, hypersensitivitet NOS, væskeretensjon, insomnia, depresjon, forverret migrene, dyp venetrombose, diaré, urticaria, erytematøst utslett, ikke spesifikt utslett NOS, utslett med kløe, genital pruritus, endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginal sårhet, manglende effekt, vektøkning, økt østrogennivå i blod. Bivirkninger i forbindelse med andre østrogenbehandlinger: Hjerteinfarkt, kongestiv hjertesykdom, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodusum, vaskulær purpura, pruritus, vaginal candidiasis, risiko for å utvikle endometriekreft, endometrieshyperplasi eller økt størrelse av uterine fibroider, epilepsi, libidoforstyrrelser, forverring av astma og muligens demens. **Overdosering/ Forgiftning:** Ingen tilfeller av overdosering er rapportert. *Behandling*: Symptomatisk. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Syntetisk 17-ß-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. Vaginaltabletten er en filmdrasjert hydrofil matrikstablett som adhereres til vaginalslimhinnen. Ved hydrering dannes en gel og det skjer en langsom frigivelse av østradiol. *Virkningsmekanisme:* Substituerer redusert østrogenproduksjon. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og induserer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er avhengig av østrogen. Østrogen øker antallet overflateceller og intermediære celler sammenlignet med basalceller. Østrogen opprettholder skjedens pH på ca. 4,5. Dette fremmer normal bakterieflora, hovedsakelig Lactobacillus Døderlein. *Absorpsjon:* Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mavetarmkanal. Ved vaginal administrering unngås «first pass»-metabolisme. Maks. nivåer etter enkeltdose er ca. 175 pmol/liter (47-51 pg/ml). Etter 14 dagers behandling detekteres bare marginal absorpsjon av 17-ß-østradiol med gjennomsnittlig nivå innenfor det postmenopausaleområdet. Gjennomsnittlig konsentrasjon av 17-ß-østradiol ved hvert målingstidspunkt lå i det normale postmenopausale området. Ingen akkumulering av estron over en 12 ukers periode med administrering. *Metabolisme:* Metaboliseres til sulfat- og glukuronidkonjugater. *Utskillelse:* Via urin.

Pakninger og priser: (pr. 06.11.2007): Enpac: 15 stk. 144,70.

Sist endret: 26.10.2005

1) Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U et al. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. Maturitas 1996; 24: 31-6. 2) Mettler L, Olsen PG. Long-term treatment of atrophic vaginitis with low-dose østradiol vaginal tablets. Maturitas 1991; 14: 23-31 3) Dugal R et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estradiol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 293-7 4) Nilsson K, Heimer G. Low-dose oestradiol in the treatment of urogenital oestrogen deficiency - a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. Maturitas 1992; 15: 121-27 5) Weisberg E et al. Endometrial and vaginal effects of low-dose estradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. Climacteric 2005; 8: 83-92

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

50 mil å pendle

Foto: Sør-Varanger Avis

Trond Einar Olaussen er valgt til ny fylkesleder i Finnmark. Det er han fornøyd med.

– Det er mange utfordringer som venter meg, og jeg er klar for å sette i gang, sier han med lattermild stemme over telefonen.

Den nye fylkeslederen har bodd og jobbet hele sitt liv i Finnmark. Det mener han er en styrke – å kjenner sitt fylke godt.

– Jeg har likevel forberedt meg på en bratt læringskurve. Oppgavene og utfordringene som venter meg er nok annerledes enn jeg er vant til, sier Olaussen.

Han har jobbet både i kommunehelsetjenesten og på sykehus og har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Olaussen vet han står foran et viktig lønnsoppgjør.

– Det er en viktig oppgave. Det viktigste er kanskje å motivere og støtte de tillitsvalgte slik at de klarer å håndtere utfordringene de møter ute, sier han.

Fylkeslederen skal jobbe på fylkeskontoret i Hammerfest, men er bosatt i Kirkenes. Det er 50 mil å pendle.

– Vi er vant til avstander her oppe. Det er en del av hverdagen. Jeg må nok planlegge litt slik at ikke familien må lide. Det får vi til, slår han fast.

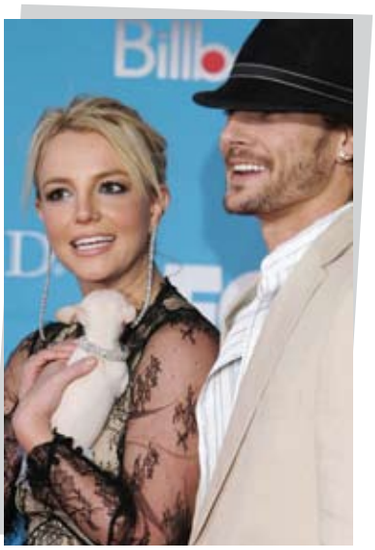
TIPS OSS om kolleger!

Har du kolleger som har foretatt seg noe spesielt? Vi vil gjerne skrive om bemerkelsesverdige sykepleiere. Skriv en kort omtale og send gjerne med foto. Send til: **redaksjonen@sykepleien.no**

Ansatte snoket i Britneys journaler

For andre gang må nå sykehuset UCLA Medical Center sparke minst 13 ansatte for å ha snoket i legejournalene til artisten **Britney Spears**. Ifølge Los Angeles Times skjedde bruddet på personvernbestemmelsene under hennes besøk på sykehusets psykiatriske avdeling. Det finnes ikke bevis på at noen av de ansatte har lekket eller solgt informasjon om Spears, ifølge The Times. Men snoking av denne typen bryter med både statlige og føderale lover om vern av helseopplysninger, og helsedepartementet i staten har opprettet etterforskning av sykehuset.

Dagbladet



GLADE DAGER: Britney Spears i lykkeligere dager, i 2004 med eksmannen Kevin Federline. Foto AFP/Scanpix.

Dr. Smerte

Foto: Høgskolen i Oslo

– Vi må drive en langt mer aggressiv smertebehandling, sier høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo **Alfhild Dihle** i sin doktorgradsavhandling.

Hun har sett på postoperativ smertebehandling fra et pasient- og sykepleieperspektiv.

– Det er helt klart at vi underbehandler pasientene, sier hun.

Halvparten av pasientene som var med i undersøkelsen sa de fikk for lite medisin.

Ifølge Dihle har sykepleierne et stort ansvar på dette området, siden det er de som administrerer medisinene på sykehuset.

I sin undersøkelse fant hun også et overraskende gap mellom hva sykepleierne sier de gjør og hva de faktisk gjør.

Dihle har selv bakgrunn som anestesisykepleier og har jobbet med smerte i over 30 år. Hun er den første sykepleieren med doktorgrad i akutte postoperative smerter.

Hun ønsker at det lages felles nasjonale retningslinjer for hvordan helsepersonell skal forholde seg til smerter etter en operasjon.

Sykepleien 7/08

Slitsomt og givende?

Sykepleiere som jobbet for norske humanitære organisasjoner under tsunamikatastrofen i Sørøst-Asia forteller om sine erfaringer.

Arbeidsstue for barn år 1918.

BARN: «Smaapikeparti» ved Nygaards arbeidsstue for barn i Bergen. Arbeidsstuen ble tatt i bruk for 100 år siden i år.

Støttet av brændevinshandelen

Den første arbeidsstue for barn i Norge blir etablert i Oslo i 1886 med 50 barn. Bergen får sin første i 1905. Den andre, Nygaards arbeidsstue (bildet), tar imot sine første barn i 1908. En av initiativtakerne er fru Helga Tschudi, en aktiv dame i Hjemmenes Vel, seinere Norges Husmorforbund.

Hensikten med arbeidsstuene er å ta imot barn mellom 7 og 14 år fra «… saadanne hjem hvor forældrene er fraværende paa arbeide, hvor fattigdommen er særlig trykkende, eller hvor moren som følge av barneflokkens størrelse eller andre grunde ikke er i stand til at føre det nødvendige tilsyn med dem», slik det står beskrevet i andre, reviderte utgave av Aschehougs konversasjonsleksikon fra 1920.

I arbeidsstuen skal de eldste barna lære forskjellige slags handverk «… som skomakeri, snekkeri, kurv- og spaanfletning, vævening, skræddersøm, børstebinding samt reparastionsarbeide».

De små skal øve seg i praktiske oppgaver som søm og strikking og ellers generelt venne seg til å arbeide. «Arbeidsstuer er et viktig virkemiddel i det sociale redningsverks og i folkeopdragelsens tjeneste».

Nygaardsgaten Arbeidsstue for barn i Bergen er ikke noe unntak. I årsmeldingen fra 1921 heter det at formålet er «at lære den oppvoksende slegt til fra barn af at bli nævedyktig og bruge sine fristunder til nyttig arbeide samt ophjelpe arbeidslyst og arbeidsglæde. Hermed haabet man ogsaa til dels at beskytte barnene mod gadelivets fristelser».

Dette rimer heller dårlig med det faktum at arbeidsstuen får tilskudd fra Bergens samlag for brændevinshandel.

Arbeidsstuen er et tilbud til både gutter og jenter, men det er tydelige forskjeller på aktiviteter gutter og jenter blir tilbudt. Eller som det heter i årsberetningen: «Paa smaapikepartiene er væsentlig drevet med søm som forklær, barnekjoler, lekedragter, undertøi, arbeidsposer og kurver, skoposer, strikkede og hekledde saker etc. Guttene er undervist i husflidsarbeider som enkel sløid, løvsag, spann, matter, skofletning, børstebinding, gryteskrubber etc».

Arbeidsstuesaken ble i starten anført av kvinner fra det øvre sosiale sjikt. Kvinnene skaffet finansiering, ordnet lokaler, hyret lærere og arrangerte sosiale tilstelninger med utstillinger og salg av barnas arbeider.

En statistikk fra 1923 viser at det den gang var opprettet 30 arbeidsstuer som ble besøkt av rundt 4 500 barn.

tekst **Bjørn Arild Østby**
foto **Billedsamlingen, Universitetet i Bergen**

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

Solide lønnstillegg er ønsket

I kampanjen «Arbeidsgivere søkes» markerte Norsk Sykepleierforbund (NSF) klare forventninger til årets lønnsoppgjør. Kampanjens avstemming på NSFs nettsider spente lønnskravene svært høyt!

NSFs annonse

– Sykepleierlønna er skammelig lav. Derfor markerer NSF at sykepleiernes arbeidsgivere må våkne opp og melde seg på i kampen om livsnødvendig kompetanse. Vi har ikke råd til at helsetjenestene sakker akterut lønnsmessig, sier forbundsleder i NSF Lisbeth Normann.

Annonsen ble rykket inn i en rekke riks- og regionsaviser samtidig som kampanjen pågikk på NSFs nettsider. På nett ble det avholdt en avstemming over hvor store lønnstillegg sykepleierne bør få i år, og 41 prosent av respondentene mener sykepleierne bør få mer enn 100 000 kroner i tillegg i år.

– Jeg regner med at mange medlemmer har sagt sitt i denne avstemmingen, og det er et betydelig press her, sier Normann.

Krever høyere lønn

Sykepleierne er en kvinnedominert yrkesgruppe med høy kompetanse. Jobben innebærer et stort og selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse, med høyt arbeidspress og en løpende plikt til å holde seg faglig oppdatert.

– Sykepleiere verdsettes ikke tilstrekkelig for sin kompetanse, utdanning og ansvar. Lønnsnivået er betydelig høyere for sammenliknbare mannsdominerte grupper i konkurranseutsatt sektor, og samtidig har disse gruppene en bedre lønnsutvikling. Det finner vi oss ikke lenger i! understreker Norman.

Likelønnskommisjonen har slått fast at det er et vesentlig lønnsgap for kvinnedominerte grupper med inntil fire års høyere utdanning ansatt i offentlig sektor.

– I fjor som i en rekke tidligere år ser vi at industrien og andre tariffområder i privat sektor får større lønnstillegg på toppen av en allerede mye høyere lønn. I år skal våre medlemmer ha kompensasjon. Vi krever en større ramme i oppgjøret, 2008, sier Normann.

Kampen om arbeidskraften

Norge får flere eldre, mens arbeidsstyrken knapt vokser. Vi får en voksende utfordring med å rekruttere tilstrekkelig mange ungdom til sykepleierutdanningen, slik at fremtidens behov for sykepleiere blir dekket. Lønn er det viktigste virkemidlet for å skaffe arbeidskraft.

– Helsetjenestene tilbyr lav lønn, ufrivillig deltid og midlertidige stillinger til nyutdannede sykepleiere. Dette er ikke egnet til å rekruttere! Vi trenger en helt ny orientering fra helseforetak og kommuner når det gjelder sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Høy kompetanse må få en høyere verdsetting, sier Normann.

7 av 10 kommuner trenger flere sykepleiere, og 3 av 4 kommuner har behov for flere spesialsykepleiere. Nær halvparten av kommunene har problemer med å rekruttere sykepleiere, i hovedsak fordi det ikke fins søkere med sykepleierkompetanse (Norgesbarometeret 1/08).

Ordførerne for økt sykepleierlønn

Nesten 7 av 10 ordførere sier deres kommune har for få sykepleiere. Hele 84 prosent sier økt lønn er et viktig virkemiddel for å lykkes i å rekruttere.

Dette viser tall Norgesbarometeret har innhentet på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). I alt 854 ordførere og rådmenn over hele landet er spurt, og 60 prosent av landets kommuner er representert i svarene.

– Jeg mener KS trenger å ta lønnsdiskusjonen med et helt annet utgangspunkt enn i dag. Behovet for sykepleierkompetanse er allerede stort, og det vil øke sterkt. Jeg etterlyser en mer offensiv kommunal sektor som konkurrerer også på lønn, sier forbundsleder i NSF Lisbeth Normann.

Ifølge kommunetoppene er behovet for sykepleiere med spesialkompetanse enda høyere enn behovet for autoriserte sykepleiere: 84 prosent av respondentene uttrykker behov for flere spesialsykepleiere.

Mangel på søkere med sykepleierkompetanse er en viktigere årsak til sykepleiermangel i kommunene enn kommuneøkonomien (mangel på midler til å ansette / opprette stillingshjemler).

NSF-leder Lisbeth Normann.
Foto: Marit Fonn

Mener lønn er viktig

Ordførere og rådmenn ønsker å bruke alle virkemidler for å lykkes i å rekruttere tilstrekkelig mange sykepleiere. Hele 84 prosent mener lønnsheving er et viktig virkemiddel.

– Forskjellene i lønnsnivå mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester og privat næringsliv har økt kraftig – det gjelder særlig for sykepleiere og andre kvinnedominerte grupper med høyere utdanning. Den erkjennelsen som her kommer fra ordførerne og rådmennene må også komme til uttrykk når KS forhandler lønn, sier Normann.

Likelønn

3 av 4 respondenter oppfatter det som et likelønnsproblem at kommunal sektor er kvinnedominert og samtidig relativt lavtlønt.

– Dette innebærer at ordførerne og rådmennene har en mer nyansert oppfatning av kommunenes likelønnsutfordringer enn det KS uttrykker, understreker Normann. KS omtaler likelønnsutfordringen først og fremst med et kommuneinternt perspektiv. Dette mener NSF er alt for snevert.

– Likelønnskommisjonen har nå dokumentert at det kjønnsdelte arbeidsmarkedet bidrar til lønnsgapet mellom kvinner og menn. Nær 3 av 4 kommunalt ansatte er kvinner, og særlig for kvinnedominerte utdanningsgrupper er det et stort lønnsgap til sammenliknbare grupper i industrien, sier Normann.

Vil øke kvinnegruppers lønn

Ordførerne og rådmennene ser behov for å øke kvinnegruppers lønnsnivå for å bidra til likelønn. Hele 85 prosent er enige i utsagnet: «Kommunal sektor har et stort ansvar for å verdsette kvinnedominerte utdanningsgrupper like høyt som arbeidskraften verdsettes i mannsdominerte tariffområder».

– Det er knapt overraskende at det er enighet om dette utsagnet. Men det er en heidundrende taushet rundt spørsmålet. Jeg vil vite hva regjeringen og KS har tenkt å bidra med for å få til det nødvendige lønnsløftet, sier Normann.

Nesten 3 av 4 er enige i at likelønnskommisjonen burde foreslå en styrt opptrapping av kvinnedominerte gruppers lønnsnivå.

– Jeg oppfatter at det dermed er grunnlag for en konstruktiv holdning i kommunene for å gå inn i likelønnskommisjonens forslag om en likelønnspott bevilget over statsbudsjettet, sier 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.

Ønsker ny tilnærming
I høringssvar til Helse Sør-Øst spør NSF blant annet hva man forstår med «sykehusområde». NSF ønsker også en vurdering av om lokalsykehus kan være en bedre egnet innfallsvinkel for organiseringen av sykehustilbudet.

Varme hender er ikke nok...
Politikere og arbeidsgivere snakker gjerne om behovet for varme hender i helsetjenesten. Men komplekst syke mennesker trenger også sykepleiere med høy helsefaglig kompetanse. Et kraftig lønnsløft til sykepleierne bidrar til at de blir der de trengs mest – hos pasienten.

Varslet kamp for likelønn
– Hvis det er reell vilje til likelønn, er sjansen her nå! Likelønnskommisjonen har innsett at det må friske midler til. Regjeringen må legge pengene på bordet. Vi kommer ikke til å gi oss, sa forbundsleder Lisbeth Normann da hun talte på Youngstorget i Oslo på kvinnedagen 8. mars.

Tariff 2008: Må bli et positivt vendepunkt
– Årets tariffoppgjør må bli et positivt vendepunkt for utdanningsgruppene i offentlig sektor. Denne gangen må vi se sekstallet, sa Unio-leder Anders Folkestad under organisasjonens inntektspolitiske konferanse i Oslo tirsdag.

Vanskelig å rekruttere
Ledere i offentlig sektor sliter med å rekruttere høyt utdannete medarbeidere, hovedsakelig på grunn av lønn, viser en ny undersøkelse.

Forbundsleder Lisbeth Normann

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

Varme hender er ikke nok ...

Politikere og arbeidsgivere snakker gjerne om behovet for «varme hender» i helsetjenesten.

Som en kommentator i VG så kløktig formulerte det for en stund siden: «Det høres ut som om landet mangler healere».

Rett skal være rett: Behovet for mer helsefaglig kompetanse er bakt inn i både regjeringens løfter om flere årsverk og i eldreforliket som ble inngått før jul. Derfor er det på høy tid å gi begrepet «varme hender» litt hvile. Signaleffekten er nemlig ikke god – verken for oss som er sykepleiere, de som vurderer å bli sykepleiere eller for pasienter og pårørende!

For oss med høy utdanning og kompleks kompetanse oppleves det mildt sagt frustrerende å bli redusert til et par «varme hender». For pasientene er det neppe en varm hånd som står øverst på behovslisten når sykdom herjer, helsa skranter og evnen til å ta vare på seg selv reduseres. Alvorlig syke mennesker kan sjelden kureres med et klapp på kinnet og en hånd å holde i. En helsetjeneste av høy kvalitet bygges først og fremst av kunnskapsrike ansatte med høy helsefaglig kompetanse, der empati og omsorg er viktige fundament.

Vi sykepleiere har minimum tre års utdanning på høgskole/universitet, de fleste har langt mer. Gjennom studiene har vi opparbeidet oss helsefaglige kunnskaper og ferdigheter som både er livsviktig og som gir pasientene livskvalitet. Jobben vår innebærer et stort og selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse. Vi foretar daglig valg som gir konsekvenser for enkeltmenneskers liv og helse. Samtidig er tempoet høyt og arbeidspresset stort.

Til tross for dette verdsettes vi ikke tilstrekkelig for kompetanse, utdanning og ansvar. Lønnsnivået er betydelig høyere for sammenliknbare mannsdominerte grupper i konkurranseutsatt sektor, og samtidig har disse gruppene en bedre lønnsutvikling.

Andre bransjer bruker altså lønn for å rekruttere, mens arbeidsgiverne i offentlig sektor henger etter. Det er på tide å heve lønnsnivået, både for å bidra til likelønn og for å sikre nok kompetent arbeidskraft til å gi pasientene et godt og sikkert helsetilbud. Et bilverksted lokket nylig mekanikere med 600 000 i året. Samtidig tilbys sykepleiere en begynnerlønn på rundt 280 000 kroner. En sykepleier har langt mer utdanning enn en bilmekaniker. Dessuten er det et stort paradoks at ansvaret for menneskers liv og helse verdsettes til under halvparten av ansvaret for motor og mekanikk.

I vårens tariffoppgjør krever NSF at det tas et krafttak for å bedre sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Komplekst syke mennesker trenger høyt kompetente sykepleiere. Vi forventer at arbeidsgiverne i den offentlige helsetjenesten våkner opp og melder seg på i kampen om livsnødvendig kompetanse. Det bør bekymre flere enn meg at nærmere 12 000 sykepleiere er på konkret jobbjakt, og at flere enn noensinne sier deres neste jobb ikke vil bli som sykepleier.

Ingen er tjent med at helsetjenestene sakker mer akterut lønnsmessig. Et kraftig lønnsløft til sykepleierne bidrar til at de blir der de trengs mest – hos pasienten.

KUNNSKAP: Komplekst syke mennesker trenger høyt kompetente sykepleiere, understreker Normann. Arkivfoto: Bo Mathisen.