

Færre søker sykepleien Side 13

Kan miste sprøyterommet Side 18

Etterlyst: Smarte hoder Side 33

TEMA

Frykter forsidene

Sykepleierne er redde for å havne i medienes søkelys, viser en ny undersøkelse. Men det er verre å gjemme bort feil enn å stå frem med dem. Arne Jensen i Norsk Redaktørforening har bare ett råd til sykepleiere som blir oppringt av journalister: – Fortell sannheten – hele sannheten.

Side 36



sykepleien
8. mai 2008 • 96. årgang
JOBB

08

EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektiv¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²

REFUSJON PÅ
BLÅRESEPT PUNKT 40

 **Emselex**[®]
(darifenacin) 7,5mg og 15mg
DEPOTTABLETT
Effektiv¹ og M₃ selektiv

Id-kode: 4053/10.2007

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 M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Int. 2005;95:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

Se godkjent preparatomtale side 47

Sykehuset Asker og Bærum HF tar basis IKT kompetanse på alvor. 1200 ansatte blir eBorgere.

Sykehuset Asker og Bærum HF er et digitalt sykehus hvor samtlige ansatte må bruke data.

Allikevel fikk de tilbakemeldinger som:

«Jeg trives med å være sykepleier og tror til og med at jeg er en god sykepleier, men nå må man kunne skrive på data for å gjøre jobben og det klarer jeg ikke. Jeg har tenkt at jeg må slutte.»

«Jeg sjekker alltid vaktlisten og ser om det er noen som er gode på data når jeg skal på jobb. Dersom det ikke er det bytter jeg vekten. Det tar mye tid å planlegge slik, vet ikke hvor lenge jeg orker å ha det sånn.»

Basiskompetansen manglet

Med innføring av elektronisk pasientjournal DIPS ble det tydelig at mange ikke hadde den grunnleggende basiskompetansen på data. Og uten den ble det vanskelig å lykkes med å digitalisere informasjonen som tidligere bare ble ført for hånd.

«Det sliter på folk når de ikke behersker de oppgavene de er satt til å gjøre. Når du skal lære deg noe nytt må du begynne med det grunnleggende først. Med DIPS startet man alt for langt oppe i trappen», sier Bente C. Strøm, HR-direktør i foretaket. «Det var innlysende at vi måtte ta tak i og heve basiskompetansen på IKT før vi fortsatte med opplæring på mer kompliserte systemer.»

Sykehuset valgte eBorger

For å få med seg alle valgte sykehuset Asker og Bærum HF å gjennomføre kartlegging, opplæring og testing på eBorgernivå, først som et pilotprosjekt på 200 personer, deretter ble dette utvidet med 1000 ansatte til.

eBorger er et konsept utviklet av Datakortet a.s som gjennom fortest, opplæring og eBorgertest sikrer at den enkelte har et minimum av de ferdigheter som er nødvendig i vårt moderne informasjonssamfunn.

Innholdet i eBorger er svært grunnleggende og består av innføring i datamaskinens basisverktøy, enkel tekstbehandling, e-post og Internett.

Viktig at prosjektet var konkret, målrettet og tidsavgrenset med tester

Sykehuset Asker og Bærum HF bestemte at de ansatte skulle bli eBorgere uten kostnader for den enkelte. Men det ble stilt krav til at den enkelte måtte bidra med egeninnsats og gjennomføre to tester. Lederne forpliktet seg til å tilrettelegge for kompetansehevingen.

Alle gjennomførte en anonymisert eBorger fortest via Internett og resultatet fikk de direkte på skjermen. Det var på forhånd satt opp videre anbefalinger avhengig av resultatet på fortesten. De som fikk et høyt resultat på fortesten var allerede på eBorgernivå og kunne gå direkte til eBorgertesten. Ved å identifisere disse personene i tidlig fase reduserte sykehuset opplæringsomfanget og sparte dermed mye ressurser. De som fikk middels resultat ble anbefalt å gå igjennom pensum på egenhånd, bok eller CD før de tok eBorgertesten. De som hadde liten eller ingen erfaring med data og som dermed fikk lavt resultat på fortesten ble anbefalt å melde seg på et kurs i regi av sykehusets kursavdeling. Siste fase var at alle skulle gjennomføre eBorgertesten og sykehuset fikk dermed målt utviklingen og dokumentert resultatoppnåelse og kompetanseheving i prosjektet.

eBorger resulterte i mer enn bare kompetanseheving

«Vi opplevde at folk ble tryggere og motivert for å lære mer. Testing og bekreftelse på kompetanse ga mange økt selvfølelse i forhold til bruk av IKT. At alle skulle delta virket både samlende og teambyggende, fordi ansatte med vidt forskjellig fagbakgrunn og arbeidsoppgaver fikk noe felles å snakke om», sier Bente C. Strøm. «Vi tror at eBorgerprosjektet har gitt de ansatte ved sykehuset en tiltrengt og god basiskompetanse å bygge videre på innen IKT.»

Vil du vite mer om eBorger eller prøve en demotest; se www.eBorger.no



Et produkt fra



Barth Tholens om pasientsikkerhet

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

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

Alle mann på dekk

Hver tredje sykepleier i Norge mener at de økonomiske rammene for virksomheten der de jobber går ut over sikkerheten til pasientene. Dessverre finnes ingen livbåter i helsevesenet.

Ville du satt din fot i en ferje hvor de ansatte definerte sikkerheten om bord som så dårlig at det var en fare for passasjerene? Eller ville du gått på «Et dukkehjem» hvis du visste at teateret hadde så dårlig økonomi at du ikke ville være sikker på at du kom deg gjennom forestillingen uten skader? Trolig ikke. Du ville nok ha funnet på noe annet.

Om jeg som redaktør hadde fått høre at oljearbeiderne på en plattform i Nordsjøen hadde fryktet eksplosjoner fordi oljeselskapet sparte på sikkerhetstiltak, ville jeg faktisk vært en smule skeptisk til tipset. Kunne det være sant? Ledelsen i oljevirksomheter hadde jo evakuert plattformen umiddelbart! Alle mann i livbåtene!

Men det er åpenbart smått med rømningsveier og redningsmateriell i norske helsetjenester. Ansatte kan gjerne rope varsku. Feil, infeksjoner og dødsfall som følge av for dårlige ressurser, blir dokumentert daglig. Men i helse-Norge er mantraet: The show must go on. Gilde må stoppe hele produksjonen hvis noen på Hønefoss får utslett av en spekepølse. Men svære helseforetak og kommunale helsetjenester kjører ufortrødent videre selv om de ansatte henger i nødbremsen.

Synovate har i oppdrag for Sykepleien gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at sykepleiere i Norge frykter at dagens økonomiske rammer kan skade de pasientene de er satt til å pleie. Mens målet er å gjøre pasientene friske eller gi dem mest mulig helse og livskvalitet, er rammene for virksomheten slik at det motsatte kan være resultatet.

Mest redd for hva dette kan bety for pasientene er sykepleiere under 35 år. Her frykter halvparten at pasientene lider under mangelen på ressurser. En av fire er usikre. Eldre sykeplei-

ere er noe mindre redde enn unge, men også blant de over 50 år svarer 26 prosent at de frykter at økonomien går ut over pasientsikkerheten.

Mest bekymret er unge, deltidsansatte sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det er trolig de som må holde hjulene i gang på sykehjemmene og i hjemmesykepleien. Men ansatte på sykehuset kommer ikke langt etter. Bare 42 prosent av dem svarer nei når de blir spurt om pasientens helse står på spill, gitt avdelingenes økonomiske rammer.

Pasientsikkerhet har fått økt fokus de siste årene. Det har gitt seg utslag i mange kvalitetsforbedringsprogram. Fremste nøkkel for å øke pasientsikkerheten er å øke kompetansen. Det er lenge siden det ble påvist at for eksempel lav sykepleierkompetanse på sykehus gir høyere dødelighet. Den som har lest «Uheldige hendelser i helsetjenesten» av Peter F. Hjort, vet hvor mye som kan gå galt og hva som faktisk kan gjøres for å forebygge feil. Hjort går inn for at helsetjenesten må bygge opp en sterkere kultur for sikkerhet. Han mener norsk helsetjeneste ikke har fulgt med i timen. England, Sverige og Danmark har satset mer på pasientsikkerhet enn oss.

I Norge finnes det likevel stadig flere tiltak som skal sikre høyere kvalitet i arbeidet med pasienter. Sykepleierløftet ved Aker sykehus i Oslo er bare ett slikt eksempel. Som ledd i dette arbeidet har man innført elektronisk dokumentasjon av sykepleie (eds) som gir bedre behandlingsplaner for pasienten og sikrer at planene også blir brukt.

Det viser seg at de ansatte er lette å motivere for slike kompetansetiltak. De vil gjerne være med. De vil gjerne gjøre en bedre jobb. Derfor er det et paradoks at fokus på økt pasientsikkerhet ledsages av økonomiske rammer som får



ALVOR: Hvorfor er det slik at mangel på sikkerhet utløser mye kraftigere reaksjoner i andre bransjer enn helsevesenet, undres Tholens.

de ansatte nettopp til å frykte det motsatte, det vil si flere feil og dårligere sikkerhet.

I vesen handler det om to motstridende signaler. Helsemyndighetene betoner i melding etter melding at pasienten skal stå i sentrum. Men når det nærmer seg budsjettid, lukker myndighetene øynene i håp om at korthuset de har bygd opp rundt kvalitet i helsetjenestene ikke skal ramle sammen.

De ansatte har nå sagt fra. Mer kan de i grunnen ikke gjøre. Verken de eller pasientene kan stikke av og forlate skipet mens det er i fart. Nå gjelder det å bevare roen og håpe at godværet snart kommer.

Les om tallene fra undersøkelsen på www.sykepleien.no



Forsiderfoto: collage/Sykepleien

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

**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 sykepleierens 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.

- 7 Brudd, brudd, brudd...
- 9 **Vi bare spør** Jon Gangdal
- 10 Norden i streik
- 13 Færre søker sykepleien
- 14 Alle taper, men noen taper mer
- 16 Har du glemt noe?
- 18 Kan miste sprøyterommet
- 20 «Du risikerer å måtte tørke dem bak»
- 21 Streng likestillingslov hjelper ikke
- 22 En strålende sommer?
- 24 Å, dra på Lopp havet!
- 26 Kronglete kabal i hovedstadsområdet
- 28 – First you watch, then you practice!
- 30 Ledere skaper konflikter
- 33 Etterlyst: Smarte hoder
- 34 **Verdt å vite**
- 36 **Tema:** Sykepleiere i media
 - Medieangst påvirker hverdagen
 - – Vil ha sykepleiere som kilder
 - Engler og demoner
 - – Har blitt mer åpent
 - Tragedie med tilskuere
 - Info-strategene
 - – Uroer ikke pasientene uten grunn
- 48 Meninger
- 51 Minneord
- 52 **Camilla Crone Leinebø** om besvimelser
- 52 Riskhospitalet
- 53 **Verdt å vite** om ferie
- 54 Folk
- 55 Før

- 58 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 87 Meldinger, skoler og kurs

- 80 **NSF:**
 - Lett å snuble i nye legemiddelregler
 - Tariffoppgjøret 2008
 - **Lisbeth Normann** om forhandlingsbrudd

36

Når mediene melder avvik

Budsjettkutt og underbemanning går ut over pasient-sikkerheten! Mange sykepleiere er opphav til denne type medieoppslag. Og deres utsagn blir lyttet til. For sykepleiere scorer høyt på troverdighetsskalaen.

Hva når medienes søkelys blir rettet mot sykepleierens egen arbeidsplass? Da blir mange fristet til å gjemme seg bak taushetsplikten. På denne måten kan de gjøre et allerede lukket område i samfunnet ennå mer lukket.

Journalistens jobb er å påpeke hva som ikke fungerer i helsevesenet, på samme måte som sykepleierne blir oppfordret til å melde avvik. Men hvis vis man kun uttaler seg til media når det gavner en selv eller ens arbeidsplass, blir utsagnene ikke troverdige.

Les mer om sykepleiere i media på sidene 36-47.



Redaksjonssjef

Bjørn Arild Løtøy

Glemmer utstyr inni pasienter

Siden 2004 har Norsk Pasientskadeerstatning behandlet 38 klager der utstyr som kompresser, metallbiter og tamponger er glemt igjen inni pasienten etter en operasjon.

16



Foto: Scapix

Urogenitale plager:

Det er lite som skal til

Vagifem® vaginaltablett gir effektiv symptomlindring ved tørrhet, svie og kløe i skjeden, smerter ved samleie og andre urogenitale plager som skyldes østrogenmangel¹

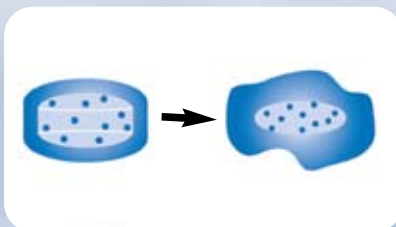
- ✓ Svært lav dose – tilsvarer kun 1/140 av dosen mot hetetokter
- ✓ Serumnivå for østradiol innenfor postmenopausale kvinners normalområde^{2,3}
- ✓ Ingen klinisk relevant systemisk effekt^{2,3}
- ✓ Enkel og renslig i bruk – uten søl⁴

Slik virker Vagifem® – det enkle og renslige alternativet

1. Tabletten settes inn i skjeden ved hjelp av en slank engangsapplikator



2. Tabletten fester seg på skjedeveggen, hvor den forvandles til en gele



3. Geleen avgir gradvis østradiol etter hvert som den løses helt opp



Se referanser og FK-tekst annet sted i bladet (side 35)

Brudd, brudd, brudd...

Først ble det brudd i staten, og noen timer seinere i kommunene. Og det før fristen for forhandlingene gikk ut ved midnatt 30. april. Riksmeklingsmannen står foran en tøff oppgave når forhandlingene starter igjen i midten av mai.

Tariffoppgjøret i privat sektor endte med et resultat på 5,6 prosent. Det holder ikke for ansatte i offentlig sektor, mener Unio. Her vil man se sju-tallet. Unio er heller ikke fornøyd med profilen på oppgjøret i privat sektor.

I skrivende stund fortsetter forhandlingene i helsefor takene. Men arbeidsgiverorganisasjonen Spekter har på linje med KS gitt uttrykk for at lønnskravene kan «gå ut over» de offentlige tjenestene. Mye tyder derfor på at forhandlingene også her kan ende med brudd.

– Det er helt uakseptabelt at sykepleiere og andre ansatte skal betale prisen for at kommuner og sykehus har budsjettert for lavt til å gjennomføre et anstendig lønnsoppgjør, sier NSF's forbundsleder Lisbeth Normann. Hun er også Unios forhandlingsleder i Spekteroppgjøret.

– Håpet er at meklingen kan bidra til en akseptabel løsning. Hvis ikke, ber jeg dere alle være forberedt på å ta i bruk det eneste lovlige maktmiddelet vi har, nemlig streik, sier Normann.

Sykehusene

Norsk Sykepleierforbund krever 4,5 prosent i generelt tillegg og 25 000–45 000 kroner i økning på minstelønnsnivåene for sine sykehusansatte medlemmer. Dette innebærer et krav på i overkant av 7 prosent. I tillegg er det stilt krav om økte satser for ubekvem arbeidstid, med minimum 25 prosent

per time i helgetillegg og minimum 40 prosent på kveld og natt.

– 27 kroner i timen er vanlige lørdags- og søndagstillegg for sykepleiere i dag, og det er for dårlig, sier Lisbeth Normann.

Kommunene

KS la fram tilbud om 2 prosent til lokal pott og 2,4 prosent i generelt tillegg.

– Vi konstaterer at det er veldig stor avstand mellom partene i kommunal sektor og vi konstaterer at etterslepet på rundt 2 prosent i forhold til privat sektor ikke er tatt tak i. Vi har fått et tilbud om 5,6 prosent, og det er for dårlig, sier Unios forhandlingsleder Helga Hjetland

Unio krever et generelt tillegg på 5,3 prosent og ytterligere økning av minstelønnssetningene. Videre kreves det lønnsheving etter 16 år for høyskolegruppene.

Innspurten i forhandlingene blir i uke 21, med frist for å komme til enighet natt til 23. mai.

Oslo kommune

I Oslo kommune, som er et eget tariffområde, er det også brudd.

Unio krever et generelt prosentvis tillegg på 5,5 prosent. Videre kreves det heving av tariffert inngangslønn til nivået til omliggende kommuner og i tillegg to lønns-trinn heving for utdanningsgruppen.

– Oslo kommune ønsker mer lokal lønnsdannelse, men uten

føringer for hvordan det skal skje. Det kan ikke Unio gå med på, sier Ellinor Gilberg, forhandlingsleder i Unio Oslo kommune.

Afp-streik?

Unio nekter også å godta den nye afp-ordningen som LO/NHO framforhandlet i privat sektor. Tidlig pensjon kan dermed bli streiketema for utdanningsgruppen i kommune og stat.

En beregning som Kommunenes Landspensjonskasse (KLP) har

utført for Unio viser at sykepleiere og andre utdanningsgrupper kan tape opp mot 50 000 kroner på afp-ordningen.

– Det er ingen tvil om at vi kan få en storstreik hvis arbeidsgiverne forsøker å overføre afp-resultatet i privat sektor til offentlig sektor. Står de på det, må regjeringen og arbeidsgiverne forberede seg på streik, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Se også side 81



Egen nettfilial

– for medlemmer i NSF

På nettfilialen finner du dine medlemstilbud og dine priser. Se etter DnB NOR-logoen på www.sykepleierforbundet.no og klikk på den. Det kan lønne seg.

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

DnB NOR



EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser – og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.¹

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lukkemuskelen

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjon-er:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.

Jon Gangdal

Alder: 54 år

Aktuell som: Forfatter (sammen med Harald Hanssen-Bauer) av boken «En undersøkelse viser ... Bruk og misbruk av meningsmålinger».

BAKGRUNN:

Det er ikke så lett for sykepleiere å skille riktig fra uriktig når de leser om all slags helseundersøkelser – eller skal gjøre undersøkelser selv. Det vet Jon Gangdal, blant annet fordi han har bakgrunn som journalist.

Hva viser undersøkelser?

- Undersøkelser basert på meningsmålinger viser først og fremst hvordan folk oppfatter ting
- ikke hvordan ting faktisk er.

Er det journalistene som er for lemfeldige?

- En del journalister sluker nok undersøkelser vel rått. Men oppdragsgivere og meningsmålingsinstitutter utøver heller ikke alltid godt nok håndverk, særlig i tilfeller der oppdragsgivere ser fordeler av å tegne et spesielt bilde av virkeligheten.

Hva med leserne?

- De blir ofte dårlig informert om hvordan undersøkelser er gjennomført og har ofte liten mulighet til å avgjøre undersøkelsens riktighet.

Hvilket ansvar har man som leser av meningsmålinger?

- Man må som alltid være kritisk til det man leser. En kildehenvisning til en undersøkelse er ikke det samme som sannheten. Men størst ansvar hviler på journalisten.

Hvor utsatt er helsetema for misforståelser?

- Veldig utsatt. Fordi det i stor grad handler om personers opplevelser. Man må være nøye med hvordan man formulerer seg og hvem man spør. Det skal ikke mange små triks til før man kan forvrengte bildet av helsevesenet i positiv eller negativ retning.

Er det smart av sykepleierne å bruke mediene som kilde i jobben?

- Det er viktig å holde seg à jour med det medieskapte bildet av egen virksomhet, fordi det påvirker folks holdninger. Men det viktigste er å gjøre en god jobb.

Hvilke fallgruver bør man være oppmerksom på?

- At utvalget ikke er representativt. At det kan være lagt inn spesielle forutsetninger for spørsmål. Ledende spørsmål. Feilaktig bruk av skalaer og gjennomsnittsberegninger.

Hvordan fikk du ideen til boken?

- Det var min medforfatter Harald Hanssen-Bauers idé. Han har jobbet med statistikk, markedsundersøkelser og meningsmålinger i 50 år.

Førsteopplaget er blitt makulert på grunn av unøyaktigheter. Er ikke det litt pinlig?

- Jo, og det var min feil. Men heldigvis var opplaget lite, og det ble oppdaget før boken ble distribuert. Nå gleder jeg meg til det nye opplaget kommer i bokhandelen i juni.

Mange sykepleiere lager undersøkelser om det ene og det andre, og generaliserer flittig. Har du noen tips?

- Alle former for undersøkelser kan gi verdifull informasjon. Men man må være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Man oppnår aldri helt presise resultater.

Det sies at det fins mange løgner: Løgn, forbannet løgn og statistikk. Er dette sant?

- Statistikk kan i hvert fall være en måte å lyve på.

Ditt råeste tips til sykepleierne?

- Spør pasienten direkte om hvordan de opplever situasjonen. Og formidle det videre til dine overordnede på vegne av pasienten, ikke på vegne av deg selv.

tekst Marit Fonn foto Scanpix



Norden i streik

Mens norske sykepleiere gjør seg klar til streik, har svenske og danske sykepleiere streiket en god stund allerede.

Danskene var først ute i konflikt. Fra midnatt 16. april var streiken et faktum. Så langt tyder ingenting på en løsning, selv om arbeidsgiverne stadig er ute i media og sier at streiken truer liv og helse. I skrivende stund er over 75 000 danske helsearbeidere i streik.

De danske sykepleierne har hatt flere aksjoner og demonstrasjoner. I København kopierte blant annet ti sykepleiere opp sine lønsslipper og delte dem ut til forbipasserende. Målet var å vise folk hva en sykepleier faktisk tjener.

Hindres å streike

Ifølge Dansk Sykeplejeråd (DSR) hindres 10 000 sykepleiere å streike, altså 34 prosent av dem som er tatt ut i streik. Det danske forbundet forventer at tallet kommer til å stige.

Sykepleierne som er i streik, fordeler seg på 448 av 1 989 sykehusavdelinger.

Krav

Sundhedskartellet som forhandler for sykepleierne, krever en lønnsøkning på 15 prosent i løpet av de neste tre årene. Tilbudet fra arbeidsgiver har vært 12,8 prosent. De danske sykepleierne krever også å få opprettet en likelønnskommisjon.

Mer enn syv av ti dansker støtter streiken, viser en analyse som Capacent Epinion har gjort for FOA. En Gallup-undersøkelse for Berlingske Tidende viser litt andre tall, nemlig at 50 prosent støtter opp om konflikten. I tillegg har de danske sykepleierne fått støtteklæringer fra både det svenske og det norske sykepleierforbundet.

Søta bror

21. april var det de svenske sykepleierne som gikk ut i streik. Streiken har vært preget av store motsetninger mellom Vårdförbundet og arbeidsgiveren SKL.



STÅR PÅ KRAVA: 75 000 danske sykepleiere streiker med stor støtte fra folk flest.

3 500 sykepleiere ble tatt ut i streik, men bare 2 500 kunne i realiteten streike. Arbeidsgiver påsto i flere fylker og kommuner at streikeuttaket truet liv og helse. I dag tjener en svensk sykepleier ansatt i fylket i snitt 23 800 kroner. I kommunal sektor er snittet 25 000 kroner. Vårdförbundet krever 1 700 kroner mer i månedslønn fra neste år og en økning av minstelønnen til 22 000 kroner i måneden.

Motparten SKL vil ikke imøtegå kravene, blant annet fordi de mener sykepleierne har hatt den nest beste lønnsutviklingen siden 1995.

Uansvarlig

Arbeidsgiver legger hele skylden for konflikten på det svenske forbundet.

– SKL er respektløst når det gjelder spilleregler i en konflikt, hevder Vårdförbundet på sine nettsider.

Årsaken er at det legger hele skylden for konsekvensen av konflikten på Vårdförbundet. I tillegg lar mange arbeidsgivere være å søke om dispensasjoner dersom de mener streiken truer liv og helse.

– Mange dispensasjonssøknader er i tillegg ufullstendig og dårlig utfylt. Det forlenger behandlingstiden, sier Vårdförbundet, og sender ballen tilbake til arbeidsgiver og ber dem skjerpe seg. Også svenskene får stor støtte fra opinionen. 85 prosent sier i en undersøkelse at de mener sykepleierne streik for høyere lønn er riktig.

Nye møter

I skrivende stund (5. mai) skal partene ha nytt møte med meklingsmannen.

Ubegripelige lønsslipper

Ansatte ved Kvinneklinikken i Bergen, har meldt fra både om manglende utbetaling av grunnlønn og tillegg siden februar. – Lønsslippene har vært totalt uforståelige. For folk i turnus har det vært umulig å kontrollere om de har fått det de har krav på, sier Lise Strømme, hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund på Kvinneklinikken.

Bergens Tidende

Truer sykehus med dagbøter

Aker universitetssykehus har fått varsel om tvangsmulkt på 10 000 kroner per dag. Mattilsynet mener sykehuset ikke følger pålegg om å innføre og etterleve internkontroll som sikrer mattrygghet. Varselet kommer etter at de to partene har hatt møter og utvekslet brev.

Østlandets blad

Ola og Kari Nordmann
Norgesveien 1
0000 Norge

MULIGHETSLÅNET

For realisering av særdeles sterke drømmer
Inntak opptil 250 000. Brukes med forsiktighet.

Bivirkninger: Høy puls er har vært registrert.
Kan føre til avhengighet og gi abstinens-
symptomer.

Kan også benyttes som motgift ved ster-
utgiftsangrep.

Medisinering startes umiddelbart.

01.05.08 Oslo

Endre Eriksen
Endre Eriksen

Mulighetslånet • Postboks 1800 • 0061 Oslo • Telefon 815 21 781
Telefaks 815 21 782 • kundeservice@mulighetslanet.no • www.mulighetslanet.no

Lån 100 000 kr
- betal 1 158 kr/mnd
første året!

Se baksiden for lånesøknad. Du finner også lånesøknad, vilkår og mer informasjon på: www.mulighetslanet.no

Rentesatser per 01.05.2008: 200.000-250.000 kr = 9,90%, 151.000-199.000 kr = 13,40%, 100.000-150.000 kr = 14,40%, 51.000-99.000 kr = 16,40%, 10.000-50.000 kr = 17,90%. Effektiv rente ifølge Kredittsynets retningslinjer er 10,90 % ved lånebeløp 200 000 kroner (15 år løpetid), ved lånebeløp 100 000 kroner 16,48 % (15 år løpetid) og ved lånebeløp 50 000 kroner 21,61 % (15 år løpetid). Etableringsgebyr 950 kroner, månedsgebyr 50 kroner. For å søke om lån må du være minst 23 år, ha en årsinntekt på minst 125 000 kroner, ha bodd i Norge i minst 3 år og ikke ha eller ha hatt noen betalingsanmerkninger eller inkassosaker.

LÅNESØKNAD



Låneinformasjon

Jeg/vi ønsker å låne

☐ 200 000 ☐ 150 000 ☐ 100 000 ☐ 50 000 ☐ 25 000

Annet beløp _____

Ønsket tilbakebetalingstid

☐ 15 år ☐ 12 år ☐ 10 år ☐ 6 år ☐ 4 år

Annen tilbakebetalingstid (maks 15 år) _____

Ønsker avdragsfrihet ☐ Ja ☐ Nei

Ved lånebeløp på 10 000 – 50 000 er lånet avdragsfritt i hele tilbakebetalingstiden og ved 51 000 – 250 000 er lånet avdragsfritt det første året.

Jeg skal innfri andre lån med ca kr _____

Låneoversikt

	Låntaker		Medlåntaker	
	Lånesaldo	Månedsbetaling	Lånesaldo	Månedsbetaling
Bolig- og hyttelån ca				
Billån ca				
Studielån ca				
Kredittkort ca				
Andre lån ca				

Om et lån innehas av begge låntakerne, kan lånet deles mellom låntakerne eller hele lånet angis på en låntaker i låneoversikten. Om du ikke har lån, fyll i 0 i respektive kategori.

Låneforsikring

Låntaker: Jeg ønsker låneforsikring (anbefales for økt trygghet) ☐ Ja ☐ Nei

Medlåntaker: Jeg ønsker låneforsikring (anbefales for økt trygghet) ☐ Ja ☐ Nei

Låneforsikringen dekker dine/deres kostnader (renter og avdrag) med lånet i opp til 12 måneder dersom du/dere blir 100 % sykemeldt eller ufrivillig arbeidsløs. Ved død dekkes det resterende lån i sin helhet. Premien er p.t. 8 % av annonsert månedsbetaling.

Jeg/vi har søkt om låneforsikring og bekrefter at jeg/vi per dags dato er friske og 100 % arbeidsfør(e). Jeg/vi garanterer at vi ikke på nåværende tidspunkt har kjennskap til sykdom eller skade. Jeg/vi bekrefter at vi ikke har kjennskap til endrede arbeidsforhold som for eksempel oppsigelse og nedleggelse som berører meg/oss og fremtidig inntekt.

Vilkår og mer informasjon om låneforsikring finnes på www.mulighetslanet.no

Tilbakebetaling

Jeg ønsker AvtaleGiro ☐ Ja ☐ Nei

Lånebeløp i kroner	Kostnader per måned i kroner				
	Første år	5 år	9 år	11 år	14 år
25 000*	373 (avdr. fritt)	373 (avdr. fritt)	373 (avdr. fritt)	373 (avdr. fritt)	373 (avdr. fritt)
50 000*	746 (avdr. fritt)	746 (avdr. fritt)	746 (avdr. fritt)	746 (avdr. fritt)	746 (avdr. fritt)
100 000	1 200 (avdr. fritt)	2 348	1 657	1 513	1 387
200 000	1 650 (avdr. fritt)	4 240	2 805	2 493	2 204

Rentesatser per 01.05.2008: 200.000-250.000 kr = 9,90%, 151.000-199.000 kr = 13,40%, 100.000-150.000 kr = 14,40%, 51.000-99.000 kr = 16,40%, 10.000-50.000 kr = 17,90%. Effektiv rente ifølge Kredittilsynets retningslinjer er 10,90 % ved lånebeløp 200 000 kroner (15 år løpetid), ved lånebeløp 100 000 kroner 16,48 % (15 år løpetid) og ved lånebeløp 50 000 kroner 21,61 % (15 år løpetid). Etableringsgebyr 950 kroner, månedsgebyr 50 kroner. For å søke om lån må du være minst 23 år, ha en årsinntekt på minst 125 000 kroner, ha bodd i Norge i minst 3 år og ikke ha eller ha hatt noen betalingsanmerkninger eller inkassosaker.

*Hele lånebeløpet tilbakebetales ved låneperiodens slutt.

Låntaker

Fornavn _____

Etternavn _____

Personnr. _____ – _____ Tlf. privat _____

Tlf. arbeid _____ Tlf. mobil _____

E-post (for å få hurtigere beskjed) _____

Norsk statsborger ☐ Ja ☐ Nei Hvis nei, antall år i Norge _____

Har du gjeld i inkassobyrå? ☐ Ja ☐ Nei

Brutto månedslønn _____

Cirka skatt per måned _____

Netto månedslønn _____

Arbeid

☐ Fast ansatt ☐ Midlertidig/prosjekt ☐ Selvstendig ☐ Student
☐ Uføretrygdet ☐ Alderspensionist ☐ Attføring ☐ Annet

Yrke/tittel _____

Arbeidsgiver _____

Ansatt siden (åååå/mm) _____ Byttet arbeidsgiver (antall seneste 5 år) _____

Sivilstand

☐ Gift/partnerskap ☐ Samboer ☐ Ugift ☐ Skilt ☐ Separert
☐ Enke/Enkemann Antall barn under 18 år _____

Boform

☐ Selveier ☐ Borettslag ☐ Leietaker ☐ Bor hos foreldre ☐ Annet

Bokostnad ut over lån (husleie, strøm etc.) per mnd _____

Medlåntaker

☐ Ja ☐ Nei (Intet krav, men det er en fordel. Hvis ja, fyll ut feltene nedenfor.)

Fornavn _____

Etternavn _____

Personnr. _____ – _____ Tlf. privat _____

Tlf. arbeid _____ Tlf. mobil _____

Norsk statsborger ☐ Ja ☐ Nei Hvis nei, antall år i Norge _____

Har du gjeld i inkassobyrå? ☐ Ja ☐ Nei

Brutto månedslønn _____

Cirka skatt per måned _____

Netto månedslønn _____

Arbeid

☐ Fast ansatt ☐ Midlertidig/prosjekt ☐ Selvstendig ☐ Student
☐ Uføretrygdet ☐ Alderspensionist ☐ Attføring ☐ Annet

Yrke/tittel _____

Underskrift(er)

Jeg/vi aksepterer herved de alminnelige vilkårene, herunder pkt. 7 om personopplysninger (se www.mulighetlanet.no). Jeg/vi bekrefter at opplysningene jeg/vi har gitt i lånesøknaden er korrekte og at det er mitt/våre personnummer (11 siffer) som står på søknaden. (Søknaden skal ikke fylles ut og sendes inn av andre en søkeren/søkerne selv.)

Dato/signatur (låntaker) _____

Dato/signatur (evt medlåntaker) _____



Færre søker sykepleien

De seinere års nedgang til høyere utdanning har stoppet opp. Men ikke for sykepleierutdanningen.

Samordna opptak har per april 2008 registrert rundt 92 500 søkere til høyere grunnutdanning. Det samme som året før. Seks av ti søkere er kvinner.

For sykepleierutdanningen forsetter imidlertid nedgangen i antall søkere. Fra i fjor til i år er nedgangen på hele 7,8 prosent. Totalt sett er det i underkant av to søkere per studieplass.

Blant de sju utdanningstypene med mest tilbakegang i antallet primærsøkere faller seks innenfor kategorien helsefag.

Ikke overrasket

Forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund er ikke overrasket.

– Unge kjenner til det som venter ferdigutdannede sykepleiere: Lav lønn, ufrivillig deltid og problemer med å få fast jobb. Det er viktige kriterier for å rekruttere ungdom, sier Normann.

– Det er ingen grunn til at ikke sykepleie skal bli et høystatusyrke. Men da må politikere og arbeidsgivere prioritere. Dette er en kamp om kompetanse, og det er alvorlig for helsetjenestene og pasienter at færre unge ønsker å ta helsefagutdanning. Sju av ti kommuner har ikke nok sykepleiere i dag, sier Normann.

Nedgangen stanset

For første gang siden 2005 går ikke tallet på søkere til høyere utdanning ned. 92 500 søkere vil ta høyere utdanning til høsten.

Den viktigste årsaken til at søkertallene nå er stabile, er at årskullene igjen øker. Et godt arbeidsmarked spiller også inn, ifølge Samordna opptak.

Søkere til sykepleierutdanningene 2008:

Lærested	Plasser	Søknader	1.valg	Søkere per plass
I alt:	3.799	13.805	7.346	1.934
Høgskolen i Oslo	420	4.121	726	1.729
Høgskolen i Sør-Trøndelag	212	2.494	718	3.387
Høgskolen i Bergen	160	2.490	526	3.288
Universitetet i Stavanger	179	1.484	382	2.134
Høgskolen i Akershus	102	1.446	311	3.049
Høgskolen i Buskerud, Drammen	140	1.376	303	2.164
Høgskolen i Østfold, Fredrikstad	120	1.001	277	2.308
Høgskolen i Agder, Kristiansand	115	1.305	262	2.278
Lovisenberg diakonale høgskole	160	1.241	254	1.587
Høgskolen i Tromsø	90	863	249	2.767
Høgskolen i Hedmark, Elverum	163	876	216	1.325
Diakonhjemmet Høgskole	70	1.166	213	3.043
Høgskolen i Telemark	78	801	207	2.654
Høgskolen i Vestfold	145	917	196	1.352
Høgskolen i Ålesund	123	664	195	1.585
Høgskolen i Nord-Trøndelag, Levanger	124	855	194	1.565
Høgskolen i Gjøvik	150	876	184	1.227
Høgskolen i Oslo, Deltid	50	871	184	3.680
Høgskolen i Bodø	75	591	177	2.360
Betanien diakonale høgskole	70	786	168	2.400
Høgskolen i Telemark, Deltid over fire år	52	386	137	2.635
Høgskolen i Agder, Arendal	105	722	128	1.219
Høgskolen Stord/Haugesund, Haugesund	100	594	123	1.230
Høgskolen Diakonova	50	764	106	2.120
Høgskolen i Sogn og Fjordane, Førde	60	470	89	1.483
Høgskolen i Gjøvik, Deltid	40	252	87	2.175
Høgskolen i Molde	50	381	85	1.700
Høgskolen i Nord-Trøndelag, Namsos	76	429	71	934
Høgskolen i Harstad	55	351	44	800
Høgskolen i Hedmark, Kongsvinger	40	312	44	1.100
Høgskolen i Harstad, Deltid	40	130	39	975
Høgskolen i Nesna, Deltid	25	83	38	1.520

Helsepersonell skal bestemme

Endringer i pasientrettighetslovens § 4-6 trer i kraft 1. mai. Det fremgår nå uttrykkelig at helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for en pasient uten samtykkekompetanse skal besluttes av helsepersonell.

Helsedirektoratet

Manglende belønning gjør syk

For første gang slår en norsk undersøkelse fast at engasjerte medarbeidere som ikke får den anerkjennelsen de mener å ha krav på, risikerer å bli syke, fysisk og psykisk, skriver Aftenposten.



Ny alderspensjon

Stortinget vedtok i mai 2005 og april 2007 hovedtrekkene i ny alderspensjon i folketrygden. Og i januar 2008 sendte Arbeids- og inkluderingsdepartementet på høring forslag til oppfølging av Stortingets vedtak, og utkast til nye lovbestemmelser med first 28. april.

Høringsnotatet og uttalelsene fra høringsinstansene vil danne grunnlaget for en lovproposisjon, som etter planen vil bli fremmet i løpet av 2008.

Høringsnotatet finnes på:
www.regjeringen.no

Alle taper, men noen taper mer

Arbeids- og inkluderingsdepartementet sitt opplegg til ny alderspensjon i folketrygden vil gi betydelige kutt i pensjonen for Unios medlemmer, sammenlignet med pensjonsforliket i Stortinget i fjor.

Pensjonsreformen har så langt hatt to siktemål: Å dempe utgiftsveksten i folketrygden og å innføre nye regler for opptjening og uttak av alderspensjonen i folketrygden som bidrar til at folk står lenger i jobb. Dette ønsker departementet å forsterke gjennom å innføre helt nye elementer i opplegget til ny folketrygden. Forslagene i høringsnotatet fra departementet faller ikke i god jord hos Unio.

Nye opptjeningsregler

Konkret foreslår departementet at den enkelte arbeidstaker hvert år skal legge opp en pensjonskapital som tilsvarer 18,1 prosent av pensjonsgivende inntekt. I tillegg foreslås en såkalt arvegevinst. Det vil si at opparbeidede rettigheter til de som dør før 62 år, blir fordelt på gjenlevende i samme årskull. Bidraget vil synke etter hvert som

den generelle helsa bedres og færre dør før de kan ta ut pensjon.

Unio er imot innføring av arvegevinst, og mener det er staten som vil stå igjen med «gevinsten». Departementet selv anslår at man vil spare folketrygden for 5 milliarder kroner i 2050 sammenlignet med tidligere forslag. Det alene tilsvarer 4 000 kroner per alderspensjonist målt i dagens priser.

Utdanning

I pensjonsforliket gis det pensjonsopptjening for militærtjeneste, omsorg for egne barn, og omsorg for eldre, syke og funksjonshemmede.

Unio reagerer på at departementet i høringsdokumentet heller ikke går inn for at studenter skal få pensjonsopptjening under utdanning. – Det betyr at personer som tar høyere utdanning ikke har en reell mulighet til tidligpensjonering. En som begyn-

ner i arbeid som 25-åring vil ikke ha 40 års opptjening før 65 år, heter det i høringsvaret. Og all form for videreutdanning vil innebære redusert pensjon i framtiden.

Ufrivillig deltid

Unio hadde også forventninger til at departementet ville forbedret pensjonsopptjeningen for ufrivillig deltid.

Men ifølge høringsnotatet vil de fleste ufrivillig deltidsansatte ikke få noen uttelling. Eksempelvis vil mange nyutdannede sykepleiere ikke oppfylle kriteriet om at arbeidstiden må være redusert med minst 50 prosent og at man må oppfylle vilkårene i folketrygdloven for å få dagpenger. De nyutdannede sykepleierne utfordring er at mange sliter med overhodet å få en full stilling. Og for å ha rett til dagpenger må man siste kalenderår ha hatt en arbeidsinntekt som overstiger rundt 100 000 kroner, noen

studenter sjelden innfrir. Flesteparten av sykepleierne i ufrivillig deltid, har ikke først hatt en full stilling for dernest å miste deler av denne. Den mest typiske situasjonen er at man aldri har fått en full stilling.

Unio foreslår at pensjonsopptjening for ufrivillig deltid løses på samme måte som for pensjonsopptjening for omsorg for eldre, syke og funksjonshemmede.

Mye gjenstår

Etter at lovreglene for ny alderspensjon i folketrygden er på plass, skal de øvrige delene av pensjonssystemet tilpasses den nye folketrygden. Det gjelder blant annet ytelser til uføre og etterlatte, tjenestepensjonsordningene i privat og offentlig sektor og avtalefestet pensjon (afp). Målet er at den nye pensjonsreformen skal gjelde fra 2010.

Dette får Anne i pensjon

Anne er født i 1963 og har arbeidet siden hun var 22 år med en årlig inntekt på 334 000 kroner (5G) i 40 år. (Grunnbeløpet (G) utgjør per i dag 66 812 kroner.) Hvis hun går av ved 62 år, vil hun få en årlig pensjon på 124 243 kroner. Dette utgjør 37 prosent av den lønn hun har når hun

pensjoneres. Litt over minstepensjonen på rundt 120 000 kroner for enslig pensjonist. Hvis Anne går av når hun er 70 år istedenfor 62 vil hun få en pensjon på 218 676 kroner. (Eksempel hentet fra departementets eget høringsnotat).

Et lett valg



En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet¹

- Ingen andre kombinasjonspiller har lavere østrogendose²
- God blødningskontroll¹
- Samme pris som Yasmin²

Gestagenet drospirenon:

- Ligner naturlig progesteron³
- Motvirker væskeretensjon (antimineralokortikoid effekt)⁴
- Blokkerer androgenreseptoren, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)⁵



Yasminelle
etinylestradiol 20 µg + drospirenon 3 mg

Se preparatomtale side 57

Ref. 1) Cibula et al. Clin Drug Invest 2006;26(3):143-150 2) www.Felleskatalogen.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

Har du glemt noe?

Siden 2004 har Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandlet 38 saker hvor utstyr har blitt gjenglemt inni pasienten etter en operasjon.

Tamponger, metallbiter, og ikke mist kompresser har blitt liggende igjen inne i pasientene som har krevd erstatning fra NPE.

Erstatning til 22

NPE har på forespørsel fra Sykepleien gjort et fritekstsøk på «gjenglemt» i resymétekster knyttet til vedtak i perioden 2005-2007. Av de 38 saker som omhandlet gjenglemt gjenstander, har 22 fått medhold og 16 avslag.

Ta røntgen!

Det kan være lurt å ta et røntgenbilde dersom det er uoverensstemmelse mellom antallet kirurgiske instrumenter før og etter en operasjon. Det konkluderer to artikler som nylig er publisert i tidsskriftet *Annals of Surgery*.

Ifølge Tidsskriftet for Den norske legeforening har forskerne gått gjennom databaser med om lag 153 000 pasienter.

I mer enn 100 tilfeller var det uoverensstemmelse mellom tellingen før og etter operasjonen. I 17 tilfeller var det glemt kirurgisk utstyr inne i pasienten. Nåler var det som oftest ble gjenglemt. Undersøkelsen viser at det ble glemt noe inni pasienten i 1 av 7000 operasjoner.

Glemte metallspatel inni kvinne (53)

En kvinne ble operert for magesår ved et norsk sykehus. En måned etterpå fant legene en gjenglemt metallspatel – inne i magen hennes.

Operasjonssykepleieren så allerede etter operasjonen for magesåret at noe ikke stemte. Etter opptellingen av instrumenter var det klart at et instrument manglet – en metallspatel. På grunn av størrelsen på instrumentet anså personalet at det var usannsynlig at det var glemt igjen inne i buken.

En måned etter operasjonen ble

kvinnen reinnlagt med store smerter i magen. Da fant legene det savnede instrumentet – inne i magen, og kvinnen ble umiddelbart lagt på operasjonsbordet.

15 000 i erstatning

Kvinnen klaget til Norsk Pasientskadeerstatning og fikk i oktober utbetalt 15 000 kroner. NPE konkluderer

med at operasjonssykepleierens melding burde blitt fulgt opp av en røntgenundersøkelse, og har tilkjent erstatning for plager i en måned. NPE mener imidlertid at kvinnen ikke har krav på erstatning for eventuelle varige skader etter hendelsen.

Tampongbit i nesen

løpet av de siste fem årene er den

høyeste utbetalingen etter denne typen hendelser 550 000 kroner. Den erstatningen ble tildelt en kvinne etter at en tampongbit var blitt gjenglemt inne i kjevebihulen etter en neseoperasjon. Den 39 år gamle kvinnen fikk etter operasjonen gjentatte og langvarige plager med bihulebetennelse, og hadde infeksjonsplager, hodepine og tett



Riksrevisjonen kritiserer Brustad

Helse- og omsorgsdepartementet og ledere i helseforetakene får kritikk av Riksrevisjonen kritiserer for å ha gjort for lite for å ta i bruk elektronisk pasientjournal (EPJ).

Riksrevisjonen

Litt antibiotika kan være nok

Tre dager med antibiotikabehandling er trolig like effektivt som fem dagers behandling for barn med lungebetennelse, viser en internasjonal studie.

Cochrane Library



CT påviste gjenglemt kompress

Her er klagelisten til Norsk Pasientskadeerstatning. Alle disse fikk medhold.

■ **Kvinne, 40 år** oppsøkte lege etter at hun falt og skadet ankelen - ikke påvist bruddskade - smerter og manglende bedring - påvist syndesmose-ruptur ved MR-undersøkelse - operasjon 2 uker etter skaden - utvikling av infeksjon - antibiotikabehandling - langvarig infeksjon - etter flere måneder ble det påvist en gjenglemt stoppskive i ankelen.

■ **Mann, 23 år** kjent lam fra brystet og ned etter motorsykkelulykke - oppsøkte lege med trykksår - beskjed om avlastning - antibiotikakurer - to av sårene ble bare større - påvist gule stafylokker - oppdaget to gjenglemt kompresser.

■ **Mann, 62 år** leverkreft - operasjon - smerter og infeksjon - påvist abscessdannelse - drenasjon - CT påviste gjenglemt kompress - medhold § 2,1a - svikt ved ytelsen av helsehjelp på grunn av svikt i rutinen ved opptelling av kompresser.

■ **Kvinne, 42 år** åpent leggbrudd etter fall ned en stige - operasjon med fiksasjon med plate og skruer - utvikling av infeksjon med gule stafylokokker - antibiotika og sårskift - bruddet tilhelet etter 1,5 år - fjerning av osteosyntesemateriale - infeksjon med gule stafylokokker - påvist en gjenglemt stoppskive.

■ **Mann, 42 år** operert med fjerning av abscess (verkebyll) mellom pungen og endetarmsåpningen - fistelgang som ikke ville tilhele - infeksjon og sterke smerter - reoperert på mistanke om gjenglemt kompress/tupfer - kompressen fjernet.

■ **Mann, 34 år** innlagt med multitraume etter MC-ulykke - flere operasjoner - venstre bein amputert i hoftenivå - lagt inn Gentamycin-kjeder (antibiotika) på grunn av infeksjon i beinstumpen - flere sårrevisjoner på grunn av langsom tilheling - røntgen viste gjenglemt infeksjonskuler i sårhulen og en gammel kompress. Infeksjonskulene skal fjernes etter en uke, men ble først fjernet etter 8 måneder.

■ **Mann, 27 år** kneoperasjon på grunn av meniskskade - bit av instrument brakk - oppdaget gjenglemt metallbit ved postoperativ røntgen - ble reartroskopert uten at man klarte å fjerne metallbiten - vridning av kneet 1,5 år senere - fullt tilbakefall av instabilitet - operasjon med fjerning av metallbit og innsetting av nytt korsbåndsgraft.

■ **Mann 58 år** brudd i skulderledd etter fall på is - operasjon med innsetting av pinner - røntgen viste uendret stilling - tegn til infeksjon - ene pinnen kom frem - antibio-

tika og fjerning av pinnene - fistelåpning med kommunikasjon til leddet - røntgen viste at overarmsbenet var knust i flere biter og restene av et gjenglemt bor.

■ **Kvinne, 60 år** operasjon for nese-polypper - gjentatte og vedvarende plager med bihulebetennelser, vondt lukt fra nesen og smerter - etter ett år ble det ved endoskopi påvist gjenglemt tampong.

■ **Kvinne, 39 år** neseoperasjon med septumplastikk og bihulekirurgi på grunn av polypper - utvikling av plager med gjentatte og vedvarende bihulebetennelser, infeksjonsplager, hodepine og nesetetthet - stort forbruk av medisiner - reoperasjon etter syv år - påvist gjenglemt tampongbitt i kjevebihulen.

■ **Mann, 32 år** operert for kronisk bihulebetennelse og polypper - vedvarende infeksjonsplager etter inngrepet - ved reoperasjon etter et halvt år, ble det påvist en gjenglemt tampong i bihulene.

■ **Kvinne, 54 år** operert for gallestein med innlegging av stent - gjenglemt stent medførte 10 måneders forlenget sykeleie.

TELL OPP: Er det ikke like mange som før operasjonen, bør man ta et røntgenbilde, råder forskere gjennom tidsskriftet *Annals of Surgery*.

nese. Dette førte til et stort forbruk av medisiner, og først etter syv år ble kvinnen operert på nytt. Da fant operasjonsteamet den mange år gamle tampongbiten i kjevebihulen.

Sykehusfeil

En undersøkelse utført ved Universitetet i Bergen viser at hvert år dør om lag 1 600 personer på sykehus på grunn av alvorlige sykehusfeil.

Oppland Arbeiderblad

Villedende slankereklame

Legemiddelfirmaet Sanofi-aventis fra Lysaker må betale 75 000 kroner i gebyr for villedende markedsføring av slankemiddelet Acomplia (rimonabant).

Dagens Medisin.

Kan miste sprøyterommet

OSLO: Debatten om sprøyterommet er vekket til liv. 2008 er siste forsøkssår og neste år kan det være borte.

I desember kan være slutt. Loven tillater forsøksordning ut 2009, men Oslo kommune har ikke søkt om å få drive sprøyterommet ut over det.

– Administrasjonen i rusmiddeletaten i Oslo har anbefalt politikerne å legge ned tilbudet fordi det er for dyrt å drive, sier sykepleier og fagansvarlig Marcus Nøstdahl.

Han har jobbet ved sprøyterommet siden oppstarten og føler nå at de som jobber med tilbudet ikke blir hørt.

– Debatten går uten at vi som jobber her blir tatt med. Ansatte opplever at mange som deltar i debatten mangler kunnskaper om hva vi faktisk gjør på sprøyterommet, sier han.

Nøstdahl mener flere burde komme og se på tilbudet som gis før de uttaler seg om hva sprøyterommet er.

SIRUS-rapporten

Evalueringsrapporten fra SIRUS er et av dokumentene som blir brukt i debatten om sprøyterommet skal bestå eller legges ned. Evalueringen har blant annet skapt debatt om sprøyterommet oppfyller intensjonene og om det når godt nok ut til brukerne.

I Oslo regner man med at det finnes 3 000 sprøytenarkomane.

SIRUS-rapporten viser at det i løpet av de to første årene var registrert 409 personer som brukere. Det ble satt 17 226 injeksjoner, det vil si et gjennomsnitt på 24 injeksjoner per dag. Det er store variasjoner i hvor ofte de registrerte brukerne har brukt sprøyteromsordningen.

Bare 10 prosent har brukt sprøyteromsordningen mer enn seks ganger i gjennomsnitt per måned.

To tredeler har i gjennomsnitt brukt tilbudet to ganger eller mindre per måned i den tiden de har vært registrert.

Kritikken mot sprøyterommet har derfor blitt at det fanger opp veldig få brukere.

– Vi har nå i snitt 41 injeksjoner daglig på tross av politiaksjonen som pågår. Vi har hatt opp til 86 injeksjoner på en dag. Det er også flere som bruker oss daglig og opp til tre ganger hver dag, sier Nøstdahl.

Sprøyterommet fanger opp nesten en tredel av sprøytemisbrukerne i Oslo i dag.

Kun heroin

– Når vi spør brukerne som er her sjelden hvorfor de ikke kommer hyppigere, er ofte svarene at de

enten sitter hjemme og ruser seg eller at de bruker andre stoffer enn heroin, sier han.

Det er nemlig kun heroin det er lov å injisere på sprøyterommet. Dersom brukere kommer med andre stoffer, vises de bort.

– Det er Stortinget som har bestemt det. Hvorfor er litt uklart ettersom de fleste narkomane er blandingsmisbrukere. Ved å blande piller i heroinløsninger vil man få en sterkere effekt. Derfor er overdosetfaren større, sier han.

Nøstdahl mener at dersom politikerne vil overvåke og forebygge overdoser, burde brukerne fått lov å injisere også andre stoffer.

Nye tall

– Det er viktig å understreke at SIRUS-tallene er fra de to første årene i drift, og at vi da holdt til i Tollbugata. Tallene for siste året viser et annet bilde. Vi har per dags dato 855 utdelte brukernummer. Vi har i tillegg fått nye lokaler som er mer hensiktsmessige i forhold til oppdraget vårt, sier han.

En annen kritikk har gått på at Oslo kommune/Rusmiddeletaten åpnet sprøyteromsordningen uten nødvendige forberedelser. Både når det gjelder bemanning og opplæring av personalgruppa.

SIRUS-rapporten nevner også at



de dårlige fysiske og psykososiale arbeidsforhold førte til mange sykemeldinger og oppsigelser.

Nøstdahl sier at forholdene er endret.

– Vi har som sagt fått nye lokaler som egner seg til formålet. Bemanningen er bedre, de ansatte trives og sykemeldinger og oppsigelser er ikke noe problem lenger. Erfaringene vi gjorde de to første årene lærte oss mye, som vi har brukt når vi har gjort endringer.

I kontortiden

Sprøyterommet er åpent fra 09.30-16.00, også i helgene.

– Ideelt sett burde vi hatt døgntkontinuerlig drift. Vi ønsker i hvert fall at vi kunne hatt dag- og kveldsåpent, sier Nøstdahl.

Etter flyttingen til Storgata, har antall registrert brukere nesten doblet seg til godt over 800 registrerte brukere.

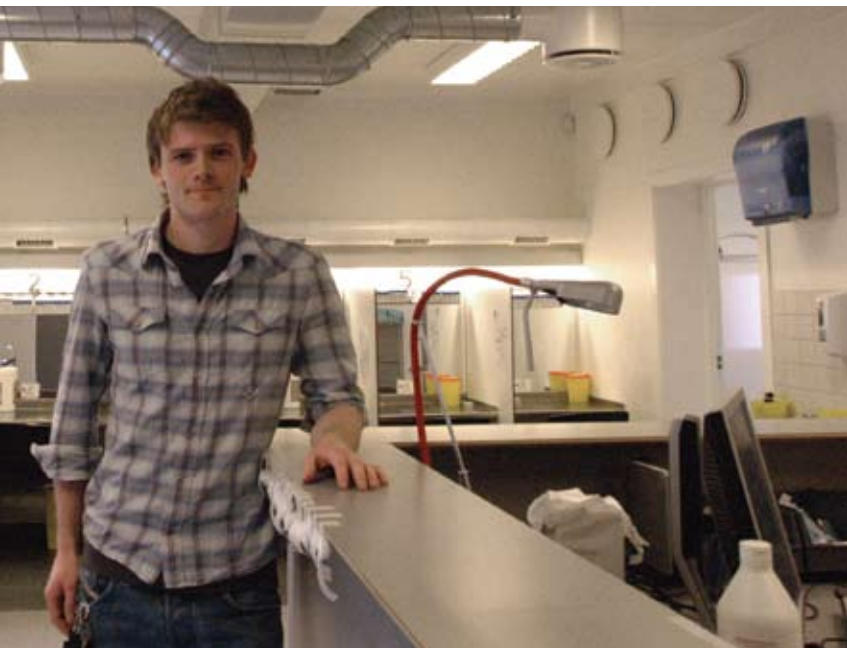
Brukere som besøker sprøyterommet, ringer på døren i Storgata. De

Hver tredje er politiker

I Helse Sør-Øst har de 16 ulike helseforetakene 171 styremedlemmer, og så mange som 37 prosent av dem er politikere. Like mange representere de ansatte, mens 14 prosent er rekruttert fra andre deler av helsevesenet. Andelen medlemmer med erfaring fra næringslivet er 11 prosent.

Mørketall

51 prosent av de som jobber deltid i Drammen ønsker høyere avtalt arbeidstid. Til sammenlikning hadde Harstad i sin tid 35 prosent i uønsket deltid. – Dette viser det vi lenge har visst: at målet på undersysselsatte skjuler store mørketall, melder AFI i to nye rapporter som omhandler turnusarbeid i pleie- og omsorgssektoren.



FORNØYD: Nye lokaler gjør jobben for ansatte enklere og tryggere. Brukerne er også fornøyde, ifølge sykepleier Marcus Nøstdahl.

slippes inn og møter en «resepsjon». Der fyller de ut et skjema med navn, fødselsdato, hvor lenge de har vært misbrukere og hvilket stoff de misbruker. De får så et brukernummer. Neste gang de kommer trenger de bare opplyse om brukernummer og navn.

– Det er begrenset hvor mye informasjon vi får lov til å be om, så vi holder det på det mest nødvendige, sier Nøstdahl.

Brukerne har en kort samtale med personalet bak resepsjonen om hvor mye de skal injisere, om det er mer eller mindre enn vanlig, for å kartlegge tidligere inntak og helse- og bosituasjon.

– Vi spør også om hva de har tatt før de kom hit. Vi spør både for å bevisstgjøre dem på hvor mye de faktisk bruker og for å ha litt kontroll på fare for overdose, sier han.

Papirmølle?

– *Blir ikke rusmisbrukerne «grinete» dersom de kommer hit med abstinenser for å sette sprøyte og blir satt til å fylle ut skjema?*

– I begynnelsen var det kanskje litt sånn, men etter hvert synes de det er greit. De føler nok også at det er en sikkerhet og trygghet i at vi vet hva de har tatt, og hva de skal ta av stoff. De har tillit til oss, sier Nøstdahl.

I løpet av de tre første månedene av 2008 har sprøyterommet hatt 3 718 besøk. Av disse satt 1704 injeksjonen i armen, 795 i bena, 146 i halsen, 942 i lysken og 36 satte rektalt.

– Vi har også et undersøkelsesrom hvor vi kan gjøre sårstell og lignende. I tillegg har vi lege her hver fredag. Brukere som kommer, kan da få hjelp av lege



Fakta om sprøyterommet:

- ✓ Åpnet i Tollbugata i Oslo 1. februar 2005. Flyttet til Storgata i april 2007. SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) fikk i oppdrag å evaluere ordningen. Målgruppen er «tungt belastede heroinmisbrukere som er fylt 18 år».

Formål:

- ✓ Vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område.
- ✓ Bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere.
- ✓ Gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat.
- ✓ Bidra til å forebygge infeksjoner og smitte.
- ✓ Redusere antall overdoser og overdosedødsfall.

dersom de trenger det, sier han.

Uvisst

Nøstdahl er usikker på hvor mange overdosedødsfall de har forhindret. Han har heller ikke tall på om sprøyteromsordningen har bidratt til å forebygge infeksjoner og smitte.

– Vi tror jo at vi bidrar. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste siden de også injiserer andre steder. Brukerne på sprøyterommet må forholde seg til klare regler for hygiene. De får også konkrete råd om hvordan de kan injisere på en måte som gir minst mulig skade med hensyn til sår og abscesser, sier han.

Dilemmaer

En sprøyteromsordning innebærer ulike typer dilemmaer. Her er noen av dem:

- Så lenge det er få rene heroinmis-

brukere i Norge, kan det sees som et dilemma at det bare er injisering av heroin som er tillatt.

- Sprøyteromsordning kan tolkes som signal om at samfunnet aksepterer bruk av narkotika.
- Helsepersonelloven tilsier meldepikt til barnevern, sosialtjenesten, og politi. I noen situasjoner opplever ansatte det som dilemma ved at de risikerer at aktuelle brukere vil unnlate å bruke sprøyteromsordningen.
- Så lenge en sprøyteromsordning er et knapt «gode», vil en ikke kunne være sikker på at det er de som trenger det mest, som får adgang.
- Det vil også kunne stilles spørsmål ved om sprøyterom er riktig bruk av samfunnets ressurser og hvor langt man skal strekke seg i å møtekomme rusmiddelmissbrukeres behov for ulike tjenester.

Sjekker 70 sykehjem i nord

Arbeidstilsynet i Nord-Norge har startet en storstilt kampanje rettet mot landsdelens sykehjem for å sjekke om de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø.

HMS-portalen

Tar ikke helsefaget

Ungdommen vraker det nye helsefagarbeiderfaget. Halvparten av elevene hopper av utdanningen etter halvått løp. De fleste av dem søker seg over på allmennfaglig påbygging, som gir studiekompetanse til høyskoler og universiteter. Antall nye søkere går også ned, tross kampanjer for å øke rekrutteringen, viser tall fra Utdanningsdirektoratet.

«Du risikerer å måtte tørke dem bak» (10-klassing)



Mio-prosjektet

Menn i omsorgsyrker (Mio) er et prosjekt i regi av Høgskolen i Telemark for å styrke rekruttering av menn i omsorgssektoren og beholde dem der. I tillegg skal Mio utvikle kunnskap om maskulin omsorg. Mer informasjon på: http://www.hit.no/main/hs/menn_i_omsorgsyrker

«Jeg tror en sånn jobb hadde vært MAX kjedelig. Vaske og rydde hos gamlinger. Det hadde jo vært som å rydde ditt eget rom – hver dag, hele uken og samtidig sitte barnevakt».

Gutta svarte et rungene «nei» til jobb i omsorgsyrker i en oppgave der de skulle sette seg inn i arbeidsdagen til eksempelvis en sykepleier.

I et forskningsprosjekt ble 63 gutter i 10. klasse og 1. klasse på videregående skoler spurt om hva de tenker om omsorgsyrkene. 105 jenter ble spurt om det samme. Forsker Helge Svare ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har ledet delprosjektet som er en del av Mio-prosjektet. Mio allierte seg med lærere, og elevene fikk en skriftlig oppgave hvor de skulle få skrive fritt hva som er det beste, det vanskeligste, ulemper, og om de selv kunne tenke seg en jobb som for eksempel sykepleier.

– Er du overrasket?

– Nei, det er jeg egentlig ikke, sier Svare.

Guttenes syn

Så hvorfor er det slik at gutter ikke kan tenke seg å jobbe i et omsorgsyrke? Noen av svarene de selv ga lyder slik:

«Jeg liker ikke å ta på gamle folk.» (10.-klassing)

«Bare tanken på å vaske gamle

ukjente mennesker gjør meg kvalm.» (10.-klassing)

«Du risikerer å måtte tørke dem bak.» (10.-klassing)

Medias skyld

Svare mener at slike holdninger blir forsterket av medias fremstilling av eldreomsorgen.

– Det er stort sett krisevinklinger i pressen om overarbeidede kvinner i underbemannede avdelinger som løper rundt uten å få lønn for strevet. I elevenes fantasi forsterkes bildene. I tillegg vitner uttalelsene om at de er unge, ikke minst emosjonelt, sier Svare.

Enkelte av guttene oppfatter i tillegg sykepleie som noe «damer» driver med:

«Jeg ser for meg at det er damearbeid å pleie syke og gamle. Jeg ser ikke for meg en normal gutt som velger et slikt yrke.» (Videregående, allmenn)

Forsker Helge Svare mener jentene ikke er så forskjellige fra guttene.

– Med unntak av en nokså liten gruppe jenter som er positive til tanken på å skulle jobbe med eldre, så er

de fleste jentene på linje med guttene. De ønsker ikke å arbeide med eldre. Den økte likestillingen mellom menn og kvinner kommer til uttrykk her også.

Sikter mot noe «bedre»

Mange av ungdommene som har karrieremål, oppfatter sykepleie som noe som ligger lavt på deres skala:

«Jeg skal bli noe bedre enn en sykepleier, hushjelp eller noe sånt tull.» (10.-klassing)

«Nei, tror jeg har potensialet til å gjøre det bedre en som så. Dersom jeg ikke hadde hatt det, hadde det vært et godt alternativ.» (Allmenn, idrett)

Imageproblem?

Sykepleiere er opptatt av at yrket blir sett som kunnskapsbasert.

– Har sykepleierne er formidlingsproblem når de unge mener det stort sett dreier seg om å «vaske gamle damer?»

– Det kan være. Jeg tror først og fremst det skyldes medias fremstilling, og at yrker i offentlig sektor har mistet mye av sin status generelt.

I tillegg tror jeg mange unge ikke vet så mye om omsorgsyrkene, sier Svare.

De av elevene som hadde foreldre som jobbet i helsesektoren, hadde imidlertid ikke noe annet syn på yrket enn de som ikke hadde det.

– De sa de stort sett så en mor som var trøtt og sliten, og forsto ikke at «mor» orket, sier Svare.

Ikke noe positivt?

Men det er viktig å få frem at bildet ikke er helsvart. Ungdommen trodde at det også fantes positive ting ved omsorgsyrkene:

«Det beste er nok å se at de gamle og syke får en bedre hverdag.» (Allmenn, idrett)

«At du føler deg nyttig. At du ser at det er bruk for deg der du er og at folk savner deg når du ikke er der.» (Allmenn, idrett)

Så hva vil de bli?

Men hva kunne de unge guttene tenke seg å jobbe som?

«Jeg kunne tenkt å jobbe som lege, kirurg eller sykebilsjåfør. Det virker som noen tøffe yrker.» (Allmenn)



Helsepersonell skal bestemme

Endringer i pasientrettighetslovens § 4-6 trer i kraft 1. mai. Det fremgår nå uttrykkelig at helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for en pasient uten samtykkekompetanse skal besluttet av helsepersonell.

Helsedirektoratet

Manglende belønning gjør syk

For første gang slår en norsk undersøkelse fast at engasjerte medarbeidere som ikke får den anerkjennelsen de mener å ha krav på, risikerer å bli syke, fysisk og psykisk, skriver Aftenposten

Sverige:

Streng likestillingslov hjelper ikke

En gransking blant en million svenske arbeidstakere viste at arbeidsgiverne overser lovens krav om likelønn og lønnskartlegging.

I slutten av april inviterte Likestillings- og diskrimineringsombudet (Ldo) rådgiver Ulrika Johansson i det svenske likestillingsombudet (JämO), til å fortelle om deres erfaringer i likestillingsarbeidet.

Strengere krav

I Sverige stiller likestillingsloven strengere krav til rapportering enn den norske loven. Blant annet må alle arbeidsgiverne med ti ansatte eller

flere lage en likestillingsplan. Den må inneholde klare krav om lønnskartlegging, analyse av eventuelle usaklige lønnsforskjeller mellom kvinner og menn, samt en handlingsplan for likestilte lønninger, fortalte Johansson.

Teori og praksis

Et strengere regelverk er vel og bra, men i praksis er det mye som mangler også i Sverige.

Det svenske likestillingsombu-

det gransket i 2006 arbeidet med lønnskartlegging i over 1 000 store bedrifter i privat og statlig sektor. Til sammen hadde de en million ansatte.

Resultatet i den første etappen kom i fjor høst og var temmelig nedslående: Bare 9 prosent av arbeidsgiverne levde opp til lovens krav.

Alle sektorer hadde dårlig kunnskap om lovbestemmelsene om likelønn – lik lønn for likeverdig arbeid – eller de overså dem. I en oppfølging fant JämO at to av ti arbeidsgivere praktiserte usaklige lønnsforskjeller. De ansatte kan få over 50 millioner etterbetalt i lønn som en følge av JämOs arbeid.

Strengere også i Norge?

Likelønnskommisjonen har foreslått å styrke rapporteringsplikten også i Norge. Det fikk støtte fra Sykepleierforbundets leder Lisbeth Normann.

– At likestillingsloven og Likestillings- og diskrimineringsombudet styrkes er viktig og riktig, mener Normann.

Harstad

Normann roste også ombudets uttalelse i den såkalte Harstad-saken, der to avdelingssykepleiere klaget på at de fikk lavere lønn enn kommunens avdelingsingeniører.



LEDERUTDANNING FOR HELSEPERSONELL

Ønsker du nye utfordringer og formell lederkompetanse?

Studiet passer for deg som har, eller som ønsker ansvar på ledernivå innen helsesektoren. Nettstudier gir deg fleksibilitet slik at du kan kombinere studiene med jobb og familie. Gjennomføringen er en kombinasjon av samlinger, selvstudium og veiledning via Internett.

Grunnstudiet – Ferdigheter i helseledelse, 30 studiepoeng
Emner: Helseledelse, organisasjon og ledelse, personalledelse, økonomistyring, prosjektarbeid i ledelse

Fordypningsstudiet – Helsetjenestens rammebetingelser, 30 studiepoeng
Emner: Helselovgivning og styringspremisser, helsepolitikk og organisasjon, helseøkonomi og ressursstyring, ledelse makt og verdier.

Årsenhet i helseledelse
Grunnstudiet og Fordypningsstudiet er hver for seg offentlig godkjent med 30 studiepoeng. De to programmene utgjør til sammen en årsenhet (tidl. grunnfag) på 60 studiepoeng.

Kombinert med 90 frie studiepoeng fra helsesektoren, oppnår du graden Bachelor of Management med grunnstudiet og fordypning i helseledelse.

Søknadsbehandlingen starter 1. mai.
Rullerende opptak frem til studiestart august 2008.

For mer informasjon, se www.bi.no/helseledelse
Kontakt Unn Graff på helseledelse@bi.no eller på telefon 46 41 00 34/20

BI NETTSTUDIER

TYNGDEN DU TRENGER



En strålende sommer?

En ringerunde til alle NSF's fylkeskontorer, tyder på at sommeren blir like kaotisk som i fjor. – Å være pasient blir tøft, frykter fylkesleder i NSF.

Hos Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontorer i Buskerud, Hedmark, Troms, Oppland, Nordland, Rogaland, Aust- og Vest-Agder, Oslo, Vestfold, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Akershus er det lite optimisme å spore i forhold til sommeravviklingen:

– Det er ingen grunn til å tro at dette blir en «strålende» sommer, sier fylkesleder i Troms Hanne Marit Bergland.

Felles for fylkeskontorene er at de er langt fra optimistiske foran årets sommeravvikling. I skrivende stund har arbeidsgiver fremdeles en uke på seg til å løse situasjonen, så de holder seg nøkternt håpefulle.

Tidligere ute

Fylkeslederne opplever at arbeidsgiver er tidligere ute i år, men at det er vanskelig å få tak i vikarer.

Fylkesleder i Nordland, Anne-Lise Solberg, sier hun opplever en helt annen vilje til å finne løsninger hos arbeidsgiver i år enn i fjor.

– Det er imidlertid ingen garanti for at situasjonen blir bedre, sier hun. Fylkesleder i Rogaland, Nina Horpestad, har ingen god magefølelse foran sommeren.

– I Rogaland er arbeidsmarkedet stramt. Sommerjobb i helse- og sosialsektoren kommer sist i køen når folk «velger» seg en sommerjobb. De tjener mye bedre i andre sektorer, sier Horpestad.

– Det ser ikke ut til at arbeidsgiverne lærer. De burde kanskje prøve nye tiltak for å få godkjente turnuser innen fristene, sier Fylkesleder Aust-Agder, Kirsten Stensrud.

Fylkesleder i Vest-Agder, Anne Britt Jansen, kjenner seg igjen i kollega Stensruds inntrykk.

I Oslo er fylkeslederen usikker på hva som skjer til sommeren.

– Det er litt tidlig så magefølelsen er ikke helt på plass ennå, sier Eli Gunhild By.

Ennå håp i Hordaland

– Ingenting tyder på at sommerav-



viklingen forløper bedre enn i fjor, sier fylkesleder May-Ann Golten.

Selv om arbeidsgiver har vært tidligere ute med utlysninger til sommervikarer, opplever de at færre søker.

– Noen kommuner frister vikarer med høyere lønn. Det er tilbud til

eksterne vikarer. De fast ansatte får ikke samme tilbud, sier hun.

Arbeidsgiverne har ikke gitt opp håpet om å fylle hullene i turnusen.

– De sier de klarer det ved å leie inn vikarer. Problemet er at de enten studenter eller ufaglærte. De får ikke tak i arbeidskraft som kan

Sintef-rapport full av feil

– Sintef-rapporten som danner grunnlaget for omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst er full av feil, mener seksjonsoverlege Atle Moen ved Sykehuset Buskerud. Nå varsler han Legeforeningens tillitsvalgte om alle feilene han har funnet. NRK

Kur mot feil bruk av medisiner

Feil bruk av medisiner koster Norge flere milliarder kroner i året. Derfor kan det være god samfunnsøkonomi å satse på klinisk farmasi, slik blant annet Universitetet i Tromsø gjør. Klinisk farmasi bygges nå opp som fagfelt både innen forskning og innen helsevesenet i Norge. forskning.no



HJELP!: Lange vakter og vikarer som ikke dukker opp kan bli virkelighet igjen når ferien starter.

erstatte sykepleierne, sier Golten.

Hun mener sykepleierne er mye mer avventende enn tidligere år når det gjelder å bruke egen fritid for å «redde» helsetjenestene.

– Vi kommer til å følge godt

med. Dersom arbeidsgivere bryter arbeidsmiljøloven, melder vi avvik til Arbeidstilsynet, pronto, sier hun.

Deltid til heltid

Grunn til bekymring. Fylkesleder

Guri Måseide kan ikke se at foretakene har gjort noe ekstra i år for å få avviklet en forsvarlig sommer.

– En hovedtillitsvalgt ved ett av foretakene ringte meg og fortalte at selv om foretaket tok alle deltidsansatte opp i full stilling, ville det likevel ikke være nok til å dekke opp alle hullene i turnusen, forteller hun.

Helse Midt-Norge har sagt at det ikke ønsker å inngå en avtale med NSF, men ordne det på annet vis.

– Når det gjelder kommunene har de vært tidlig ute. Ålesund har lovet 30 000 kroner i økt årslønn for fagutdannet personell, og 20 000 til ufaglærte og studenter for å jobbe i sommer, sier Måseide.

Effekten har imidlertid uteblitt.

– Ålesund har lyst ut annonsen tre ganger, nesten uten respons. Min magefølelse sier at årets sommer ikke blir bedre enn den i fjor, sier hun. Fra apparatet ute har ikke de store bekymringsmeldingene kommet.

– Om det skyldes at alt går mye bedre i år, eller om det skyldes at alvoret ikke har sunket inn enda, gjenstår å se, sier Måseide.

Nord-Trøndelag

Fylkesleder Tove Sagnes, er heller ikke optimistisk.

– Jeg har sett lite til vilje hos arbeidsgiver til å sikre kvalifisert arbeidskraft i sommer. De meldingene jeg får fra tillitsvalgte er at arbeidsgivere tar ting med stoisk ro, og ser ikke ut til å bekymre seg, sier Sagnes.

1000 kr. ekstra i Telemark

Fylkesleder Sigrunn Øigarden Gundersen håper på en god sommer.

– Telemark sykehus tilbyr spesialsykepleiere 1 000 kroner ekstra per vakt og 750 kroner til vanlige sykepleiere. De prøver å skaffe nok

folk, forteller hun.

I småkommunene er situasjonen kanskje verst.

– En kommune har tatt kontakt med et litauisk vikarbyrå med avtaler som er på grensen av hva avtaleverket tillater, sier hun.

Hun håper på det beste, men konstaterer at sommeravviklingen på ingen måte er i boks.

Tomme senger i Østfold

Kommunen får sykepleierproblemer og Sykehuset Østfold sliter med å finne nok ferievikarer.

Situasjonen er så ille at sykehusledelsen frykter å måtte holde sengeplasser stengt i sommer hvis det ikke melder seg flere interesserte studenter.

Blant annet må det vurderes å stenge avdelinger og redusere antallet senger.

– Hvis det skjer, må bemanningen økes i kommunehelsetjenesten. Da blir sykehusets problemer flyttet over på kommunene, sier Hilde Ranum i NSF.

Vikarbyråer til Finnmark

Heller ikke i Finnmark ser sommeren lys ut.

– Det som er spesielt urovekkende er at de store kommunene som Alta, Hammerfest og Kirkenes for første gang på mange år, sliter med å få sykepleiere, sier rådgiver Aud Larsen. De tillitsvalgte har rapportert at arbeidsgiverne skal løse bemanningsfloken ved å bruke vikarbyråer, bakvaktordninger og overtid.

– I fjor tilbudte en kommune 25 kroner ekstra i timen for dem som ville utvide stillingene sine. Jeg tror ikke det holder i år, sier hun. Larsen sier at NSF's arbeidstidskurs for tillitsvalgte, har gjort dem mer bevisste på problemstillingen.

Utbrenthet gjør vondt

Hos utbrente personer i en rekke ulike yrker har utmattelsen ført til muskel- og skjelettsmerter. Det viser resultatene av en stor spørreskemaundersøkelse blant 3 000 bussjåfører, jurister, leger, sykepleiere, lærere, prester og IT-folk.

VG Nett

Sjekk pensjon på nett

Nå kan du sitte i din egen stue og planlegge din pensjonsøkonomi via www.nav.no. Ved hjelp av pinkoder fra skattekortet kan du logge deg inn i nettsystemet Din pensjon, og se egen opptjening av pensjonspoeng og pensjonsgivende inntekt tilbake til 1967.

NAV



Å, dra på Lopp havet!

Mens den vanlige sykepleiere sliter gulvbelegg i korridorer, er frisk luft og sjøsprøyt arbeidsmiljøet til sykepleierne på Loppa Legeskyssbåter.

En kaptein, en matros, en lege og to sykepleiere i turnus, utgjør mannskapet på «Loppa».

Loppa er en legeskyssbåt som frakter pasienter til og fra sykehus.

– Det er lange avstander her oppe i nord. Spesielt om vinteren med stengte veier er båttransport den raskeste og sikreste måten å frakte pasienter på, sier daglig leder Mats Martinsen.



PÅ JOBB: Loppa på tokt.

Drømmejobben

Sykepleier Hege Martinsen har vært mannskap på Loppa i ett år.

– Tidligere jobbet jeg som sykepleier i Loppa kommune. Da stillingen på Loppa Legeskyssbåter dukket opp, visste jeg at det var drømmejobben, forteller hun.

– *Drømmejobb?*

– Ja, bare det å være på sjøen er spennende. Det kan være fantastisk fint og voldsomt. Uansett er det vakkert og en utfordring.

Sjøsyk

Hege Martinsen er ikke plaget av sjøsyke, men hva med pasientene?

– Faktisk blir mange av dem dårlige. Det er letter å bli sjøsyk når man allerede er syk. Selv garvede fiskere opplever å bli sjøsyke for første gang, så det går med en del

Allsidig

En annen del av jobben som

Martinsen liker, er alle pasientene hun møter.

– Det er eldre, unge, alvorlig syke og de som bare trenger litt omsorg. Når det stormer som verst er det også en utfordring å drive sykepleie, men man lærer fort, sier hun.



Lopp havet...

...ligger ligger mellom Tromsøflaket i vest, og Nordkappbanken i øst. Loppa og Hasvik er de to kommunene i Finnmark som grenser til Lopp havet.

Vi arbeider kun fire timer hver dag

Resten av tiden bruker vi blant annet til å lese og svare på uønsket e-post. Dette kommer frem i en britisk undersøkelse. Den er gjennomført på oppdrag av bilselskapet Cadillac, og viser at den aller største tidstyven er uønskede e-poster.

Daily mail

Porsgrunns beste

De ansatte ved hjemmetjenesten i Brevik stråler etter å ha mottatt Porsgrunn kommunes arbeidsmiljøpris på 50 000 kroner. – Vinneren av årets arbeidsmiljøpris har utmerket seg ved å vise til systematisk HMS- arbeid med fokus på sykefraværet over tid med veldig gode resultater, lyder deler av juryens begrunnelse.

Porsgrunn Dagblad

4 viktige ting å huske om Loette

- Lavdosert p-pille med 20mcg etinyløstradiol¹
- Gir ingen vektøkning²
- 35% reduksjon av acne-lesjoner med Loette¹
- Og selvfølgelig...



Kronglete kabal inn i

Akers fremtidige rolle, funksjonsfordelingen i Oslo og sammenslåingen av Telemark og Vestfold til ett sykehusområde er vanskelige floker som må løses når Hovedstadsprosessen nå går mot slutten.

Etter at kartet for sju nye sykehusområder ble tegnet opp – og vedtatt – på styremøtet i Helse Sør-Øst (HSØ) 17. april, ble ballen spilt videre til helseforetakene. På samme styremøte ble også 13 prinsipper lagt til grunn for det videre arbeidet.

Helseforetakene har fått i oppdrag å beskrive hvordan det fremtidige pasienttilbudet blir under slike foringer. I områder med flere helseforetak skal de samarbeide om å komme fram til løsningsforslag. I sentrum, som omfatter fem Oslo-sykehus,

skal direktør Mari Trommald i HSØ lede arbeidet.

Komplisert

Oppgaven som skal gjøres er stor og komplisert. I løpet av få uker skal sykehusledelsen, fagmiljøene, tillitsvalgte og brukerutvalgene kartlegge og beskrive dagens situasjon, og synliggjøre konsekvensene hvis de 13 prinsippene gjennomføres. Innspillene de leverer fra seg til styret i HSØ skal inneholde tiltak for å nå målene, fortelle om effekter på kort og lang sikt og vurdere risiko for blant annet pasientbehandling og arbeidsmiljø. Allerede 19. juni skal styret i HSØ behandle konkrete forslag for en ny organisering av sykehusene i framtiden.

– Må på banen

En omfordeling av ressursene må til for å øke sykehuseffektiviteten, det er alle aktørene enige om. Men veien dit er fortsatt kronglete. Nå skal prinsippene testes ut på virkeligheten. Å bestemme hvem som skal gjøre hva er en viktig målsetting.

Men spørsmålet som har vakt mest harme til nå, er hvem som *ikke* lenger skal gjøre det de tidligere har gjort, for eksempel for Vestfold og Telemark. Fylkene bør bli ett sykehusområde, er signalet fra et entydig HSØ-styre.

– Ikke hvis vi mister akuttfunksjonen, fastslår fylkesordfører Per-Eivind Johansen i Vestfold. Han var raskt ute med å uttale seg kritisk i media etter at de nye sykehusområ-

dene ble offentliggjort. Nettopp det kan bli resultatet, ettersom samlet akuttfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester til ett sted i hvert sykehusområde er et av de uttalte prinsippene. Men styret har ikke sagt at det *må* bli slik, poengterer Unio og konserntillitsvalgt Morten Falkenberg i HSØ. Han er fra Nøtterøy i Vestfold.

– Jeg har registrert denne debatten i media, men i denne fasen er ingenting fastspikret fra styrets side. Her må man tenke klokt og bruke tiden godt til å kartlegge mulige konsekvenser, for å finne løsninger. Det er viktig at de tillitsvalgte engasjerer seg og blir tatt med i dette arbeidet, sier han.

– Blir hørt

Medlem av HSØ-styret og fylkestingsrepresentant Berit Eivi Nilsen (AP) understreker at hun venter på innspillene fra brukerutvalgene og fagmiljøene.

– Først etter en samlet og helhetlig vurdering av konkrete data vil min beslutning om hva som er beste veivalg bli tatt, sier Nilsen. At det skal skje allerede om en drøy måned har hun ingen problemer med:

– Jeg hadde ikke følt meg trygg på prosessen om den hadde dratt ut i tid. Jeg tror det er nødvendig å lande den for å oppnå arbeidsro. Det har allerede vært stor slitasje blant arbeidstakerne i forhold til tidligere omstillinger. Hvis dette drar ut i tid tror jeg det vil bli vanskelig å være



Prinsipper

- ✓ Pasientens behov skal styre
- ✓ Ressurser må frigjøres og omfordeles for å møte nye behov
- ✓ Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus
- ✓ Behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå (LEON)
- ✓ Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene
- ✓ Lokalsykehus skal ha breddekompetanse
- ✓ Omstillinger skal sikre desentrale tjenester av god kvalitet
- ✓ Akuttfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester samles normalt ett sted
- ✓ Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter
- ✓ Hver enkelt regional funksjon skal ligge kun ett sted i regionen – faglige avhengigheter skal ivaretas
- ✓ Overkapasitet skal tas ned, både i form av arealer og bemanning
- ✓ Somatikk, rus og psykisk helsevern samordnes
- ✓ I psykisk helsevern skal ressurser fordeles likt mellom sykehus og distriktpspsykiatriske sentre

9,4 prosent stilling

Sykepleierne Stig Morten Johnsen (27) og Marit S. Haugseth, som begge arbeider i Steinkjer kommune, mener at sykepleiere og andre helsearbeidere i likhet med andre yrkesgrupper også burde kunne velge om de ville jobbe heltid eller deltid. Etter tre år i yrket har Johnsen fortsatt bare 9,4 prosent fast stilling.

Oppland Arbeiderblad

Skeptiske til stillesittende pleiere

Sitter ansatte i eldreomsorgen i Skien for mye på pauserommene framfor å ta seg av pasientene? Det spørsmålet vil Arbeiderpartiets Sigmund Steenbuch ha belyst og etterlyser fakta om hvordan beboere og pasienter ved sykehjemmene i Skien blir aktivisert.

Telemarksavisa

avgjørende fase

en ansatt i helseforetakene, sier hun.

Akers skjebne

I Oslo frykter gruppen «Aker Sykehus Venner» at sykehuset blir lagt ned på sikt dersom det fratas pasientgrupper og viktige funksjoner.

Aker universitetssykehus tilhører lokalbefolkningen i Groruddalen og Follo-regionen, mener gruppen. Men styret i HSØ går inn for at folk på Grorud og Stovner ikke lenger har Aker som sitt lokalsykehus. Alna bydel i Groruddalen skal overflyttes til sykehuset i Akershus i 2010. Dermed vil kun Bjerke av de fire

Groruddal-bydelene sokne til Aker.

Osloregionen har fire universitetssykehus, mens byer som Stockholm og København har ett. På Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings årlige lederkonferanse 31 januar i år ble spørsmålet om hensikten med så mange universitetssykehus i et lite geografisk område tatt opp. Dette er en floke som må løses.

Den norske Legeforening etterlyser på sin side en avklaring på funksjonsfordelingen mellom Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet.



Sykehusområder = planleggingsområder

Arbeidet de neste ukene skjer i regi av de sju sykehusområdene. Der hvor det er flere sykehus innenfor et sykehusområde skal de samarbeide. Helse Sør-Øst vil ikke delta direkte i arbeidet, unntatt i Sykehusområde Sentrum (Oslo), der Helse Sør-Øst vil lede arbeidet.

Enige om hovedlinjene

16 styremedlemmer og to representanter fra brukerutvalget ga sine stemmer til den historiske prosessen som nå foregår i hovedstadsområdet under styremøtet i Helse Sør-Øst 17. april. Den første viktige brikken var inndelingen av sykehusområder – da disse skal danne grunnlaget for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Det ble inndelt i sju sykehusområder:

- Innlandet: Innlandet HF
- Østfold: Sykehuset Østfold HF
- Øst: Akershus universitetssykehus HF
- Sentrum: Ullevål og Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus
- Vest: Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF
- Telemark/Vestfold: Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF
- Sørlandet: Sørlandet sykehus HF

– Strategien skal bygge på de premissene som er vedtatt i dag, de vurderingene helseforetakene gjør og de innspillene vi får fra andre, sier styreleder Hanne Harlem på nettsiden til Helse Sør-Øst. Etter styremøtet 19. juni vil forslaget til regional strategi bli sendt på en høring, før styret etter planen skal fatte endelig vedtak i oktober. Administrasjonen i Helse Sør-Øst skal prioritere å finne løsninger for å samordne virksomheten ved sykehusene i Oslo.

– Prinsippene vi har vedtatt gjelder hele regionen, men det er særlig viktig å få til omstillinger i Oslo. Her ligger mange sykehus innenfor et lite geografisk område og de har i stor grad de samme funksjonene. Her må vi rydde opp og hente ut ressurser slik at vi kan gi et likeverdig helsetilbud i hele regionen, sier Harlem.



En ny opplevelse med
web
Waitz Energy Balance



WEB art 211
Sort eller rød nubuk skinn
Str. 36-43
(rød 36-42)

VÅR PRIS 895,-



WEB art 212
Grå nubuk skinn
Str. 36-42
NYHET!

VÅR PRIS 895,-

www.footcare.no
E-mail: post@footcare.no Tlf: 67 97 80 40 • Fax: 67 97 18 16
Foot Care AS Postboks 75, 1471 Lørenskog

*) +porto/oppravsgebyr

– First you watch, then you



FORT GJORT: Sykepleierstudent Elise Støten Solbakken ble brått fødselshjelper for en fersk, liten gasser. Det hele var over på få minutter og nøye overvåket av Dr. Harison.

UDI-regler på nett

Utlendingsdirektoratet (UDI) lanserte nylig nettstedet UDI-regelverk. Her kan alle sjekke hva som er gjeldende regelverk i utlendingssaker. Adressen er: www.UDIregelverk.no UDI

Utdanningsplan ga høyskole

Så mange som 105 har søkt sykepleierutdanningen som starter i Lakselv fra høsten av. – Det er takket være kommunens egen utdanningsplan at vi nå får høyskole i Porsanger, jubler prosjektleder Vera Meyer. Finnmark Dagblad

practice!

MADAGASKAR:

– Put your hand here and feel the uterus! Notice the ovaries, and there you see the bladder.

Under Dr. Harisons ledelse blir praksisen noe annet enn forventet.



ENKELT: Håndvask og vask av utstyr foregår i den samme vasken.

REISEBREV: Klokka er knapt 9 om morgenen og Dr. Harison ved Hospital Lutherien Andranomadio er i full sving ved operasjonsbordet. Operasjonsteamet han leder har snittet opp mang en buk før, alt er rutine for disse helsearbeiderne. Vi er tre sykepleiestudenter fra Høgskolen i Buskerud, og for oss var det å komme til Madagaskar og dette sykehuset som å lande på en annen planet.

Diabetes 2

Vi – Helge Toft, Elin Anette Rotherud og Elise Støten Solbakken – er i vår aller siste praksis på sykepleierutdanningen, og skal skrive hovedoppgave om diabetes på Madagaskar. Det er mange med diabetes 2 i dette landet, og mellom alle operasjonene møter vi diabetespasienter vi intervjuer, måler blodsukker på og benytter som bakgrunnsmateriale i oppgaven vår. Ingen av pasientene kan engelsk, men det byr ikke på problemer, for Dr. Harison er hjelpsom og fungerer som tolk.

– First you watch, then you practice! gliser Dr. Harison til oss mens hans sjonglerer skalpeller, elektroniske skjæreinstrumenter, cyster og livmorer.

Kastet ut i det

Sykepleierpraksis i Dr. Harisons regi er overhodet ikke sammenlignbart med praksis ved norske sykehus. Her blir vi brått kastet ut i keisersnitt, blindtarmoperasjoner, fjerning av små og veldig store cyster, amputasjoner av armer og bein, tømning av verkebyller, retting av skjevstilte ben, rensing av sår, småkirurgiske inngrep og sterilisering – for å nevne noe. Men hverdagen vår på sykehuset innebærer mer enn dette. Miljøet og rutinene er fremmed, kommunikasjonen mellom oss og de ansatte går på engelsk og litt gassisk. Befolkningen er fattig. Folk har ofte ikke råd til å la seg behandle på sykehus. Det er ikke uvanlig at de søker legehjelp først når sykdommen er kommet i en langt fremskreden fase.

Få ressurser

Ressursene sykehuset har til rådighet er mangelfulle. På Andranomadio betyr det at man bruker det man har og gjør det beste ut av situasjonen. Engangshansker vaskes og brukes om igjen, sterile operasjonsfrakker kastes ikke, de vaskes og steriliseres på nytt. Skyllerommet fungerer både som skyllerom, steriliseringsrom og oppholdsrom. Arbeidere, leger og sykepleiere setter seg gjerne ned mellom slagene og slår av en prat, og vi som studenter blir ikke overlatt til oss selv. Vi blir tvert imot veldig inkludert i dette lille og trivelige miljøet. Nettopp fordi ressursene er små og legene er få, har man sørget for å lære opp vanlige klutvaskere og altmulig-personell til å sy sting, rense sår og sette sprøyter. Dette er for at man skal ha personell i beredskap i tilfelle det ikke er lege til stede når det kommer inn mennesker som trenger øyeblikkelig hjelp.

Keisersnitt

En dame er innlagt for å føde. Vannet går – uten at babyen kommer ut.

– The baby is in distress. We must do a caesarian. Now, which one of you will help? spør Dr. Harison. Vi ser på hverandre. Det er bare én assistent av gangen, men sjansene for å få prøve seg er mange. En av oss melder seg, vasker hender og underarmer med såpe og ikler seg steril frakk. En anestesisykepleier gir pasienten full narkose, og Dr. Harison er rask med å snitte opp buk og livmor. Babyens hode kommer til syne.

– Now you pull! instruerer Harison. Sykepleierstudenten tar tak under hodet, drar forsiktig i babyen – og med et skrik er nok en gasser kommet til verden. To sykepleiere står klare med et laken, og babyen blir båret ut. Hele seansen er over i løpet av minutter – og kanskje sykepleierstudenten om noen år gjør alvor av drømmen om å bli jordmor?

Av **Helge Toft og Elin Anette Rotherud**, studenter ved Høgskolen i Buskerud

Uten mål og mening

Norske bedrifter investerer store summer i lederutvikling. De færreste vet hva de får igjen.
– Det brukes mye penger på tiltak som ikke virker, hevder BI-forsker Jan Ketil Arnulf. forskning.no

Triumf for Akermodellen

I konkurranse med 400 utstilte postere fra 50 ulike nasjoner, har Akermodellen vunnet 2. og 3. plass på en internasjonal kvalitetskonferanse i Paris. Det var i alt 2200 deltakere, som stemte fram de beste posterne. Enheten Montebello ved Avdeling avgiftning og behandling alkohol fikk 2. plass, og posteren fra Rehab 1 ved Avdeling for psykosebehandling fikk 3. plass.

Ledere skaper konflikter

Kvinner mellom 40 og 50 år som jobber i helse- og sosialsektoren ringer oftest til Arbeidslivstelefonen. Samtalene gjelder gjerne konflikt med en leder.

Martin Holm er sykepleier og en av dem som svarer når det ringer. Siden oppstarten av tjenesten har Arbeidslivstelefonen besvart over 5 000 samtaler. Fra 2006 til 2007 økte antall henvendelser med 20 prosent.

– Økningen skyldes blant annet fokus i mediene på mobbing og trakassering. Vi merker at dersom saker blir slått opp og diskutert i mediene, får vi flere henvendelser rundt lignende tema, sier Holm.

Uønsket behov

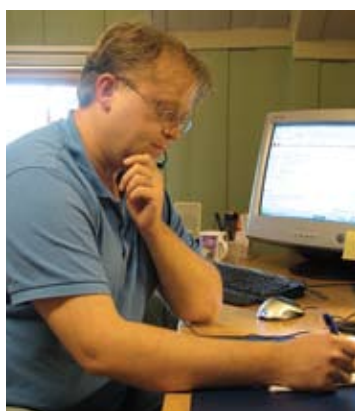
– Hvem ringer til Arbeidslivstelefonen?

– Det er flest kvinner (67 prosent) mellom 40 og 50 år som ringer. Av dem er det flest som jobber i helse- og sosialtjenesten (20 prosent). Den hyppigste årsaken til at de ringer er konflikt med leder (23 prosent), forteller han.

Arbeidslivstelefonen drives av Mental helse og har siden 2005 vært en fast tjeneste.

– Det er likevel gledelig for oss at vi i år er en egen post over statsbudsjettet, sier han, selv om han egentlig skulle ønske det ikke var behov for tjenestene de tilbyr i arbeidslivet.

Mange sykepleiere benytter tjenesten. Sykepleien har tatt med tre eksempler på spørsmål de kommer med:



SVARER: Sykepleier Martin Holm.



Arbeidslivstelefonen

- ✓ Arbeidslivstelefonen er et tilbud til både arbeidstakere og arbeidsgivere, tillitsvalgt, pårørende m.fl.
- ✓ Tvist om fortrinnsrett for deltidsansatte avgjøres av tvisteløsningsnemnda.
- ✓ Målsettingen er å bidra til en nedgang i sykefravær ved å demme opp for konflikter, utstøting og mobbing i arbeidslivet.
- ✓ De du snakker med har taushetsplikt.

Tlf.: 815 44 544 (Åpent: mandag, onsdag og fredag: 9-15.

Tirsdag og torsdag, 12-18) www.arbeidslivstelefonen.no



Sykepleier rundt 50 år fra Vestlandet.

Første samtale:

Hun har lest om Arbeidslivstelefonen i Sykepleien. Sykepleieren er sykmeldt på andre uken. Hun var

også sykmeldt i julen på grunn av konflikt på arbeidsplassen.

Årsaken til konflikten skyldes en leder som begynte for to år siden. Etter det har det dukket opp flere problemer. Det er ikke bare sykepleieren som lider under ny leder, men det er hun som har valgt å varsle.

Sykepleieren havner i en konflikt hvor hun blir beskyldt for flere ting

det ikke finnes bevis for. Sykepleieren er flink til å dokumentere, fagforening er involvert og tar saken alvorlig. Hun ønsker å diskutere om det hun har gjort er det riktige.

Første svar:

– Ut i fra det hun forteller har hun «fulgt boka». Vi råder henne til å være enda mer nøyaktig i forbindelse med dokumentasjon i forbindelse med møtereferater og møteinnkallinger. Dersom hun gjør det hun kan, og ting ikke blir bedre, bør hun vurdere å finne ny jobb. Vi råder henne også til å ansvarliggjøre toppledelsen, forteller Holm.

Samtale 2:

Sykepleieren ringer igjen. Nå opplever hun mobbing fra lederen. Hun sier at det virker som misunnelse kan være motivet. Sykepleieren har vært sykmeldt i lengre tid, og føler at hele prosessen har slitt henne ut.

– Hun gråter flere ganger under samtalen, sier Holm.

Svar 2:

– Vi anbefaler henne å be fastlegen om en henvisning til DPS eller andre som kan veilede henne i en vanskelig situasjon. Dersom det ikke er mulig å rydde opp på

Høyre vil ha private «affärsänglar»

Sykepleiere må få muligheten til å starte private omsorgsbedrifter, og Norge må få «affärsänglar». Det mener Høyres Linda Cathrine Hofstad Helleland.

VG Nett

15 rusinstitusjoner fikk avtale

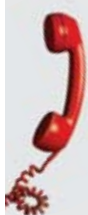
Helse Sør-Øst RHF vil inngå avtale med 15 institusjoner om tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Rusfeltet protesterer.

Helserevyen

Unge oftere sykmeldt

Unge arbeidstagere har lavere terskel for å være sykmeldt, har mindre pliktmoral og er ikke redde for å miste jobben. Derfor øker sykefraværet, mener eksperter.

absentia



Sykepleier rundt 40 år fra Sørlandet.

En sykepleier forteller at hun er ansatt i 65 prosent stilling. Hun har vært en del sykmeldt. Hun har jobbet tilrettelagt i 50 prosent i en tid.

Sykepleieren har nylig vært på et møte med leder hvor vedkommende sier at opplegget ikke fungerer. Det blir påstått at andre ansatte gruer seg for å jobbe sammen med henne og at hun har en merkelig væremåte. Dette blir ikke utdypet. Sykepleieren ble helt mål-løs på møtet, og føler seg uønsket. Hun lurer på hva som er lurt å gjøre nå.

Svar:

– I forhold til påstandene, bør hun kreve å få vite hvorfor andre ansatte gruer seg, og hva med hennes væremåte er merkelig. Er pasientenes sikkerhet i fare? Hun bør kontakte forbundet og be om et møte med lederen. Dersom det ikke ryddes opp bør hun vurdere å finne en annen jobb, råder Holm.

arbeidsplassen bør hun vurdere å finne seg noe annet, sier Holm.

Ny samtale 3:

Sykepleieren ringer igjen og forteller at hun skal tilbake i jobb og har et møte med jobben til uka.

– Jeg råder henne til å ha en plan klar for hvordan hun kan tenke seg at det skal fungere på jobb og legge dette frem. Jeg råder henne også til å huske å ta referat. Etter dette har vi ikke hørt noe mer, så vi håper det har ordnet seg eller at hun har fått jobb ett annet sted, forteller Holm.



Sykepleier fra Nord-Norge.

Sykepleieren er i utgangspunktet 100 prosent ufør. Hun har reaktivert 50

prosent av arbeidsevnen og jobber sporadiske vakter på et sykehus. Hun har byttet leder flere ganger i løpet av få år. Sykepleieren har flere gode attester, men den lederen hun har nå gir henne ikke vakter.

Årsaken forklarer lederen med at det har kommet klager på henne. Lederen bruker varslerparagrafen for ikke å navngi klageren. Sykepleieren føler at det er urettferdig og vil ha en oppklaring.

Hun har kontaktet forbundet, med der er det ingen hjelp å få. På en annen avdeling på sykehuset har hun derimot fått flere vakter. Hun er opprørt over urettmessige beskyldninger og at forbundet ikke bistår henne.

Svar:

– Dersom fagforening ikke stiller opp, bør hun kontakte fagforbundet på fylkesnivå eller sentralt. Hun må kreve at forbundet kaller inn til et oppklaringsmøte med lederen. Vi anbefaler henne å knytte bånd til den andre avdelingen hvor hun har fått vakter. Dersom situasjonen blir helt umulig bør hun gå tilbake til full ufør, sier Holm.

250 ledere drøftet verdier

– Våre verdier er «kvalitet – trygghet – respekt». Det er disse verdiene som skal forene oss og gjøre Sykehuset Østfold (SØ) til et sykehus som skaper enda større tillit. Derfor må vi LEVE verdiene, sa adm. direktør Leiv Kvale på sykehusets store ledersamling.

SØ

AminoJern Ferrochel -en ny generasjon jerntilskudd



AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jerntilskudd som bl.a. kjennetegnes ved sin unike opptaks-mekanisme.

AminoJern Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas ved måltid uten at effekten reduseres. AminoJern Ferrochel inneholder ingen animalske ingredienser.

FORDELER VED AMINOJERN:

- Absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd
- Gir normalt ikke bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage
- Bygger kroppens jernlager særdeles effektivt
- Kan tas sammen med mat
- Inneholder intet animalsk

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS. Anbefalt dagndose 1 tbl, tilsvarende 25 mg jern. Føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger. For mer info se www.aminojern.no, ring tlf 33 00 38 70 eller send mail til post@vitalkost.no.



Er du urolig for ditt langtidsblodsukker (HbA1c)?

Visste du at blodsukerverdier etter måltider utgjør store deler av døgnet og er et viktig bidrag til ditt langtidsblodsukker (HbA1c)?



Måltidsmarker dine måleresultater før og etter måltider med blodsukkerapparatet CONTOUR®.

CONTOUR® **INGEN KODING**™
Enkelt i bruk. Avanserte muligheter.

ASCENSIA
CONTOUR®
Blood Glucose Monitoring System



Bayer HealthCare
Diabetes Care



- ☐ **JA takk**, jeg vil gjerne motta CONTOUR® gratis.
- ☐ **JA takk**, jeg ønsker gratis medlemskap i Ascensia Club.

Navn

Fødselsdato

Telefonnummer

Adresse

Postnr.

Poststed

E-mailadresse

B-post

Adressaten betaler
for sending i Norge



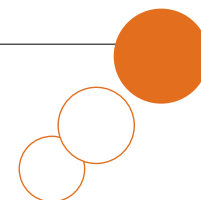
Distribueres av
Posten Norge

Sykepleien 8/2008

GRØSET 0208 AND

Bayer AS- DC
Svarsending 2285
0091 Oslo

Sykepleien 8/08



Etterlyst: Smarte hoder

Sykepleiens Smartpris 2008 er i gang! Totalt 250 000 kroner skal fordeles blant sykepleiere som har funnet fram til nye, smarte løsninger i helsetjenestene. Søknadsfrist: 1. september.

Sykepleiere som har fått smarte ideer, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell, kan nå søke om å få disse vurdert som mulige kandidater til Smartprisen. Det kan være løsninger eller praktiske innretninger som har gjort pleiejobben mer effektivt og som kan føre til forbedringer og gevinster i helsetjenestene.

Også løsninger som ikke er helt ferdig utviklet er velkomne. Selv hvis ideen bare er inne i hodet ditt, kan den bli vurdert av juryen, bare den er god nok. Da er det imidlertid viktig at ideen blir godt begrunnet i en skriftlig søknad.

I år blir det delt ut fire priser. 100 000 kroner går til lesernes favoritt. 50 000 kroner går til henholdsvis «beste realiserte idé», «beste ikke-realiserte idé» og beste forslag fra kommunesektoren. Vinnerne på de tre siste prisene kåres av en fagjury.

Sykepleien samarbeider med KS og Innovasjon Norge om konkurransen. Sistnevnte kvalitetssikrer forslagene og veileder kandidatene som har forslag med et større (kommersielt) potensial.

Terskelen for å sende inn forslag er lav. Sykepleiere må være med blant de som har utviklet ideen, men de kan gjerne inngå i et team som består av flere andre yrkesgrupper. Erfaring viser at de beste ideene ofte utvikles i slike team.

Det er heller ingen forutsetning at løsningen skal representere høyteknologiske nyvinninger. Stålrøret som vant i 2006 var laget ved hjelp av teknikerne «i kjelleren» på Haukeland. Det var først og fremst selve ideen som var smart, kostnadsbesparende og praktisk.

TIDEN OG VEIEN

- ▶ **1. september 2008:** Frist for innsending av forslag
- ▶ **November 2008:** Presentasjon av godkjente forslag i Sykepleien
- ▶ **Desember 2008:** Avstemning på sykepleien.no
- ▶ **Januar 2009:** Utdeling av Smartprisene

- 1** Forslag sendes til smartpris@sykepleien.no eller til Sykepleien, postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «Smartpris».
Frist 1. september 2008.

- 2** Med påmelding skal følge **en presentasjon** som bl.a. skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:
- Hva er dette?
 - Hva er nytt?
 - Hvilken nytteverdi har ideen/løsningen?
 - Hvilke andre fordeler har ideen/løsningen?
 - Hvor langt har man kommet?
 - Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
 - Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)
 - Det anbefales at det legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for forslaget.

- 3 Vurderingskriterier:**
- Løsningen må være selvutviklet.
Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
 - Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
 - Kandidater må dokumentere eller argumentere for at de er først ute med dette.
 - Kandidater kan foreslå seg selv, sin avdeling eller andre.

- 4** Alle bidrag til konkurransen behandles konfidensielt.
Bidragene vurderes av en fagjury som skal bestå av bl.a. helsefaglig personell, personer med kompetanse innen forretningsutvikling og en representant fra Kommunenes Sentralforbund. Alle bidragsyttere vil få skriftlig tilbakemelding.

9,4 prosent stilling

Sykepleierne Stig Morten Johnsen (27) og Marit S. Haugseth, som begge arbeider i Steinkjer kommune, mener at sykepleiere og andre helsearbeidere i likhet med andre yrkesgrupper også burde kunne velge om de ville jobbe heltid eller deltid. Etter tre år i yrket har Johnsen fortsatt bare 9,4 prosent fast stilling.

Oppland Arbeiderblad

Skeptiske til stillesittende pleiere

Sitter ansatte i eldreomsorgen i Skien for mye på pauserommene framfor å ta seg av pasientene? Det spørsmålet vil Arbeiderpartiets Sigmund Steenbuch ha belyst og etterlyser fakta om hvordan beboere og pasienter ved sykehjemmene i Skien blir aktivisert.

Telemarksavisa



Bht for helsepersonell

– Vi vil gi bedriftshelsetjenesten et faglig løft og sikre kvaliteten i ordningen, sier arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hanssen.

Forslag om å utvide dagens bransjeforskrift om bedriftshelsetjeneste (bht) til sju nye risikoutsatte bransjer, blant annet helse- og sosialsektoren, er ute på høring. Departementet foreslår at ansatte innen disse bransjene alltid skal være knyttet til en bedriftshelsetjenesteordning.

I høringsnotatet foreslår departementet også å innføre en obligatorisk godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten.

– For å oppnå det faglige løftet vi ønsker for bedriftshelsetjenesten, er det også nødvendig med en sterkere prioritering av myndighetenes tilsyn med og veiledning i virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten. Vi foreslår derfor tydeligere krav til arbeidsgivers bruk av tjenestene. Slik skal bedriftshelsetjenesten bli et enda bedre virkemiddel for et godt og inkluderende arbeidsmiljø, sier arbeids- og inkluderingsministeren.

Høringsfristen er satt til 25. juni 2008.

Hele forslaget finnes på: www.regjeringen.no

Spørsmål fra leserne

Hva kan jeg som student kreve i lønn?

Jeg er sykepleierstudent på andre året og jobber som fast ansatt ekstravakt på sykehus ved siden av. Det finnes ikke tarifflønn for oss studenter, men hva er det rimelig å kreve i lønn? Og har jeg for eksempel krav på høyere lønn med bestått medikamentkurs?

Svar fra NSF Rådgivningstjenesten:

Når vi snakker om krav til lønn, er kravet alltid knyttet opp til en bestemmelse som gir en rettighet. Vanligst er det å finne disse rettighetene om lønn i tariffavtaler mellom partene i arbeidslivet. For sykepleierstudenter finnes det i dag ingen tariff-festede lønnsbestemmelser på landsbasis.

En del steder er det imidlertid fremforhandlet høyere lønn for studenter, alt etter hvor langt de har kommet i utdanning og hvilke oppgaver de utfører. Noen steder får man for eksempel hjelpepleierlønn fra 3.-4. semester. (Selvsagt får studenten hjelpepleierlønn hvis vedkommende er utdannet hjelpepleier).

Det er opp til arbeidsgiver å lage lokale bestemmelser som regulerer lønnen til sykepleierstudenter. Vanligvis blir lønnen differensiert i forhold til studieprogresjon. I tillegg er det rimelig at lønnen står i forhold til den jobben du utfører. Dersom en avgangsstudent utfører en jobb som er tett opptil hva sykepleieren gjør, er det ikke urimelig å forlange at dette avspeiles i lønna. Det er også vanlig, og naturlig, at sykepleierstudenter får andre oppgaver en ufaglærte.

Etter 1994 ble det sagt fra KS at alle studentgrupper som har ferievikariat og ekstravakter lønnes som assistenter i helsesektoren uansett hvor langt de har kommet i utdanningen. Minstelønn for assistenter/stillinger uten særskilt krav om utdanning per 1. mai 2007 er 217 100 kroner. Det gir en timelønn på 117,61 kroner for turnusstilling.

En del steder er det fremforhandlet høyere lønn for studenter alt etter hvor langt de har kommet i utdanningen og hvilke oppgaver de utfører.

Noen steder får man hjelpepleierlønn fra 3.-4. semester, mens andre lønner sykepleierstudenter som fagarbeider fra 1. semester. Minsteårslønn for en fagarbeiderstilling/ tilsvarende fagarbeiderstilling uten ansiennitet er 243 200 kroner eller 131,74 kroner per time. En sykepleiestudent som fra før er utdannet fagarbeider (hjelpepleier/omsorgsarbeider) får selvsagt lønn som dette.

Studentlønn kan også være avtalt i B-delsforhandlingene i det enkelte helseforetak i tariffområdet Spekter. Og frem til slutten av 90-tallet ble sykepleiestudenter i Oslo kommune lønnet som hjelpepleiere etter 3. semester. Det er fremdeles en del bydeler som har en bestemmelse om at sykepleierstudenter skal avlønnes som fagarbeidere

(tilsvarer hjelpepleierlønn) etter 3. semester.

Lønn for assistenter i Oslo er per 1. mai 2007 minimum lønnstrinn 10-22, det vil si fra 227 000 til 269 900 kroner. Per 1. mai 2007 lønnes hjelpepleier i lønnsramme 1004, det vil si fra 248 000 til 286 200 kroner.

Studenten bør kontakte NSF's tillitsvalgte for å høre om det er en avtale der studenten jobber. Eventuelt kan studenten sammen med medstudenter ta initiativ til at det opprettes en slik lokal avtale.

Når det gjelder utdeling av medisiner vil vi si følgende:

Sykepleierstudenter har ingen myndighet til å dele ut medisiner på egen hånd. I legemiddelforskriften er hovedregelen at det kun er autorisert helsepersonell som forventes å ha tilstrekkelig faglig kompetanse og erfaring med legemiddelhåndteringsoppgaver og som kan gjøre i stand legemidler til den enkelte pasient.

Alle sykepleierstudenter, uansett hvor langt de har kommet i utdanningen, har i utgangspunktet ikke anledning til å håndtere medikamenter på jobb. Det er virksomhetsleders ansvar å sørge for at det finnes personell med tilstrekkelig og nødvendig kompetanse til å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering på en forsvarlig måte, og at helsepersonell får den nødvendige opplæring. Alle som håndterer legemidler skal kjenne til virksomhetens legemiddelrutiner og sentrale regler for legemiddelhåndtering. Av dette følger det at virksomhetsleder må sikre at helsepersonellet har og opprettholder nødvendige kvalifikasjoner i forhold til oppgavens art og den oppfølging som gis. Med kvalifikasjoner siktes det til formelle og reelle kvalifikasjoner, det vil si helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring.

Legemiddelforskriften pålegger altså virksomhetsleder at du har gjennomgått nødvendig opplæring, tilegnet deg nødvendig kunnskap og er egnet for oppgaven. Før slik myndighet gis, skal virksomheten ha skriftlige retningslinjer for hvem som utfører dette arbeidet, og for hvilken opplæring disse måtte ha i legemiddelhåndtering. Du har plikt til å avstå fra å dele ut medikamenter hvis du ikke har tilstrekkelig opplæring.

Les mer i rundskriv IS-9/2008, Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter førstehjelp: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00044/For-skrift_om_legemid_44209a.pdf



Mette Høiland, seniorrådgiver i NSF.

Rett til studiepermisjon?

«Jeg arbeider i dag som sykepleier i full stilling på en ordinær sykehjemspost. Opp gjennom årene har jeg tatt flere videreutdanninger, sist sommer i praktisk pedagogisk utdanning (PPU).

Jeg tok PPU ut fra en tanke om at jeg heller vil undervise enn å gå inn i en administrativ stilling om helsen skulle gjøre det vanskelig å fortsette som sykepleier «på gulvet».

Da jeg ikke har arbeidet på somatisk sykehus de siste 15 årene, tenkte jeg det ville være lurt å høste fersk erfaring fra sykehus hvis det skulle bli aktuelt å gå inn i en undervisningssituasjon. Jeg søkte permisjon for å arbeide en periode på

en lungeavdeling. I forhold til mitt nåværende arbeid på sykehjemmet skulle dette også passe fint, da vi har flere pasienter med kols.

Jeg fikk avslag på permisjonssøknaden med den begrunnelse at det ville bli vanskelig å skaffe en vikar for meg. Det er nok riktig – men er det en god nok begrunnelse?

Svar:

Du spør om rett til permisjon for å kunne skaffe deg kompetanse innenfor et annet spesialfelt.

Arbeidsmiljøloven har i §12-11 bestemmelser om lovfestet utdanningspermisjon. Det er gitt vilkår for denne rettigheten. Et av vilkårene er at den

som søker eller krever utdanningspermisjon skal delta i et organisert utdanningstilbud. Eventuell praksiserfaring som del av utdanningen det søkes permisjon for må da foregå som en «studiedel» organisert av utdanningsinstitusjonen.

Så selv om det å skaffe seg oppdatert praksiserfaring fra et annet fagfelt sikkert er relevant både for de planene en personlig har for framtidig arbeid og eventuelt også for det arbeidet man allerede har – så faller dette ikke inn under hva en lovfestet utdanningspermisjon etter arbeidsmiljøloven skal gis til.

Forhandlingsavdelingen, Norsk Sykepleierforbund

Bruk av religiøse hodeplagg

Hvorfor skal det være lov å gå med turban og slør på jobb? Dette er jo religiøse symboler som ikke har noe på en arbeidsplass å gjøre?

Svar:

Vi lever i et flerreligiøst samfunn og jeg synes vi bør ha det som leveregel å ikke lage problemer ut av forskjeller. Jeg vil derfor snu på spørsmålet ditt. Hvorfor er religiøse hodeplagg et problem på jobben?

Et strengt forbud mot religiøse symboler kan sies å likebehandle. Samtidig er det viktig at vi spør oss selv om forbudene vi innfører er nødvendige. Og er det egentlig nødvendig å forby bruk av religiøse hodeplagg på jobben? Det vil også være slik at majoritetens symboler lettere blir godtatt

og oppfattet som «normale» mens minoritetenes symboler blir oppfattet som problematiske.

Diskrimineringsloven forbyr å direkte eller indirekte diskriminere på grunn av blant annet religion eller livssyn. Diskrimineringsloven gjelder på alle samfunnsområder, med unntak av familieliv og personlige forhold.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har mottatt flere henvendelser fra både kvinner og menn som er blitt nektet å bære religiøst hodeplagg i arbeidstiden. I en av sakene konkluderte vi med at arbeidsgiver diskriminerte kvinnen da hun ble oppsagt etter å ha nektet å ta av hijaben. Ombudets uttalelse om brudd på diskrimineringsloven førte til at hun fikk en betydelig økonomisk oppreisning.

Diskrimineringsloven gir unntaksvis anledning

til å forskjellsbehandle mennesker på grunn av religion. Unntaksadgangen skal imidlertid tolkes svært snevert. Hvis hodeplaggene utgjør en sikkerhetsrisiko eller på annen måte hindrer utførelsen av arbeidet, vil det være saklig å komme med pålegg i forhold til dette.

Klagenemnda for likestilling har tidligere påpekt at arbeidsgivers behov for restriksjoner på bruk av hodeplagg av hensyn til profilering og markedsføring kan bli ivarettatt ved at hodeplagget tilpasses estetisk.



Ingeborg Grimsmo, fungerende Likestillings- og diskrimineringsombud

C Vagifem «Novo Nordisk»

Ostrogen
VAGINALTABLETTER 25 µg Hver vaginaltablett inneholder: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 25 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel. Atrofisk vaginit, 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. Dobbel 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. Kjent eller mistenkt 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. familleanamnese) 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 fibroider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkompplikasjoner, kolelitiatis, 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 for 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. **Venos 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 de første årene 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 for 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/Amning:** Skal ikke brukes ved graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Vanligst forekommende er utflod og vaginalt ubehag. Østrogenrelaterte bivirkninger som brystmerter, perifer 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 vaginit, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Brystødem eller brystforstørrelse, brystmerter eller brystørnhet, perifer 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 østrogenbehandling: Hjerteinfarkt, kongestiv hjertesykdom, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, pruritus, vaginal candidiasis, risiko for å utvikle endometriekreft, endometriehyperplasi eller økt størrelse av uterine fibroider, epilepsi, libidoforstyrrelser, forverring av astma og muligens demens. **Overdosering/ Forgifting:** Ingen tilfeller av overdosering er rapportert. **Behandling:** Symptomatisk. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent human østradiol til lokal bruk i vagina. Vaginaltablettene er en filmdrasjert hydrofil matriks-tablett 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 inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er avhengig av østrogen. Østrogen øker antallet overflateceller og intermedieære celler sammenlignet med basaleceller. Østrogen opprettholder skjedenes pH på ca. 4,5. Dette fremmer normal bakterieflora, hovedsakelig *Lactobacillus Doderlein*. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mavetarmkanal. Ved vaginal administrering unngås «first pass»-metabolisme. Maks. nivåer etter enkeltdose er ca. 175 pmoI/liter (47-51 pg/ml). Etter 14 dagers behandling detekteres bare marginal absorpsjon av 17-β-østradiol med gjennomsnittlig nivå innenfor det postmenopausale området. Gjennomsnittlig konsentrasjon av 17-β-østradiol ved hvert målingstidspunkt lå i det normale postmenopausale området. Ingen akkumulering av østron 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)Mettler L, Olsen PG. Long-term treatment of atrophic vaginitis with low-dose østradiol vaginal tablets. Maturitas 1991; 14: 23-31 2) Nilsson K, Heimer G. Low-dose oestradiol in the treatment of urogenital oestrogen deficiency - a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. Maturitas 1992; 15: 121-27 3) Weisberg E et al. Endometrial and vaginal effects of low-dose østradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. Climacteric 2005; 8: 83-92 4) Dugal R et al. Comparison of usefulness of østradiol vaginal tablets and østradiol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 293-7

Blitzregnet SKREMMER

Helsestoff er godt stoff, og dermed blir sykepleiere gode kilder. Men tør du – og kan du – snakke med journalistene?

Når journalisten ringer, skvetter sykepleieren. En undersøkelse Synovate har gjort på oppdrag fra Sykepleien, viser at mange sykepleiere daglig lar seg påvirke av helsenyheter om feilbehandling og svikt i helsevesenet.

■ ■ Det kan være lett å gjemme seg bak taushetsplikten dersom man uforvarende står i fare for å bli forsidestoff. Men ifølge paragraf 23, punkt 1 i helsepersonelloven, er ikke taushetsplikten et hinder for «at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene.» Det vil i praksis si at lovverket åpner for at sykepleiere i visse tilfeller kan kommentere saker hvor pasienten selv har gått ut med sin historie. Helsepersonell kan også, uavhengig av taushetsplikten, gi opplysninger om seg selv.

■ ■ Og om journalisten ikke har ringt ennå, kan det bare være et tidsspørsmål: En gjennomgang Sykepleien har gjort, viser at VG har hatt en helserelatert sak på forsiden 82 ganger det siste året. Dagbla-

det ligger knepent foran, med 92 helseforsider.

■ ■ Enkelthistoriene får ofte store oppslag: 29 ganger har pasienthistorier blitt frontet på forsiden i Dagbladet, mot 28 ganger i VG. Mens Dagbladet oftest fokuserer på vanlige pasienter med uvanlige historier, satser VG i større grad på kjente mennesker som forteller om sin ukjente sykdom. Helsenyheter og forbrukerrettet helsestoff selger også aviser: VG hadde 54 slike forsider, mens Dagbladet hadde 63 i løpet av det siste året.

Vi har samlet forsidetitlene på de påfølgende sidene:



Ofret helsa for leserne
Sykehus nekter å utføre keisers



Nattjobbing gir oftere brystkreft Livredd for fødselen
nitt **Therese alvorlig syk av helsekost**



Medieangst påvirker hverdagen

I en spørreundersøkelse svarer en av fire spurte sykepleiere at medieoppslag om feilbehandling og svikt i helsevesenet påvirker det daglige arbeidet.



Synovate har på oppdrag fra Sykepleien spurt 185 sykepleiere om hvordan de forholder seg til helsestoff i det daglige nyhetsbildet. 31 prosent av de spurte sier at de i ganske eller svært stor grad lar seg påvirke av medieoppslag om feilbehandling og svikt som skjer i helsevesenet i det daglige arbeidet.

Påvirktes minst i sykehus

Sykepleierne som sier at de lar seg

påvirke, jobber både i sykehus, kommunehelsetjeneste og i andre virksomheter.

Litt over halvparten sier at de i ganske liten eller svært liten grad lar seg påvirke. Heltidsansatte og ansatte i sykehus sier de lar seg påvirke i minst grad.

Tabbeangst

En tidligere undersøkelse Synovate har utført for Sykepleien, viser at

42 prosent av landets sykepleiere er redde for å gjøre tabber. Her viser det seg at to av fem plages av denne redselen, og at den også øker med årene. Undersøkelsen viste også at bare en av fem sier at feil alltid meldes.

En undersøkelse fra Institutt for sykepleiervitenskap ved Universitetet i Oslo, viser at sykepleiere som gjør feil, kan få en voldsom psykisk knekk i etterkant.

Liten tillit

Av de spurte har halvparten ganske liten eller svært liten tillit til medienes saker om feilbehandling og svikt i helsevesenet. Her er det aldersgruppen mellom 34 og 49 år som er mest kritisk.

De aller færreste, 14 prosent, mener at mediene ikke bør skrive om enkeltpasienter som mener de har blitt utsatt for feilbehandling eller svikt fra helsevesenet.

Homofile Kenneth (26) leide surrugatmor, ble pappa
Giktepedemi rammer 1 av 10

Best
Fikk særbeh



KAN KOMME I AVISEN: Å havne i medienes søkelys på grunn av noe man har gjort på jobb, frister ikke. (Arkivfoto. Personene på bildet har ingen tilknytning til saken.)

Sikre eldre

I Synovates undersøkelse, gjennomført i april i år, er det også en stor gruppe, nesten en av fire spurte, som svarer at de ikke vet om mediene bør skrive om enkeltpasienter på denne måten. Her er de yngste mest usikre, 30 prosent svarer «vet ikke» på dette spørsmålet.

De eldste sykepleierne, de som er over 50 år, er mest sikre på

at mediene bør ha slike saker: 69 prosent av de spurte i denne aldersgruppen svarer «ja» på dette spørsmålet.

Kjenner til feil

Undersøkelsen har en feilmargen på cirka 5 prosent, og gir derfor et relativt nøyaktig bilde av holdningene hos landets sykepleiere.

20 prosent av de spurte svarer «ja» på spørsmålet: «Kjenner du

I hvilken grad påvirker medieoppslag om feilbehandling og svikt i helsevesenet ditt daglige arbeid? (Svar i prosent)

	I ganske/svært stor grad	I ganske/svært liten grad	Vet ikke	Ubesvart
TOTALT	31	63	4	2

ALDER	under 35 år	32	54	12	2
	34-49 år	31	66	-	2
	50 år +	32	66	1	1

ARBEIDSTED	sykehus	31	65	1	1
	kommunehelsetjeneste	34	59	5	1
	annet	34	56	7	3

Kilde: Synovate april 2008, basert på 185 intervjuer.

Kjenner du til feil begått ved din avdeling som du har fryktet skulle få negativ medieoppmerksomhet?

Ett av spørsmålene fra Synovates undersøkelse

til feil begått ved din avdeling som du har fryktet skulle få negativ medieoppmerksomhet?» Det er flest yngre sykepleiere – under 35 år – som svarer at de vet om at det er gjort slike feil.

Tre av fire i aldersgruppen 34 til

49 år sier de ikke vet om at det er gjort slike feil.

om Therese døde i ulykken

andling i helsekøen Gro rasende på Brustad



Journalisten:

– Vil ha sykepleiere som kilder

– Jeg får ti ganger så mange tips fra leger som fra sykepleiere, forteller Hilde Schjerve i Dagbladet.

Schjerve jobber med helsesaker på fulltid. Hun tror årsakene til at legene kontakter henne oftere er mange og sammensatte, men trekker frem redsel som et viktig moment:

– Kanskje sykepleiere er redde for å ta kontakt? Helsevesenet er et lukket område i samfunnet, og det har kanskje ikke vært tradisjon for å snakke høyt om verken det positive eller negative, sier hun.

Hun tror også lojalitet spiller inn.

– Mange kan nok være redde for å fremstå som illojale overfor arbeidsgiver dersom de går ut med en sak. Vi jobber aktivt for å få flere kvinnelige kilder inn i spaltene. Men jeg ser godt at det er en vegring for å stikke hodet frem.

– Mange skyver ansvaret for å kommentere en sak oppover i systemet, sier hun.

– Ikke farlig

Schjerve mener at det ikke er far-



FORNØYDE: Hilde Schjerve tror de fleste er fornøyde etter å ha vært kilder for Dagbladet.

lig for sykepleiere å snakke med journalister.

– Det er ufarlig å tipse oss om ting. Kildevernet er absolutt. Men sykepleiere har kanskje ikke tillit til hvordan ting blir håndtert i mediene. Selv nekter hun aldri å la intervjuobjektene få lese gjennom sitatene sine før publisering.

– Opprørt

– Jeg tror de fleste som har valgt å stå frem i en sak i Dagbladet, har opplevd det som positivt i etterkant. Men det ligger i journalistikkens natur å skulle avdekke kritikkverdige forhold. Derfor er det alltid noen som kan bli opprørt over saker vi slår opp, sier hun.

Medielogikk tilsier at dersom det er 2000 fornøyde pasienter ved Rikshospitalet, og en som er misfornøyd, så vil en sak fra Rikshospitalet handle om den ene misfornøyde.

– Det er vår plikt å bistå enkelt-mennesker som har blitt utsatt for overgrep fra for eksempel institusjoner, sier Schjerve.

– Ikke alltid stolt

– Jeg er selvsagt ikke stolt av alt vi gjør, og det er saker jeg helst hadde sett at ikke kom på trykk. I løssalg-verdenen er det slik at du har noen saker du lever for, andre lever du av. Helsestoff er godt stoff, og i Dagbladet er det ett av tre hovedsatsingsområder på nyhetsavdelingen.

Jeg er selvsagt ikke stolt av alt vi gjør, og det er saker jeg helst hadde sett at ikke kom på trykk.

Hilde Schjerve, helsejournalist i Dagbladet

Hjelpepleier voldtatt I dag sexsmittet
En av fire plages av angst Hjelp, jeg fikk 12



Engler og demoner

– Helsepersonell scorer skyhøyt på troverdighetsskalaen, mens journalister ligger og vaker på bunnen sammen med bilselgere og folk som begått væpnet ran.

Det sier Arne Jensen, leder i Norsk Redaktørforening. Han erkjenner også at det kanskje må være slik: – For å bli en god journalist må man ha sult og drivkraft og utholdenhet. En journalist kan aldri vinne en popularitetskonkurranse. Jeg hører om ansatte i sykehus som sier de «blir litt bekymret» når journalisten ringer. Det er bra, for journalistens jobb er faktisk å påpeke hva som ikke fungerer, sier han.

Jensen ønsker seg ikke gladsaker om det som går bra i helsevesenet,

og han mener at også helsepersonell må tåle nærgående granskning.

– Journalistikkens innerste vesen handler om det som er ubehagelig. I et samfunn der pressen roser forvaltningen, kan du være sikker på at mange uskyldige sitter i fengsel.

– Fortell sannheten!

– Vi er i ferd med å dyrke frem et samfunn der konsensus er det overordnede mål. Det er skummelt. Helseforetakene er kjernen i fellesskapet, der ligger troen på at noen tar vare på deg når du blir gammel.

Jensen mener det blir vanskelig å drive kritisk journalistikk dersom helseforetakene ikke er åpne og ærlige på det de gjør.

– Dersom informasjonsstrategien er å «tette igjen», vil det lekke ut biter av informasjon. Disse bitene må journalistene forsøke å sette sammen til et så riktig bilde som mulig. Når journalisten ringer deg på jobb, er det bare en ting å gjøre: Tell det truth, the whole truth and nothing but the truth. So help you God.

– Har blitt mer åpent

En undersøkelse Norsk Redaktørforening utførte i 2004 viste at det var svært varierende praksis i forhold til hvilke saker som ble diskutert for åpne dører i sykehusenes styrerom, og hvilke saker som ble unntatt offentlighet. Arne Jensen i Norsk Redaktørforening får fremdeles innkallinger til styremøtene. Ikke fordi han

nødvendigvis ønsker å delta, men for å holde en viss kontroll med åpenheten.

– *Har det skjedd noen endringer i åpenhetskulturen rundt styremøtene?*

– Ja, jeg mener at det åpenbart har skjedd endringer – til det bedre – når det gjelder helseforetakenes praktisering av reglene

om åpne møter, mener han.

– Jeg følger ikke med på alle, men en del av foretakene sender meg fortsatt alle innkallinger og protokoller, og det er nå langt mer sjelden jeg kommer over lukkede møter som ser tvilsomme ut i forhold til regelverket og intensjonene bak, registrerer Jensen.

RÅD

til sykepleiere som skal INTERVJUES

INFORMASJONSRAÐGIVEREN Marit Kviknes tre råd:

- 1 Tenk over det viktigste du skal si, gjenta det.
- 2 Tenk over at ting blir spisset.
- 3 Husk at taushetsplikten ikke alltid står i konflikt med informasjonsplikten.

JOURNALISTEN Hege Schjerves tre råd:

- 1 Ikke vær redd – det er ikke farlig å snakke med en journalist
- 2 Be om å få se hva du blir sitert på
- 3 Ikke skyv svaret oppover – våg å fronte saker selv

DESKEN Sverre Joakimsens tre råd:

- 1 Har du gjort en feil, legg deg flat
- 2 Be om å få lese gjennom sitatene dine
- 3 Fremstå som sympatisk



58 unge Vi gir barna sukkersjokk
ulike diagnoser Kyss mer, få bedre helse



Tragedie med tilskuere

Hele Norge kunne følge den lille jenta inn i døden. Saken om fire år gamle Kristina Hjartåker traff midt i deskens hjerte.

– Dette er en historie som stikker rett i hjerterota. Det sier Sverre Joakimsen, som satt som vaksjef på desken i VG den kvelden avisforsiden ble laget. Historien handler om en fire år gammel jente i respirator. Hun har vært utsatt for en rasulykke i Bergen. Sykehuset mener det både etisk og medisinsk var mest forsvarlig å avslutte behandlingen. Faren ønsker ikke det.

Husker

En undersøkelse Synovate har utført på oppdrag fra Sykepleien, viser at 1 av 3 sykepleiere fortsatt husker forsiden med bildet av den smilende Kristina Hjartåker, med teksten «Sykehuset om Kristina:

Blind, døv, kan ikke puste, suge, tygge, svelge og har spasmer.» Det er snart to og et halvt år siden avisen sto i stativene.

– Det vil alltid være en diskusjon om det er riktig å bruke historien om en fire år gammel jente som salgsplakat på en løssalgsavis. Men saken var så viktig i all sin tragedie, at jeg mener det var helt riktig å slå opp denne saken som hovedsak på førstesiden, sier Joakimsen.

Krisestemning

Det var TV2 som først offentliggjorde historien. Det gikk imidlertid ikke lang tid før et nærmest samlet pressekorps var på sporet. Konflikten mellom faren og sykehuset vakte svært sterke reaksjoner. Det kom kritiske spørsmål til behandlingen både fra politikere og kolleger. Selv biskopen engasjerte seg i behandlingen av fireåringen.

Ved sykehuset var det krisestemning da det sto på som verst.

Ansatte mottok drapstrusler, og enkelte ble engstelige for at barna deres skulle bli utsatt for noe.

Et søk i databasen til sesam.no viser at det ble publisert 1179 nyhetssaker som inneholder fireårings navn.

– Hjelp mot overgrep

– Man kan hevde at mediene gasset seg i den tragiske historien?

– Det er en typisk retorikk fra maktpersoner, jeg blir nesten kvalm av å høre det, sier Joakimsen. Han sluttet i VG, og jobber som vaksjef i Se og Hør.

– Hvis ikke dette er en viktig sak, da skjønner jeg ingenting. Hvem skulle bestemme om jenta skulle leve eller ikke? Var det sykehuset eller faren? Det er en av mediens viktigste oppgaver å hjelpe en menig mann mot overgrep fra offentlige myndigheter. I denne saken er jeg ikke i tvil, det skulle bare mangle at ikke faren fikk føre en kamp med alle midler før livet ble avsluttet, sier han.

– Ikke tydelig nok

– Er det noe du ville forandret på denne forsiden, om du fikk sjansen til det i dag?

– Ja, jeg synes ikke den er tydelig

nok. Når jeg ser den nå, får jeg ikke helt tak i budskapet. Det kunne for eksempel stått: Faren om Kristina: Kan se, høre og tenke. Sykehuset om Kristina: Blind, døv, kan ikke puste. Og så videre. Da hadde konflikten kommet bedre frem.

Vanskelig

Mona Høgli er informasjonsdirektør ved Haukeland universitetssykehus. Hun erkjenner at dette var en svært vanskelig sak å håndtere: – Hvilken informasjonsstrategi hadde Haukeland i denne saken? – Vi hadde en informasjonsstrategi bygd på at vi ble fritatt fra taushetsplikt slik at vi kunne fortelle hvilke tester og resultater legene bygde sine avgjørelser på. Det var jo helt avgjørende for vår mulighet til tilsvarsrett at vi kunne gi disse opplysningene, opplyser Høgli.

– Feilvurdering

Men da TV2 presenterte saken, var sykehuset ifølge Høgli ikke fritatt fra taushetsplikten.

– Min store feilvurdering var å tro at ingen seriøse redaksjoner ville ta saken dersom vi ikke ble løst fra taushetsplikten. Det ble vi altså ikke.

– Jeg vet TV2 stadig sier at vi ble løst fra taushetsplikten, men ikke



Må sove til han er 30 år Legevakter
Jordmor foreslo karbad mot smertene Avvist t



ANGRER IKKE: Sverre Joakimsen var vaktssjef i VG den kvelden de valgte å bruke bildet av den fire år gamle jenta på forsiden av avisen. Han vil ikke høre snakk om at mediene gasset seg i tragedien.

ville bruke den. Lenge etter at Kristina var død, løste faren sykehuset fra taushetsplikten og TV2 kunne referere de medisinske fakta. Men de hadde ingen verdi da. Skaden var allerede skjedd med et kolossal trykk og hets mot ansatte på Haukeland, påpeker Høgli.

Dyrekjøpt erfaring

– Den dyrekjøpte erfaringen er at vi aldri skal stole på at Vær Varsom-plakatens paragraf 4.14 om samtidig tilsvarsrett gjelder. Det må lages informasjonsstrategi knyttet til både fritak og ikke fritak fra taushetsplikten. Skjønt

– Det er en av medienes viktigste oppgaver å hjelpe en menig mann mot overgrep fra offentlige myndigheter.

Sverre Joakimsen, vaktssjef i VG den kvelden denne forsiden ble laget.

jeg håper jo at redaksjonene i fremtiden innser at det ikke er mulig for et sykehus å gi et tilsvarende som pasient/pårørende nekter å frita sykehuset fra taushetsplikten, avslutter hun.

TV2 aviser

TV2 aviser at sykehuset ikke hadde mulighet til å gi tilsvarende:

– Det var selvsagt fullt mulig for Haukeland å gi et samtidig tilsvarende, og sykehuset benyttet seg av denne muligheten allerede i den første reportasjen 18. januar, ifølge Jan Ove Årsæther, nyhetsredaktør i TV2. Han viser til at det samme dag som tv-kanalen hadde saken for første gang, forelå en rettslig kjennelse om saken fra Bergen tingrett. I denne kjennelsen var det omfattende og detaljert informasjon om fireåringens tilstand. Årsæther mener informasjonsdirektøren ved Haukeland gjorde en dårlig jobb, og ikke skjønte hvilke tilsvarsmuligheter som fantes i denne saken.

Endring

Sykehuset gjorde det de mente var medisinsk og etisk riktig, og avsluttet behandlingen, til tross for drapstrusler og trusler om at

sykehuset ville bli omringet av fakkeltog og plakater med krav om å la barnet leve.

Helsetilsynet konkluderte i ettertid med at fireåringen fikk forsvarlig helsehjelp under oppholdet på sykehuset. Haukeland får imidlertid kritikk for kommunikasjonssvikten mellom faren og sykehuset.

I ettertid har mediestormen ført til forandring. En nasjonal veileder om livsavsluttende behandling er nå på trappene.

– Riktig bilde

Bildene av den smilende fireåringen kan få det til å stikke i hjertet på noen og enhver.

– Synes du det er riktig å bruke bildet av jenta på forsiden?

– Avisene er aldri så forsiktige som når det er snakk om å bruke bilder av barn i tragiske og alvorlige saker. Her er det barnet som er saken. Jeg mener at det var riktig å bruke dette bildet, sier Sverre Joakimsen.

– Kunne dere brukt et bilde som viste jentas faktiske tilstand?

– Nei, vi kunne overhodet ikke brukt et bilde av jenta i respirator, svarer han kontant.

– Noen ganger blir bilder av virkeligheten for sterke.

Reis hjem Ødelagt av legevaktsomme
o ganger av legevakten Promp eksploderte på sykehus





Info-strategene

JOBBER MED INFORMASJON: Mellom 70 og 80 informasjonsmedarbeidere er ansatt ved norske helseforetak. Her er noen av dem samlet.

– Vi må tåle kritikk, sier kommunikasjonsdirektør ved St. Olav Hospital, Marit Kvikne. Men hennes kollega ved Ullevål vil tenke seg om to ganger før hun åpner dørene for et tv-team igjen.

Jobben deres er å skape et positivt bilde av sykehuset utad. Som informasjonssjefer og kommunikasjonsansvarlige skal de drive reklame for sykehuset, fortelle om alt det inter-

essante som foregår av forskning og godt arbeid generelt.

Skadebegrensning

Det er i teorien. I praksis handler

jobben deres like mye om skadebegrensning. Om å håndtere krisesituasjoner, om å håndtere interne konflikter og ekstern granskning fra mediene samtidig.

En undersøkelse fra 2001 viste at bare 24 sykehus hadde opprettet en egen stilling som informasjonsansvarlig. I 2008 er alle sykehusene armert for å delta i informasjonskrigen.

I dag er det mellom 70 og 80 sy-

kehusansatte som kun jobber med informasjon.

«Hjertelotteriet»

Da programmet «Brennpunkt» gikk på lufta i januar 2008, var det ikke tilfeldig at Ullevåls omstridte forskningsprosjekt om hvilken behandling hjertestans-pasienter skulle få, allerede var debattert i Aftenposten. Det var en bevisst informasjonsstrategi fra Ullevål

Helsesjef får 1,7 millioner Leger sloss på sykehus U
Druknet under fødselen Baby reddet sykep



Hva er omdømme?

[omdømme] : aktelse, anseelse, dom, mening, navn, omtale, ry, rykte, skjønn, vurdering, øyne (i mine ø-); se dømmekraft, fornuft, forstand

(Norsk synonymordbok – Kunnskapsforlaget)

sykehus å «ta ut» saken i andre medier, for å imøtegå kritikken mot forskningsprosjektet som kom frem i tv-programmet. Informasjonsavdelingen allierte seg også med «gode venner», som skrev debattinnlegg i avisene. Ifølge Brennpunkt-redaksjonen førte dokumentaren til at det ble bedrevet aggressiv kildejakt innad på Ullevål, for å finne ut hvem som hadde tipset redaksjonen.

– Tankekors

– Det er et tankekors å oppleve en slik aggressiv kildejakt hos Ullevål, som utad legger stor vekt på å være et åpent helseforetak som skal ta vare på sine varslere, skriver Tarjei Leer-Salvesen og Håkon Haugsbø i en rapport om hvordan de jobbet frem saken.
– *Kan du si noe om hvordan denne aggressive kildejakten foregikk?*
– Det ble gjort både direkte og telefoniske henvendelser i forsøk på å avsløre hvem som snakket med oss, på en måte som ble opplevd som ubehagelig. I tillegg var det åpent trakasserende utsagn i

plenium der en åpen kilde ble bedt om å «skru av opptaksutstyret sitt», svarer Tarjei Leer-Salvesen, som jobbet med researchen til dokumentaren.

– Ikke kildejakt

Jonette Øyen er kommunikasjonsdirektør ved Ullevål universitets-sykehus.

– *Ble det drevet aggressiv jakt på skjulte kilder i denne saken?*

– Nei, det ble faktisk ikke bedrevet noen form for kildejakt, så uttrykket får stå for Brennpunkts egen regning, svarer Øyen i en e-post til Sykepleien.

– Det var likevel naturlig for oss å stille spørsmål internt om hvilke spørsmål/eventuell kritikk som var stilt rundt studien. Dette var for å kunne imøtegå og svare på spørsmål og kritikk internt.

– I tillegg noterte vi oss at taushetsbelagt informasjon om pasienter var gitt ut til NRK, det var vi selvsagt nødt til å ta opp som en problemstilling.

På en konferanse i regi av Informasjonsforum på sykehus fortalte Øyen at det hadde blitt sendt om

lag 400 e-post, tatt 200 telefoner og blitt sendt 200 sms i forbindelse med informasjonshåndteringen rundt Brennpunkt-dokumentaren. Arbeidet startet fem uker før programmet ble sendt, og sykehuset brukte rundt to uker på «etterslukking».

Til tross for de strategiske tiltakene som ble satt i verk, ble det en stor diskusjon omkring studien. Saken har ført til at sykehuset har endret praksis: Nå får alle deltakere og pårørende som deltar i studien informasjon om hva de er med på, og ansatte har mulighet til å reservere seg fra å delta i studien. Det fikk de ikke tidligere.

Mer skeptisk

På spørsmål om Ullevål har endret informasjonsstrategi etter dokumentaren, svarer Øyen nei. I et brev til Kringkastingsrådet, skriver hun og forskningsdirektør Andreas Moan imidlertid at:

– Vi vil kanskje ta med oss NRK igjen, men da med større skepsis og med større begrensninger. Ifølge brevet hadde Brennpunkt-redaksjonen sju måneder med «åpen dør» for å lage programmet.

Tipser om glad-saker

Marit Kvikne, informasjonssjef ved St. Olav Hospital, har nok å gjøre med å håndtere omdømmet. Er det ikke en kostnadsoverskridelse, så er det en profesjonskamp. Og er det ikke en profesjonskamp, så er det helt sikkert en bilulykke et eller annet sted.

– Vi har tallfestede mål for hvor mange gode saker vi skal tipse til mediene i løpet av et år. Men jeg er

også opptatt av at vi fremstår som åpne, ærlige og tilgjengelige for mediene også i de dårlige sakene. Omdømmet blir bygget på både gode og dårlige saker, sier hun.

«Versting»-sykehuset

– St. Olav har strevd med ryktet som økonomisk «versting». De ansatte har vært igjennom en tøff omstilling med sparing og krav om balanse i budsjettene. Jeg har forståelse for at mediene, og for vår del særlig Adresseavisen, griper tak i den bekymringen dette fører med seg.

– *Hvilket forhold har sykehuset til Adresseavisen?*

– Det er krevende når den gransker oss. Noen ganger puster den oss i nakken, og vi har kommet litt bakpå i forhold til å få ut informasjon. Men i bunn og grunn synes jeg vi har et godt forhold til Adresseavisen og de andre mediene.

– Sykepleiere overbeskytter

– Jeg bruker en del tid på å forklare ansatte internt at mediene har en selvstendig rolle, og også på å utfarliggjøre intervjusituasjonen. Helsearbeidere er så opptatt av at de har taushetsplikt, men de har også en informasjonsplikt, sier hun.

– *Hvordan er sykepleiere som intervjuobjekter?*

– Jeg opplever av og til at sykepleiere overbeskytter pasienten litt mot mediene. En strategi er heller å gi råd til pasienter om hvordan de kan håndtere saken, hva de kan legge vekt på i et intervju og ikke minst hvilken påkjenning det kan være å stå frem med en sak. Det er viktig å huske på at pasientene er selv-

Ullevål: Ga aktiv dødshjelp til 3-åring
leier tiltalt Forførte mannlig pasient med yogasex



Jeg opplever av og til at sykepleiere overbeskytter pasienten litt mot mediene.

Marit Kvikne, kommunikasjonssjef, St. Olav Hospital

stendige mennesker mens de er på sykehuset, gitt at de er friske nok til å stille opp, sier hun.

– Må tåle kritikk

Kvikne synes at innprentede infostrategier av og til kan være litt jålete, og mener hun like ofte må bruke litt kløkt når det stormer som verst.

– Vi har en interesse i å fremstå som ordentlige. Derfor mener jeg det beste ofte er å la ledere og fagfolk få svare for seg selv, i stedet for at informasjonsavdelingen blir

pressetalsmenn. På St. Olav er det ingen ansatte som har munnkurv, selv om vi oppfordrer alle til å si fra til oss dersom de vet at noe blir en mediesak.

Kvikne ønsker seg et åpent sykehus. – Jeg har forståelse for journalister må ha en vaktbikkjerolle. Journalistene skal formidle enkelthistorier, men av og til skulle jeg ønske at ting ble satt inn i en større sammenheng, sier hun.

– Men vi bruker så mye av samfunnets penger at vi må tåle kritikk.



MER ÅPENHET: Marit Kvikne, infosjef ved St. Olavs Hospital, ønsker et sykehus som er åpent for innsyn.

– Uroer ikke pasienter uten grunn

Sjefredaktør i Adresseavisen, Arne Blix, mener at han har et spesielt ansvar for ikke å uroe potensielle pasienter unødige. De ansatte på sykehuset derimot, føler han ikke samme ansvar for.

Adresseavisen har fulgt utbyggingen av nye St. Olavs Hospital nøye. Det har resultert i mange artikler med en kritisk vinkling. Den siste tiden er det sammenslå-

ing av to fødeavdelinger ved sykehuset som har skapt forsidene. Jordmødre fortalte om kaotiske tilstander på føden.

Adresseavisen har gjennomlyst

forholdene for fødende gjennom en serie artikler hvor både fødende, leger, jordmødre og sykehusledelsen har kommet til orde.

– Selvsagt tenker vi over at oppslag kan skape angst og uro. Vi tar alltid en vurdering av om saken er viktig nok. Men ofte vurderer vi at problemstillingen er for viktig til at vi ikke kan skrive om den, sier Blix.

Ikke ansvar for arbeidsmiljø

– Men er det Adresseavisens ansvar å sørge for at pasientene føler seg trygge?

– Vi har et ansvar for at pasientene føler seg trygge – vel å merke dersom det faktisk er trygt. Det er mer alvorlig å opprøre pasienter enn ansatte ved sykehuset. Pasientene kan ikke selv gå inn og sjekke hvordan tilbudet er. Overfor ansatte ved sykehuset har vi selvsagt et ansvar

Hjelpepleier sier opp: Syk av lønna i eldreomsorgen
Mange hjerteinfarkt kan unngås Legene gjorde grove feil



Vi har ikke noe ansvar for å pleie arbeidsmiljøet.

Arne Blix, sjefredaktør

VIL GRANSKE: – Vi tar tak i en utrygghet som allerede er der, sier Arne Blix.

for å formidle saker korrekt, men vi har ikke noe ansvar for å pleie arbeidsmiljøet deres.
– Vi sitter ikke i redaksjonen og tenker «Hvor kan vi skape uro nå»? – vi tar tak i en utrygghet som allerede er der.

Ble urolige

Innlegg i Adresseavisens blogg etter oppslagene om fødeavdelingen viser at omtalen av forholdene ved fødeavdelingen uroet vordende mødre:

[...]har termin i august i sommer. Jeg sliter også med angst fra før, og når dette kommer, har jeg ikke

så veldig lyst til å føde der. Nesten så tanken på å flytte er sterk! Noe jeg ikke synes er merkelig i det hele tatt! Dette er snakk om helse og liv. [...] Særligst, dette er alvorlig! Plis fiks dette raskest mulig!

[...]Jeg er i den gylne alderen der jeg burde tenke på å bli mamma snart, men herregud, dette oppslaget gjør at jeg definitivt ikke vurderer dette med det første. [...]

[...]Fint at jeg får vite dette nå, så jeg kan planlegge å reise ut av Trøndelag for å føde når barn skal planlegges.[...]

Lå i koma i 6 år da nyfødte Sophia døde

Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum

ATC-nr.: G04B D10

DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver depottablett inneholder: 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 nødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er nødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikkeleretensjon, 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, itraconazol). **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, gastroesofageal 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, tiordiazin, 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/Amning:** 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 amning. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. **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, ansiktødem, 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 munntørhet, 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 (M3 SRA). M3-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 feces. 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 (SPC'er 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 M₃ selective receptor 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

Etisk journalistikk?

Jeg viser til Sykepleiens artikkel i anledning av at jeg mottok Kongens fortjenestemedalje i gull, den 25. april i år. (Sykepleien 7/2008, side 10).

Først presseetikk og journalistikk:

Jeg viser til Norsk Presseforbunds Vær Varsom-plakaten (paragraf 4, 14.) som sier: «De som utsettes for sterke beskyldninger skal så vidt mulig ha adgang til samtidig imøtegåelse av faktiske opplysninger.»

Jeg opplever det bemerkelsesverdig og beklagelig at ikke Sykepleiens redaksjon tok kontakt med meg før trykning. Jeg kan ikke unngå å oppleve artikkelen som sterkt injurierende, og på et planlagt tidspunkt! Er dette en etisk journalistikk som er tjenlig for helsepersonell og NSFs medlemmer?

Faktiske opplysninger:

Jeg tilhører Den Norske Kirke, og min sjelesorgtjeneste har forankring i dens tradisjon. I vårt helsevesen er åndelig omsorg

dessverre ofte nedprioritert både i undervisning og i praksis, selv om vi snakker om ånd, sjel og legeme. Jeg er ikke lenger medlem i styret «Til Helhet», men står for samme syn. Et syn som også på internasjonalt plan er bredt anerkjent. (Se hjemmesidene, www.tilhelhet.no angående forskning og resultater av kristen sjelesorg.)

Hjelp ut fra den enkeltes eget ståsted:

Selvfølgelig kan ikke jeg «helbrede» noen, men jeg har lang erfaring med at Gud kan gripe inn med hjelp i ulike livssituasjoner, enten det gjelder eksistensielle eller åndelige problemer. I artikkelen beskyldes jeg (av Tore Holte Follestad) for å ha «påført mange mennesker lidelse gjennom helbredelse av homofili». Det er meg totalt ukjent! Likeledes at jeg «fordømmer homofile»! NEI, det stemmer ikke! Alle mennesker har samme verdi!

Jeg finner det formålsløst å kommentere flere beskyldninger.

Klara Lie

Kongens gull til enda en sykepleier

Etter mange forslag, omfattende dokumentasjon, troverdige anbefalinger og grundig drøfting i kongens kanselliråd ble sykepleier Klara Lie den 25. april hedret med kongens fortjenestemedalje i gull for sitt brede samfunnsnyttige arbeid gjennom lang tid. Fylkesmannen som overrakte medaljen begrunnet hennes kandidatur med et bredt og langvarig virke både i Oslo Helseråd, Kirke og undervisningsdepartementet, Rikshospitalet

og Høgskolen i Oslo. Det ble også gitt spesiell oppmerksomhet til Klara Lies veiledningsarbeid, langvarige innsats i forebyggende arbeid mot rus og narkotika, samt brede forfatterskap og nasjonal og internasjonal foredragsvirksomhet. Det er derfor med undring jeg ser at Sykepleien formidler denne nyhet i nr. 07/08 under overskriften «Kongens gull til omstridt sykepleier». I sin presentasjon av utmerkelsen har Sykeplei-

ens redaksjon valgt å innhente kun en kommentar, og den hentes fra tidligere leder i Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring Tore Holte Follestad, som stiller seg svært kritisk til at Klara Lie får kongens fortjenestemedalje. Han mener utnevnelsen gjør stor skade, da hun, som han sier, «fordømmer homofile». Jeg kjenner ikke historien bak denne påstanden, men jeg synes det er en avsporing å vektlegge hennes hold-

ning til homofile i denne spesielle sammenhengen. Jeg synes det er trist at sykepleierne eget tidsskrift ikke betingelsesløst gratulerer henne. Denne måten å devaluere utnevnelsen på handler etter mitt syn om toleransens intoleranse eller respektens respektløshet. Jeg vil gratulere Klara Lie med velfortjent heder og håper hun fortsetter sitt brede engasjement.

Marie Aakre



Faksimile fra Sykepleien nr. 7/2008

Forskrekket

Som initiativtaker til Kongens fortjenestemedalje i gull til Klara Lie, med to garantister (Trond Løberg og Dagfinn Høybråten), kontaktet jeg mitt fagtidsskrift Sykepleien, for at kandidaten skulle få en hederlig omtale fra «sine egne», i anledning tildelingen av gullmedaljen. Jeg ble satt over til en journalist i tidsskriftet og forventet en positiv reaksjon.

Klara Lie er meget godt omtalt i vide kretser, nasjonalt og internasjonalt. Hun er også kjent gjennom flere intervjuer i Sykepleien.

Spent åpnet jeg Sykepleien nr. 7/2008. Jeg ble meget forskrekket, sint og følte meg dolket i ryggen over det jeg der fikk lese. Artikkelene inneholder grove beskyldninger

mot Klara Lie og udokumenterte påstander om holdning til homofili under overskriften: «Kongens gull til omstridt sykepleier».

Hvorfor ble Tore Holte Follestad kontaktet? Han var aktiv i kritikk mot Klara Lie for flere år siden angående sjelesorg til homofile. Jeg forventet fokus på tildeling av gull, men dette ble fokus på homofili. Er artikkelen i Sykepleien å betrakte som NSFs og Sykepleiens måte å gratulere Klara Lie på, som mottok Kongens fortjenestemedalje i GULL?

Jeg melder herved at jeg avslutter mitt medlemskap/abonnement i NSF /Sykepleien.

Björg Reiersen, medlem nr. 326421.

Tenner fortsatt på sykepleiere

Menn har sine favorittyrker, så du kan med andre ord spare deg for de blafrende øyenvippene og dra en aldri så liten lystløgner i stedet. Spesielt effektivt i år er det å si at du er skuespiller. På en god nummer to ligger den tidligere poppisen; sykepleier, tett etterfulgt av lege, trener og musiker.

The Daily Telegraph

Vil, får det ikke til

Vi må på sikt få til lik lønn mellom kvinner og menn i lederstillinger. Men problemet er at vi må lønne noen stillinger, for eksempel på teknisk etat, ekstra godt. Hvis ikke får vi ikke søkere til disse stillingene.

Ordfører Terje Jørgensen (H) i Eigersund til Stavanger Aftenblad

Daniel får knuste piller gjennom knappen i magen

I dokumentaren om Daniel som har metakromatisk leukodystrofi, trykket i *Sykepleien* nr.7/08, stod det at han får knuste piller intravenøst. Det er selvfølgelig feil. Det riktige er at han får knuste piller gjennom knappen, en gastrostomi, som han har på magen.

I samme avsnitt var det også en skrivefeil. Det stod at Daniel får bakløflen for å dempe spasmer. Det riktige er Baklofen.

Redaksjonen



ses til, det er heller ikke uvanlig at pasienter har smertepumpe, noen trenger oksygen, tracheostomi skal skylles og renses, suges for slim og slik kan jeg forsette og remse opp flere arbeidsoppgaver som de må håndtere på vakt. Det å henge opp i.v blir ikke det mest kompliserte vi gjør. Det handler ikke om kompetanse men om bemanning. Hvor mye skal en sykepleier på jobb rekke å følge opp?

Vi har mange skrøpelige pasienter å ta hånd om på sykehjem og bemanningen er lav. Vi har fantastisk flinke hjelpepleiere og assistenter som gjør en fantastisk jobb men de kan ikke utføre sykepleieoppgaver. Som sykepleier kan jeg henge opp i.v, ta blodprøver, stelle sår, kateterisere, sette injeksjoner, forebygge, observere og iverksette tiltak etc etc., men dette klarer jeg ikke de kveldene og helgene hvor jeg har 50 pasienter å ta hånd om.

Jeg håper at sykepleien kan sette søkelyset på bemanningssituasjonen i kommunehelsetjenesten og samtidig gi sykepleierne i kommunehelsetjenesten honnør for at de har bred kompetanse et enormt stort ansvarsområde.

Det handler om bemanning!

Med vennlig hilsen
Christina Landmark Johannessen



Hallo, mitt medlemsblad Sykepleien

Vanlegvis finn eg både lærerike og interessante emne omtala i medlemsbladet vårt.

Oftast framhevar Sykepleien enkeltpersonar, grupper, litteratur eller emner som fortener ros og heider. Det var då med vantru eg las det sist motteke nr. 07/ 2008. På side 10, Folk, står det å lese om grupper og enkeltpersonar, til og med står det eit stykke: «Sykepleier høyt i Ap». Ein positiv omtale! Det står også om: «Kongens gull til omstridt sykepleier». Vanleg omtale av ein person som får Kongens fortene-temedanje i gull er at vedkomande har hatt eit arbeidsliv og samfunnsengasjement over lang tid og utover det vanlege, for å verte vurdert som mottakar. Dette er ei av Norges høgaste utmerkingar!

Skremmande var det då å lese den omtalen som sykepleieren Klara Lie vart til del. Halvparten av innlegget var eit negativt intervju med ein organisasjon/person som truleg ikkje sto bak søknaden om at Klara Lie skulle tildelast medaljen. Eg reagerer på den uvennlege tonen i omtalen av medaljevinnaren. Sykepleien har i dette tilfelle dessverre vridt omtalen svært negativt og urettferdig ovanfor både mottakar og dei som tildeler Kongens gull.

Eg er mektig skuffa over Sykepleien som omtalar ein kollega på denne måten. Eg har vore medlem i svært mange år og er lei for den usaklege omtalen i bladet denne gongen.

Med vennleg helsing medlem nr. 264622
Aslaug Hellesøy

Veneflon på sykehjem

Jeg ønsker å komme med noen tanker vedrørende artikkel om veneflon på sykehjem. Denne artikkelen gir inntrykk av at sykepleiere på sykehjem har lite kompetanse.

Dette lar jeg meg provosere av.

Jeg har vært avdelingssykepleier i 15 år og vet at sykepleierne rundt på forskjellige avdelinger har enormt mye kompetanse og klinisk erfaring.

Intravenøs behandling på sykehjem handler ikke om at vi som sykepleiere ikke kan legge inn en veneflon eller at vi ikke kan henge opp væske. Som sykepleier på kveld eller helg har våre sykepleiere ofte ansvar for 50 pasienter. Alle pasientene skal ha medisiner til bestemte tider, injeksjoner skal settes, sår skal stelles. Ofte er det også terminale pasienter som skal

Tøv om likestilling

Likestillingsombudet har i en uttalelse slått fast at Harstad bryter loven når de lønner to avdelingssykepleiere dårligere enn kommunale avdelingsingeniører. At hun med denne kjennelsen setter hele likestillingsombudet i vanry, forstår hun neppe. Klagen fra sykepleierne burde vært plassert i skuffen umiddelbart.

Leder i Finansavisen

En bremsekloss

Ingeniører har samme høgskoleutdannelse som sykepleiere. Andre kommuner har i årevis arbeidet systematisk for å utligne slike urettferdige lønnsforskjeller som vi fortsatt sliter med i Harstad kommune. Skal plutselig Harstad være bremseklossen i dette viktige arbeidet? Nei, sier jeg.

Ex-statssekretær Kari-Anne Oppsal (Ap) til Harstad Tidende

NSFs reiseforsikring – en traumatisk opplevelse!

Under forsikringsvilkårene står det bl.a. «Dersom forsikrede under reisen får behov for assistanse grunnet akutt sykdom eller ulykke, mottas slik hjelp ved henvendelse til Vital Skade v/skadekontoret eller SOS International.

Vital Skade kan via SOS Alarm-sentral gi den en rask og effektiv hjelp på stedet. Trenger du hjelp til lege/sykehusbehandling eller du er frastjålet penger/eiendeler, ring SOS, som ringer deg tilbake slik at dine telefonutgifter blir minimale.»

Dette høres vel greit ut, slik skal en reiseforsikring for medlemmer av NSF være. Mine erfaringer er imidlertid milevidt fra denne beskrivelsen. Virkeligheten er dessverre en helt annen, ja, så alvorlig at jeg vil råde NSF umiddelbart til å si opp nåværende avtale med Vital Skade. Bakgrunnen for denne påstand er følgende hendelse:

Under en privat ferietur til Argentina ble jeg akutt syk. Jeg pådro meg en betennelse i et øye og oppsøkte øyelege i San Rafael, tirsdag 26.02.08. Det ble konstatert iridosyklitt, og jeg fikk medisiner for dette. Den 28.02 fløy vi fra Buenos Aires til Iguazu. Jeg fikk problemer med det ene kneet, det kunne ikke bøyes og hovnet opp. Jeg begynte å grue meg for den lange flyturen hjem og oppsøkte derfor lege den 01.03. Han konstaterte inflammatorisk gikt og skrev ut en erklæring om at hjemreisen den 03.03 ikke kunne skje som forutsatt på turistklasse og at jeg måtte ha følge av min ektefelle. Tilstanden forverret seg under flyturen om ettermiddagen 01.03 tilbake til Buenos Aires.

Mandag ettermiddag skulle vi etter opprinnelig plan reise hjem. Etter

mye om og men, purringer, venting og mange telefonsamtaler til Vital Skade og SOS International, fikk vi endelig nye billetter for hjemtransport grunnet akutt sykdom. Vi falt til ro, endelig skulle vi reise hjem på en betryggende måte. Men den gang ei. Stor var overraskelsen da jeg og min mann ble atskilt, han bakerst i flyet på turistklasse. Nye telefoner til Vital og SOS. Konklusjon; legen til SOS hadde overprøvd den argentinske legen uten at jeg var blitt kontaktet, og vi fikk heller ikke lov til å konsultere ham. I mellomtiden var min tilstand blitt forverret, noe som vi også hadde formidlet til SOS uten respons. Jeg var redd for å miste synet på det ene øyet og kneet var blitt verre. Fryktet at det skulle utvikle seg til compartment syndrom. Foten var hard fra lysken til tærne og svært hoven. Dette fikk vi ikke anledning til å forklare overfor SOS legen. Da jeg kom hjem til Bergen ble jeg øyeblikkelig lagt inn på øyeklinikken og samtidig behandlet på revmatologisk avdeling. I skrivende stund er jeg sykmeldt, ser fremdeles dårlig på øyet, men foten er i god bedring etter store doser med kortison.

Behandlingen jeg fikk fra SOS International var slett, elendig og under enhver kritikk. Vi måtte flere ganger gjenta opplysninger som var gitt tidligere, man lovet å ringe tilbake, men det skjedde ikke. Og det kulminerte med SOS-legens arrogante oppførsel. Det virket hele tiden som om vi var en pest og en plage, at man helst ville bli kvitt oss og at vi burde reist hjem som forutsatt på våre opprinnelige billetter. Vi hadde i løpet av denne hendelsen hele 13 te-



Foto: Colourbox.com

lefonsamtaler til SOS og Vital, vi ble oppringt tre ganger, to fra SOS og en fra Vital. Jeg fikk aldri spørsmål om min sykdom og hvordan jeg hadde det eller om jeg trengte bistand under hjemreisen. Som sykepleier er jeg rystet over behandlingen, service og oppfølging var slett.

Vital Skade var ikke så mye bedre. De toet sine hender og henviste til SOS som hadde det operative ansvaret. Ingen hjelp å få der i gården.

NSF kan ikke være tjent med å tilby en så dårlig reiseforsikring overfor sine medlemmer. At man forhandler seg fram til en gunstig pris for medlemmene er vel og bra, men når forsikringsselskapets rutiner i denne sammenheng er under enhver kritikk, så hjelper det ikke med en gunstig pris. Det er innholdet, den service og omtanke som ytes i en vanskelig situasjon, som må være avgjørende for forsikringen. NSF kan umulig ha kvalitetssikret denne reiseforsikringen.



Aud Eiken Hartveit, intensivsykepleier ved Postoperativ thorax Haukeland universitetssykehus og mangeårig tillitsvalgt.

Svar:

Først og fremst vil vi beklage den dårlige opplevelsen medlemmet har hatt med SOS International og Vital Skadekontor. Det er aldri noe hyggelig å få denne type henvendelser. Det er imidlertid ikke mulig å kommentere enkeltsaken i media på grunn av taushetsplikt. Vital Skadekontor og SOS International har hatt en grundig gjennomgang av hendelsesforløpet, og Vital Skadekontor har hatt en direkte dialog med skadelidt om dette.

SOS International er Nordens største alarmsentral som behersker 31 språk. SOS ble i 2006 kåret til verdens beste assistanseorganisasjon av den globale reisebansjer. Renommeet til alarmsentralen er det derfor ingen grunn til å klage på. Avtalene mellom alarmsentralen og Vital Skadekontor er på plass og av beste kvalitet. Kommunikasjon er imidlertid vanskelig, og menneskelig svikt kan forekomme i alle miljø.

Vi har forståelse med at denne type innlegg i Sykepleien kan skape usikkerhet om fremtidige reiseskadesaker. Det er imidlertid ingen grunn til å frykte gjentakelser, da kvalitetssikring er på plass. Skulle det imidlertid oppstå hendelser i skadeoppgjør som medlemmet ikke er fornøyd med, har vi et eget klageorgan for dette. Den interne klagenemnden består av representanter fra forsikringsselskapet AIG som er risikobærere, Vital Skade og Forsikringskontoret NSF. Sammen vurderes sakene på grunnlag av hendelsesforløp, avtaler og sunn fornuft. På vegne av medlemmet er Forsikringskontoret NSF representant og følger opp alle saker.

Vital Skade

Må holde budsjettene

Hvis det offentlige skal klare å få orden på helseøkonomien, er det nødt til å skape den nødvendige forståelse i helsestyrene for at rammer er til for å holdes, og at det ikke skal lønne seg å jobbe politisk eller i mediene for å endre forutsetningene.

Ex-statsråd Harald Norvik (Ap) til ukemagasinet Mandag Morgen

Prostituerte på sykehjem

Muligheten kan brukes i tilfeller hvor det for eksempel kan gå ut over personalet dersom den eldre ikke kan få tilfredsstilt sine behov. Hvis en samtidig sørger for at det er modne kvinner som gjør dette, og ikke kvinner som bruker pengene på dop eller kommer fra gata, mener jeg det ikke nødvendigvis gjør noe skade.

Jens Rasmussen (Socialdemokrat) til Berlinske Tidende

Helene Sletteland Trones

Det var med stor sorg jeg mottok nyheten om at Helene Sletteland Trones hadde gått bort 8/4. Det kom ikke som noen overraskelse, da jeg visste at hun hadde vært svært syk og kreften hadde fått overtaket. Like fullt var det vemodig å konstatere at det ikke ble flere gode samtaler og deling av historier og minner.

Jeg fikk gleden av å bli kjent med Helene i hennes pensjonisttilværelse. Året var 1996, og det skulle markeres at Eternarkosen – Den Moderne anestesi – var 150 år. Da ble jeg som leder av anestesisykepleiernes lokalgruppe gjort oppmerksom på Helene som en pioner innen anestesisykepleierfaget. Vi startet et langt og fruktbart vennskap og samarbeid for å ta vare på historien. Jeg fikk stor respekt for Helenes faglige fortid og yrkesmessige karriere og villighet til å dele historien med yngre kolleger. En flott dame som ung anestesisykepleier, og like flott i sine 80-ende år.

Helene tok sin sykepleierutdanning på Røde Kors Sykepleierskole i Bergen på midten av 40-tallet. Hun hadde sitt virke på gynekologisk avdeling på Kvinneklubben da hun i 1949 blei anmodet om å begynne på operasjonsavdelingen på KK, hovedsakelig for å gi narkose. Dette var noen år før anesthesiavdelingen så dagens lys, så operasjonssykepleiere ble opplært til å gi narkose. Det var med stor respekt, og ifølge henne selv ikke så rent lite engstelse, hun tok på seg et slikt stort ansvar. Men datidens sykepleiere

protesterte da heller ikke når overordnede «hentet» dem til slike nye oppgaver. Det var nok også en stor tillitserklæring.

Dette var en tid med lite opplæring, enkle anestesimetoder, enkle anesthesiapparater, om noen i det hele tatt, og ingen annen overvåking enn sykepleiernes egne sanser. Opplæringen ble gitt av mer erfarne operasjonssykepleiere som hadde gått på tre ukers kurs hos dr. Moldestad på Rikshospitalet. Og det meste foregikk etter mester-lærlingprisippet, man lærte av dem med erfaring. Teoretisk opplæring måtte en lese seg til selv eller følge medisinerstudentenes undervisning på fritiden, gjerne etter nattevakt.

Etter hvert begynte dr. Lorents Andersen, den første anestesilege ved Haukeland, mer systematisk opplæring, men fortsatt ved pasienten og innimellom andre praktiske gjøremål. Det står respekt av den kliniske dyktighet de oppnådde og det mot og ansvar de påtok seg med så lite hjelpemidler. I tillegg var alt utstyr flergangs, og de måtte bruke mye tid på vask og sterilisering.

Helene fikk være med ved opprettelsen av anesthesiavdelingen ved Haukeland sykehus i 1953. 27 desember 1952 sto en stor artikkel i BT om starten av avdelingen. Sammen med anestesilege Lorentz Andersen fikk Helene være med å bygge opp en stor avdeling som fra den spede begynnelse har utviklet seg til en høyteknologisk enhet. Hun var i mange år avdelingssyke-



PIONÉR: Helene Sletteland Trones i 1952.

pleier og opplæringsansvarlig for nye anestesisykepleiere. Og hun fikk se en avdeling og et fagområde som vokste og skjøt fart både teknologisk, faglig og kunnskapsmessig.

Da anesthesiavdelingen ved Haukeland markerte sitt 50-årsjubileum i 2003, var Helene en selvskreven gjest og kveldens dronning. Og i jubileumsskrivet har hun grundig dokumentert historien fra 1950-tallet med sine egne ord. Det er en viktig dokumentasjon hun har overlatt til ettertiden.

Helene jobbet i mange år på anesthesiavdelingen på Haukeland. Men hun avsluttet sin yrkeskarriere på Kysthospitalet på Hagavik. Hun fikk mange gode år som pensjonist sammen med sin kjære Arnfinn oppi Starefossen, og utallige turer til familien i Sunnfjord.

Det kjennes tungt å vite at et kapittel er over. Mine tanker går til Arnfinn og resten av familien som har mistet en flott kone og omsorgsfullt familiemedlem.

Jeg og mange med meg har mistet en god venn, tidligere kollega og en pioner og flott representant for anestesisykepleierfaget.

Fred over Helenes minne. Jeg kommer til å savne deg. Men vi møtes i himmelen.

Torbjørn Søyland Hopen, anesthesiavdelingen på Haukeland universitetssykehus



Må oppfylle likelønnskrevet

KS må vektlegge likelønn langt høyere i de neste oppgjørene. Likelønn dreier seg ikke bare om lik lønn for likt arbeid, men også om muligheten til hele stillinger, om forskjeller i betingelser for turnusarbeid, om grunnlønn og om muligheten til å oppgradere sin kompetanse som grunnlag for ny jobb. SVs landsstyre ifølge sv.no



Vis lønnsmoderasjon

– Alle ser at høykonjunkturperioden er over toppen, men forventningene henger igjen som om den positive utviklingen skal fortsette. Siste gang dette skjedde var i 2002. Det var det første oppgjøret for helseforetakene etter reformen. Oppgjøret ble dyrt for helseforetakene og dyrt for Norge. Lederen for Spekter Helse, Lars Vorland, til Dagens Medisin

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.



Dønn i bakken

For min del finnes det ikke noe skumlere enn sykdommer i det sentrale og perifere nervesystemet.

Men på en post som blant annet har landsfunksjonen for strålebehandling av intrakranielle svulster og blodåremisdannelser i hjernen starter jeg tretten ukers praksis.

Mitt aller første synsinntrykk når den elektriske døren – knirkende og sakte – åpner seg inn til posten, er to pasienter med skruer inn i hodeskallen og en ramme festet rundt. Liggende i hver sin seng på korridoren. Jeg smiler usikkert til begge og dilter etter horden av studenter og kontaktsykepleiere med en tanke om at dette aldri kommer til å gå bra.

Etter både dag en og to var jeg fullstendig utmattet da jeg kom hjem. Russetid, musikkfestivaler og eksamensstress – barnemat i forhold! Hodepine, daurtøtt, småkvalm og sliten i kroppen. Alle typiske symptomer på at noe ikke stemmer oppi topplokket. Patologisk og psykologisk. Trolig sistnevnte for undertegnede.

Elleve uker senere er jeg sjeleglad for at jeg havnet på nettopp nevrokirurgen. Dog litt satt ut over at det ikke var her jeg skulle ha min første nær-besvimelse-opplevelse.

I løpet av praksisen vår på en kirurgisk avdeling, hospiterer vi på sentraloperasjonen og på postoperativ seksjon. Noe av det råeste jeg har opplevd som sykepleierstudent var å være med

på operasjon av en tumor cerebri.

Noen uker senere sto postoperativ seksjon for tur, og jeg kan ikke akkurat si at forventningene sto i høyspenn. Nesten alle jeg hadde snakket med i forkant synes det hadde vært en usedvanlig kjedelig hospitering fordi det var så få pasienter og lite å gjøre.

En sykepleier får tildelt sin student, og vi skal ha ansvaret for en pasient som har vært gjennom en omfattende operasjon i magen. Deriblant fått utlagt tarm. Et helt ordinært morgenstell skal utføres.

Kvinnen i sengen er syltynn, gråblek og har tydelig store smerter. Sykepleieren min snakker om bolus og stomi. Jeg har ikke peiling. Bak et stakkarslig forheng som ikke hindrer meg i å kunne se mannen i nabosengen, begynner plutselig vedkommende å brekke seg kontinuerlig. Jeg piler bort og røsker frem et pussbekken idet han kaster opp. Sykepleieren hans kommer løpende og jeg går tilbake til min pasient.

Sykepleieren min fortsetter å snakke om bolus og stomi, men jeg henger ikke helt med. For i sengen rett ovenfor er de i full sving med å koble en pasient av fra respirator. Brekningslydene gjør at jeg bare hører bablingen om – som nevnt – bolus og stomi, veldig, veldig langt borte.

– Men skal du skifte hele stomien eller bare tømme posen? prøver jeg engasjert å si i et klart øyeblikk. Før det svimler totalt og jeg tar fatt i sengekanten og holder så hardt fast at knokene hvitner. Fremdeles vet jeg ikke hva hun svarte, for det neste jeg husker er at jeg mumler noe om

at jeg må trekke frisk luft og vakler meg inn på vaktrommet.

– Er du uvel? sier en mild sykepleierstemme. Kaldsvetten pipler fra pannebrasken og jeg klarer så vidt å få ut av kjeften at «nei da, det går helt fint». I neste sekund sitter jeg trygt på en stol med bena hevet og får helt saft inn i tåta. Jeg prøver å puste med magen, men det eneste jeg klarer å tenke på er at jeg må opptre normalt og late som om alt er bra.

– Jeg tror du skal sitte her en liten stund, jeg. Si ifra hvis det er noe jeg kan gjøre for deg, fortsetter den gode stemmen.

Jeg lukker omsider øynene og klarer å slappe av, selv om katastrofetenkerdelen av meg ligger og hvisker i bakhodet: «Dette er i alle fall et typisk tegn på at noe er galt i toppen Camilla». Er det noe sted jeg blir tatt vare på så er det jo her, sier jeg inne i meg selv. Og det hjelper.

Tilbake på trygge nevrokirurgen dagen etter forteller jeg noen medstudenter og kontaktsykepleieren min om opplevelsen. Og at jeg ble redd da det skjedde. I alle fall fordi det skjedde i en så ufarlig situasjon. Hadde det vært da jeg sto og så inn i en annen sin hjerne, hadde det på en måte vært litt mer greit.

Da kommer de. På løpende bånd. Egenopplevde historier om både nær-besvimelser og besvimelser i helt uskyldige settinger. Uten at noe har vært feil med personene av den grunn. Og etter dette klarer jeg å senke skuldrene og tillate meg selv at sånt kan skje når som helst. Når du minst venter det.





Hvilken rett har jeg til ferie?

Alle arbeidstakere har en rett og en plikt til å ta ferie, og arbeidsgiver har en plikt til å sørge for at arbeidstakeren virkelig får ferie.

Det du tjener i opptjeningsåret gir grunnlag for feriepenger. Det vil si det grunnlaget du har fra 2007, skal dekke ferien du skal ha i 2008.

I utgangspunktet får vi ikke lønn når vi har ferie, og feriepenger skal dekke inntektstapet.

Du har krav på feriefritid (feriedager) hvert år, uavhengig av opptjening av feriepenger. Du kan motsette deg å ta ut mer ferie enn

det du får feriepenger for.

Siden du har opparbeidet feriepenger, kan du ta ut ferie i år, uavhengig av hvilken arbeidsgiver du har.

Når det gjelder 2009 har du altså rett til feriedager, det vil si 4 eller 5 uker avhengig av hva din nye arbeidsgiver tilbyr.

Du vil opparbeide deg feriepenger for hele 2009. Opparbeidede feriepenger for 2008 fra din nåværende arbeidsgiver vil enten bli utbetalt med sluttoppgjøret, eller i januar/februar 2009. Det blir da opp til deg

å spare disse pengene slik at du har råd til å ta ut ferie neste år. I tillegg vil du opparbeide deg feriepenger fra det tidspunkt du begynner hos ny arbeidsgiver»

Loven gir enhver arbeidstaker rett til ferie, uavhengig av forutgående tjenestetid. Men du har ikke plikt til å ta ut all ferien hvis ikke feriepenger dekker inntektstapet.

Hvis du har full opptjening av feriepenger, har du plikt til å ta ferie, og arbeidsgiver plikter å sørge for at du tar ferie i løpet av ferieåret.

Hvis du begynner hos en annen

arbeidsgiver, har du rett til full feriefritid hvis du tiltrer senest 30. september i ferieåret. Tiltrer du etter dette tidspunkt, har du rett på seks virkedager. Du kan bare kreve slik feriefritid hvis det kan godtgjøres at du ikke allerede har avviklet ferie hos din gamle arbeidsgiver.

Hvis du ikke har tatt ferie i løpet av ferieåret, og ferien heller ikke forskyves til neste ferieår, har du krav på etterbetaling av lønn, ikke feriepenger».

Kilde: NSF Rådgivningstjeneste

IT-kunnskapen gått ut på dato?

Oppdater deg med Datakortet Oppgradert

Er Datakortet ditt noen år gammelt, trenger det oppgradering til Datakortet Oppgradert. Det gir deg dokumentasjon på at du behersker nye programvarer, som er positivt både for deg selv og arbeidsgiveren din.

Du betaler per test, og avtaler med nærmeste testsenter hvilke tester du vil ta.

På Datakortet Oppgradert Kompetansebevis oppføres beståtte tester, som du får når du tar den første testen.

Datakortet Oppgradert – beviset på oppdatert kunnskap!

Les mer på datakortet.no

“...jeg har bevis på det jeg kan!”



ECDL
European Computer
Driving Licence





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 69
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 Kalvo
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 Dykoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dykoren@sykepleien.no



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

Må ha egen sykepleier



Foto: All Over Press

Gravide og syke **Angelina Jolie** skal overvåkes døgnet rundt.

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

Kandidat til Karl Evang-prisen 2008?

Nå kan det foreslås kandidater til den årlige Karl Evang-prisen, som deles ut i oktober. Kriteriene favner vidt.

Karl Evang-prisen for 2008 skal gå til en person eller organisasjon som har gjort en særlig innsats for å fremme folkehelsen eller sosiale forhold som har betydning for folkehelse. Dette kan være rettssikkerhet og trygghet i helse- og sosialtjenesten, opplysningsarbeid eller medvirkning i samfunnsdebatten om viktige helse- og sosialpolitiske spørsmål. Prisen ble opprettet som en honnør til den tidligere helsedirektøren for hans sosialmedisinske pionerinnsats. Det er ikke noe krav at kandidater skal være tilknyttet helse- og sosialtjenesten, heter det i pressemeldingen fra Statens helsetilsyn. I fjor var prisvinneren professor dr. juris Asbjørn Kjøenstad ved Universitetet i Oslo. Helsetilsynet deler ut prisen på sitt årlige Karl Evang-seminar, som er 14. oktober i år. Prisen er på 50 000 kroner.

Skuespillerektekmann **Brad Pitt** har ansatt en sykepleier til å ta seg av sin skuespillerkone. Gravide Jolie skal visstnok lide av både trøtthet, kvalme og søvnløse netter, og årsaken skal være stress.

Oscar-vinneren skal også ha vansker med å kunne ta seg av familiens fire andre barn.

– Hun sovner på sofaen før de eldste barn har kommet seg til sengs, forteller en kilde til Showbiz Spy.

Sykepleieren, som bor hos familien, skal passe på at Jolie spiser sunt, og hun ser etter barna.

Prisvinnende samarbeid



Anne Karin Lindahl (tv), medisinsk direktør ved Helse Sør-Øst, delte ut helsedialogprisen til administrerende direktør ved Ringerike sykehus Unn Teslo og Ingeborg Rinaas, sjef ved Hallingdal sjukestugu. Foto: Frode Johansen

Ringerike sykehus og kommunene som sogner til sykehuset har styrket samarbeidet. Som takk fikk de helsedialogprisen.

– Prisen går til noen som har gjort en spesiell innsats for øke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det har samarbeidsutvalget gjort, og vi ser gode resultater både for brukerne og samarbeidspartnerne, påpekte Anne Karin Lindahl, medisinsk direktør ved Helse Sør-Øst.

Sykehusdirektør og sykepleier Unn Teslo er godt fornøyd med den formen samarbeidet har fått.

– Det er slutt på at vi sitter på hver vår tue og sier det har du ansvaret for og det har vi ansvaret for. Vi var nok litt skeptiske i starten, men nå har samarbeidet utviklet seg veldig bra, sa Teslo, som mottok prisen sammen med sykepleier Ingeborg Rinnaas, administrasjons-sjef ved Hallingdal sjukestugu. – Dette er moro for en som har jobbet i sektoren i 30 år, la hun til.

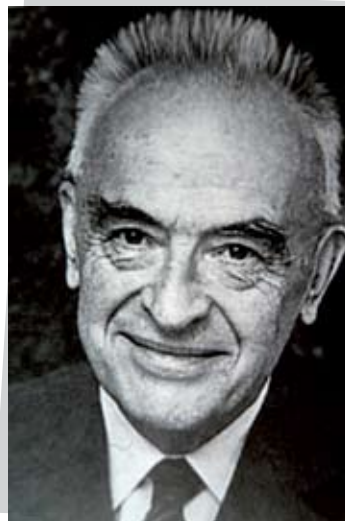


Foto: The Norwegian Medical Society

Komiteen som velger ut prisvinneren består av professor Aslak Syse, journalist Marie Rein Bore, professor Steinar Westin, dekan Elisabeth Brodtkorb og seniorrådgiver Sidsel Platou Aarseth.

Frist for innsending av forslag til kandidater er 20. august.

Sykepleien 9/08

Evidens er i vinden

I neste nummer kommer også kritikerne på banen.



KURBAD: Modums Bad ble opprettet av lege Heinrich Arnold Thaulow i 1857.

Marx, Munch og Ibsen var her

Heinrich Arnold Thaulow begynte som distriktslege i Ringerike i 1849. Han fikk raskt høre om de jernholdige vannkildene ved Kaggefossen som i tidligere tider ble benyttet som helsebrønner av lokalbefolkningen.

Ifølge et gammelt sagn red Olav den hellige på 990-tallet over moen. Hesten stoppet og sparket i bakken, og i sporet sprang en jernholdig helsebringende kilde fram. Gjennom århundrene er den blitt kjent for sin helbredende kraft.

Dette måtte selvsagt Thaulow utnytte, for som han beskrives i boka om Sandefjord Bad Kurbadet: «Thaulows intelligens, praktiske dyktighet og skapende evner gjorde ham til nybrottsmann på flere felter.»

Thaulow fikk gravd fram kildene og ga den beste kilden navnet «St. Olavs kilde». Sommeren 1857 åpnet han den første bygningen kalt Badehuset ved denne kilden. Det neste tiåret ble en mengde større og mindre bygninger oppført rundt kildene. Alle bygningene ble oppført etter Thaulow egne tegninger, overveiende i sveitserstil, omgitt av en vakkert anlagt park. Blant annet fordi teolog og samfunnsforsker Eilert Sundt hevdet at sveitserstilen var særlig helsebringende.

I alt ble det oppført rundt 50 bygninger med kapasitet til å ta imot 400 gjester. Celebre gjester som Karl Marx, Edvard Munch, Aasmund O. Vinje og Henrik Ibsen var blant de besøkende ved kurstedet.

Før Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus åpnet i 1938, var kurbadene de eneste institusjoner i Norge som hadde behandlingstilbud av betydning for revmatikere. Kurbadene ble utviklet etter ideer fra kurbadtradisjoner i England og Tyskland.

Kurbadet på Modum ble drevet av familien Thaulows inntil Røde Kors kjøpte det i 1939 som kursted for revmatikere. I 1954 ble institusjonen solgt videre til Det kristne Hvilehjem og Nervesanatorium, og i 1957 ble Modum Bads Nervesanatorium offisielt åpnet med plass til 64 pasienter, under ledelse av lege Gordon Johnsen.

Modum Bad Klinikken, som institusjonen heter i dag, har vokst jevnt

og trutt til dagens 127 behandlingsskinner. Disse er fordelt på Institutt for Sjelesorg, Forskningsinstituttet, Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Samlivssenteret og Ressurssenteret Villa Sana.

Sistnevnte ble etablert i 1998 og har i dag avtale med Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleierforbund. Senteret gir tilbud til leger og sykepleiere som sliter med problemer i arbeidsliv, samliv eller fritid. Målsettingen er å bidra til å styrke bevisstheten i forhold til yrkesrollen, forebygge utbrenning og fremme helse og livskvalitet.

tekst **Bjørn Arild Østby**
foto **Knud Knudsen**

Antikonsepsjonsmiddel.

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

Referanser:

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

Wyeth

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

LOETTE 
LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg



C Twinrix Paediatric GlaxoSmithKline

C Twinrix Voksen GlaxoSmithKline

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent).

ATC-nr.: J07B C20

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Paediatric: 0,5 ml inneholdende: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Voksen: 1 ml inneholdende: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

Indikasjoner: Twinrix Paediatric: Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Voksen:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

Dosering: Twinrix Paediatric: Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser på 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser på 1 ml. Standard skjema for primærvaknasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primærvaknasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primærvaknasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaknasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Behovet for en boosterdose med hepatitt A- og B-vaksine hos risikofrie individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for boostervaknasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å være i minst 10 år. Vaksinene er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injisering i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningssykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutan selv om dette kan gi suboptimalt immunsvår. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for vaksinsens komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaknasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaknasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

Forsiktighetsregler: Pasienter kan være innenfor inkubasjonsstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaknasjon. Det er ikke kjent om vaksinene beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistofftitter etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utelli hos immunsvakte pasienter. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksinering og disse omfatter høy alder, hannkjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som kan stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaknasning med Twinrix Voksen. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaknasning. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være tilgjengelig ved vaknasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. Rester av biomaterial, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitivitetsreaksjoner.

Interaksjoner: Twinrix Paediatric: Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Voksen:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men da dette er en inaktivert vaksine forventes det ingen skade på fosteret. Bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en utallt risiko for hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Overgang i morsmelk:** Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

Bivirkninger: Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. **Hyppige (>1/100):** Tretthet, hodepine, sykdomsfølelse, kvalme. **Sjeldne (<1/1000):** Feber, brækninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaknasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brækninger, appetittløshet, diaré, mavesmerter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Neurologiske: Krampor. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, frysninger, hodepine, myalgia, artrealgi), tretthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoide reaksjoner og overfølsomhetsreaksjon lignende serumsyke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinene mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaknasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Neurologiske: Tilfeller av perifere og/eller sentrale neurologiske forstyrrelser som kan omfatte multipel sklerose, optikusneuritt, myelitt, facialisparese, polyneuritt som f.eks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralyse), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HB_sAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89 % (Twinrix Paediatric) og ca. 94 % (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100 % 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67 % (Twinrix Paediatric) og 70 % (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100 % (Twinrix Paediatric) og ca. 99 % (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primærvaknasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100 %, 99,5 % og 100 % etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82 % etter 1 uke og hos 85 % etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1 %. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

Oppbevaring og holdbarhet: 2-8°C. Beskyttet mot lys. Må ikke fryses. Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

Andre opplysninger: Ved lagring oppstår det et bunnfall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten gjennomskiktig, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer før bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske: Endosesprøyte: 0,5 ml kr 242,40. **Twinrix Voksen: Injeksjonsvæske:** Endosesprøyte: 1 ml kr 384,90, 10 × 1 ml kr 3.496,62. Sist endret: 27.06.2006

* P van Damme et al. Hepatitis A booster vaccination: is there a need?

The Lancet 2003; 237: 1065-71



GlaxoSmithKline AS

Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo

Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

C Yasminelle

Bayer Schering Pharma AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

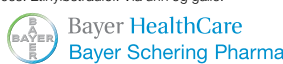
TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneholder: Drospirenon 3 mg, etinyløstradiol (som betadexclathrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettenes placebo-tabletter. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering: 21 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningsens 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 inntreer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **28 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningsens første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra fellet merket start på riktig ukedag. Elliketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettenes 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, hyperhomocytosemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoaguleranter). 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 seksuallisteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. For 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 tidligere 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, migræne, 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 ulceros kolitt) og sigdcelleanemi. Økning i hvor ofte migræneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallet er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med arvelig angiodem kan eksogene østrogener inducere eller forverre symptomene på angiodem. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intrabdominale blødninger. Levertumorer 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 familier historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulceros kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasma tendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legeskontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tabletten. Oppkast eller diaré kan føre til fullstendig absorpsjon. Hvis tabletten 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 lyserte tablettenes og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettenes. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermid 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 behandlingscyklusen. (I: G03A A12A p-piller) **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden og endre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med melkonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystmerter, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vektøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasia, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetetokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Angiodem, alopesi, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Faryngitt. Neurologiske: Parestesi, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervositet, søvnproblemer, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migræne, varikøse vener. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Ovariesycter, menstruasjonsforstyrrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginitt, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkenmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerter, ekstrem tørste, økt svetting, vekttao. **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 237,60.

3 × 28 stk. kr 229,70.

Sist endret: 05.11.2007





Lett å snuble i nye legemiddelregler

Mens det nå er legen som kan delegere til andre enn sykepleiere og vernepleiere å dele ut medisiner, flyttes ansvaret til virksomhetsleder fra 1. mai.

– Her ligger det snubletråder både sykepleiere og ledere må være klar over, sier forbundsleder Lisbeth Normann i NSF.

Mange sykepleiere er virksomhetsledere, og får dermed tillagt nye oppgaver og mer ansvar. Når den nye legemiddelhåndteringsforskriften iverksettes 1. mai, får virksomhetsleder et større ansvar for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig og i henhold til lover og forskrifter.

– Virksomhetsledere må sette seg nøye inn i den nye forskriften og sørge for å etterspørre nødvendig opplæring fra arbeidsgiver om de nye reglene, oppfordrer Normann.

Virksomhetsledere må sikre at de kan ivareta sitt systemansvar, slik Helsepersonelloven krever.

Stort ansvar til virksomhetslederne

Virksomhetslederne skal sørge for at de som delegeres legemiddelhåndteringsoppgaver har nødvendige kvalifikasjoner og har fått opplæring. Sykepleiere og vernepleiere anses gjennom sin utdanning å ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å kunne ivareta legemiddelhåndtering.

– En tommelfingerregel er å sørge for at bemanningen er tilpasset pasientenes behov. Har man

pasienter som trenger medisiner, må man ansette helsepersonell som har kompetanse til å ivareta legemiddelhåndteringen på en sikker og effektiv måte, sier Normann.

Skal andre ansatte enn sykepleiere og vernepleiere, (f.eks. omsorgsarbeidere, hjelpepleiere eller helsefagarbeidere) håndtere legemidler, påhviler det virksomhetsleder å sørge for at hver og en har fått opplæring og er kompetente til å ta det ansvaret.

Advarer mot å delegere til ufaglærte

Den nye forskriften åpner også for at legemiddelhåndtering kan delegeres til ufaglærte. Forbundsleder Lisbeth Normann ber virksomhetsledere tenke seg grundig om før de vurderer slike løsninger.

– Ufaglærte har ingen helsefaglige forutsetninger for å vite hvordan ulike sykdommer, aldersforandringer og funksjonshemninger kan gi varierende reaksjoner på medisiner, og har heller ikke nødvendige kunnskaper om legemidlers virkninger og bivirkninger, mener Normann.

– Den enkleste og mest effektive løsningen er å ha nok sykepleiere på jobb til at de kan ivareta legemiddelhåndteringen. Da sparer man kostnadene til opplæring og oppfølging som påløper dersom man bruker andre ansatte, og i tillegg er dette sikkert for pasientene siden sykepleierne har solid kompetanse på legemiddelhåndtering gjennom utdanningen, sier Normann.

Faglige rådgivere

Mange sykepleiere utenfor lederposisjoner vil også bli berørt av den nye forskriften. I tilfeller der virksomhetsleder ikke har legemiddelkompetanse, skal det nemlig utpekes en faglig rådgiver med slik kompetanse.

– Jeg regner med at en del sykepleiere vil bli forespurt om slike oppgaver. Mitt tips til dem er å få en skriftlig avklaring av hva denne funksjonen innebærer, samt å sørge for at rådene de gir blir nedfelt skriftlig. Dessuten er det viktig å være klar over at det er virksomhetsleder, ikke faglig rådgiver, som

til syvende og sist er ansvarlig, sier Normann.

Normann understreker at sykepleiere og annet helsepersonell også i forbindelse med legemiddelhåndtering har et lovpålagt selvstendig ansvar for å utøve yrket faglig forsvarlig.

– Det innebærer blant annet å be om opplæring eller hjelp dersom det er legemiddelhåndteringsoppgaver man ikke oppfatter seg kompetent til å ivareta, sier Nordmann.

Sosial- og helsedirektoratet skriver bl.a. følgende om virksomhetsleders ansvar etter den nye forskriften:

- Legemiddelhåndtering: Lederen av den enkelte institusjon/ virksomhet har et tydeligere ansvar for håndtering av legemidler. Det er virksomhetsleder som nå skal delegere oppgaver når det gjelder håndtering av legemidler.
- Kompetanse: Virksomhetsleder må sikre at helsepersonell har nødvendige kvalifikasjoner i forhold til oppgavens art. Med kvalifikasjoner forstås formelle og reelle kvalifikasjoner.



I tilfelle streik

Alle som er medlem i NSF kan bli tatt ut i streik. Normalt vil de som tas ut i streik få beskjed av dette fra sine tillitsvalgte 4 dager før en eventuell streik starter.

Fylldig informasjon om hvordan du som medlem forholder deg til en eventuell streik vil bli lagt ut på NSF's nettsider i god tid før en streik eventuelt iverksettes. Noen av hovedpunktene for streikende er:

- Du løses fra plikten til å arbeide, men skal stå til streikeledelsens disposisjon den tiden du i utgangspunktet skulle ha brukt hos arbeidsgiver.
- Utbetalingen av lønn stopper. Isteden får du streikebidrag utbetalt fra NSF sentralt.
- Du vil få beskjed fra tillitsvalgte om iverksettelse og avslåsing av streiken.

Tariffoppgjøret 2008

Siste dag i april var det tre brudd i årets tariffoppgjør. For helseforetakene var forhandlingene fortsatt åpne da Sykepleien gikk i trykken. NSF's medlemmer oppfordres til å holde seg orientert på NSF's nettsider.

I Staten, KS og Oslo kommune er det brudd i forhandlingene. Årets lønnsoppgjør for disse tariffområdene går dermed til mekling hos riksmeklingsmannen. Tidligste tidspunkt for eventuell streik er 23. mai, og medlemmer bør holde seg orientert på www.sykepleierforbundet.no/tariff2008.

Bruddet i KS

I KS krevde Unio blant annet et generelt tillegg på 5,3 prosent, bedre ubekvemstillegg og bedre minstelønnsatser. Det ble stilt krav om nytt trinn i minstelønssatsene for ansatte med 16 års ansiennitet eller mer. Kravet ble beregnet å koste totalt i overkant av 7 prosent.

Det var stor avstand mellom kravet fra Unio og siste tilbud fra KS, som blant annet omfattet blant annet 2,4 prosent generelt tillegg og 2 prosent til lokale forhandlinger. KS' tilbud treffer sykepleierne og andre grupper med høgskoleutdanning dårlig. Likelønnskommisjonen har påpekt at lønnsgapet er størst nettopp for høgskoleutdannede kvinnedominererte grupper i offentlig sektor.

Bruddet i Staten

Også i Staten stilte Unio krav om 7 prosents lønnsvekst. Ifølge kravet skulle tilleggene gis både som et stort generelt tillegg, sentrale justeringer og avsetning til lokale forhandlinger. Økte ubekvemstillegg og føringer på likelønn og lavlønn var også del av kravet.

Unio, LO og YS brøt forhandlingene med Staten samtidig. Årsaken var for lite penger i Statens tilbud, for lite til kvinner, dårlig profil og

ingen løsning i AFP-spørsmålet. Statens tilbud inneholdt en stor lokal pott, og Unio mener dette medfører risiko for at noen får mye mens mange ender opp med små tillegg. Dessuten lå det ikke inne forslag om justeringsforhandlinger, som tradisjonelt har vært benyttet blant annet til å rette opp lønsmessige skjevheter.

Også brudd i Oslo

For medlemmer i Unio-forbundene som er ansatt i Oslo kommune ble det blant annet stilt krav om 5,5 prosent generelt tillegg og tillegg gitt som lønnsrammejusteringer. Unio ønsker også lokale forhandlinger.

Unio mente Oslo kommune viste for liten vilje til å prioritere høgskolegruppene og skoleverket.

Helseforetakene

For medlemmer ansatt i statlig eide helseforetak er det ikke Unio, men NSF som stiller lønnskrav. Helseforetakene er organisert i arbeidsgiverorganisasjonen Spekter. NSF stilte krav med en ramme i overkant av 7 prosent. Blant annet stilte NSF krav

om generelt tillegg på 4,5 prosent, justering av minstelønnsnivåene med 25 – 45.000 kroner og bedre ubekvemstillegg.

For jordmødre krevde NSF opprettet en egen minstelønnsstige. Årsaken er at jordmødre har en lengre videreutdanning med flere studiepoeng enn andre spesialutdanninger. Da Sykepleien gikk i trykken var det klart at lønnsforhandlingene med Spekter skulle fortsette også etter 1. mai.

AFP

Unio har understreket at AFP-ordningen som ble forhandlet frem i oppgjøret mellom LO og NHO ikke treffer medlemmene i Unio-forbundene godt nok. Offentlig sektor er preget av stor kvinneandel, mange i deltid og mange ansatte med høyere utdanning.

Arbeidstakere med høyere utdanning kan ikke ha et like langt yrkesliv som arbeidstakere med et kortere utdanningsløp. Dermed vil de typiske medlemmene i Unio-forbund tape vesentlig på endringene i AFP-ordningene dersom de samme endringene skal kopieres direkte til offentlig sektor.

AFP er et viktig element i bruddet i forhandlingene. For ansatte i Spekter er det derimot enighet om at de endringer som blir gjort i pensjonsordningen i offentlig sektor for øvrig også skal gjelde for helseforetakene.

Verdensomspennende sykepleiefokus på primærhelsetjenesten

Tema for den internasjonale sykepleierdagen i år er sykepleiernes ledende rolle og betydning for kvalitet i primærhelsetjenesten.

– Jeg vil ønske alle sykepleiere til lykke med dagen 12. mai, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Sykepleierdagen markeres verden rundt på Florence Nightingales fødselsdag 12. mai. I Norge markerer NSF i fylkene sykepleierdagen på ulikt vis. Blant annet står fagdager, konferanser og medlemsmøter på programmet. En rekke fylker kårer dessuten «Årets sykepleier».

Sjekk fylkenes egne nettsider for mer informasjon.

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.

Færre fast ansatte

Andelen midlertidig ansatte i helse- og sosialtjenesten øker. Hele 14,1 prosent av de ansatte hadde ikke fast ansettelse i 1. kvartal 2008. Forbundsleder Lisbeth Normann i NSF mener alarmklokkene nå må ringe.

Spill inn kandidater til Karl Evang-prisen

Helsetilsynet mottar nå kandidater til Karl Evangs pris 2007. – Jeg vil oppfordre alle medlemmer i NSF til å vurdere om de kjenner til mulige kandidater, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Sykepleierstreik i Sverige

21. april klokken 12:00 startet en omfattende sykepleierstreik i Sverige. Det var varslet konflikt for 3.500 sykepleiere.

Roser regjeringen

– Bjarne Håkon Hanssen fortjener ros for å ha inkludert helsepersonellperspektivet i innvandringsmeldingen, sier Lisbeth Normann.

Danske sykepleiere streiker for likelønn

Tariffforhandlingene i Danmark har brutt sammen, og fra i dag er danske sykepleiere i streik. – Ikke dra til Danmark for å jobbe som sykepleier så lenge streiken pågår, er forbundsleder Lisbeth Normanns henstilling. NSF oppfordrer medlemmene til å følge med på den danske sykepleierstreiken. Neste gang kan det være oss som må ta i bruk streikevåpenet for omtrent de samme kravene.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Forhandlingsbrudd!

Tariffoppgjøret kunne vært ferdig, men den gang ei. Verken Staten eller KS viste forhandlingsvilje nok til å forhindre at vi måtte be om riksmeklingsmannens hjelp.

I skrivende stund er det fortsatt uavklart hva som skjer i sykehusene. Men Spekter har på linje med KS gitt uttrykk for at våre høyst ansvarlige lønnskrav kan «gå ut over» de offentlige tjenestene.

For det første er det uakseptabelt at sykepleierne og andre ansatte skal betale prisen for at kommuner og sykehus har budsjettert for lavt til å gjennomføre et anstendig lønnsoppgjør. Vi forventer at offentlige arbeidsgivere prioriterer å være med i kampen om den stadig knappere arbeidskraften. Prisen for deltakelse skal ikke belastes sykepleierne allerede slunkne lønns-slipp!

Uten kompetente ansatte, får man ikke utført en eneste kommunal tjeneste. Uten lønn som er egnet til å rekruttere, beholde og skape attraktive arbeidsplasser med solide fagmiljø, står

offentlig sektor dermed i fare for å utradere kvaliteten på velferdstilbudene.

Det er både forunderlig og beklagelig at de offentlige arbeidsgiverne ikke evner å se konsekvensene av sine mangelfulle grep. De fører nå en politikk der kompetansearbeidsplasser innen helsevesen, skole og andre velferdsordninger gradvis blir mindre attraktive.

Det er ikke uten grunn at hele 12 000 sykepleiere er på konkret jobb jakt, og at flere enn noensinne sier deres neste jobb ikke vil bli som sykepleier. Hvor interessant blir det å utdanne seg til pleie og behandling av syke, når andre utdanninger av samme varighet kvalifiserer for yrker med over 100 000 mer i lønn, mulighet for heltid og fast jobb? Søkertallene til sykepleierutdanningen sier sitt. For fjerde år på rad er det en nedgang. Dessverre holder det ikke

at sykepleieryrket er både faglig utfordrende, krevende, komplekst og interessant når lønns- og arbeidsvilkårene ikke holder mål.

Alt ligger til rette for at sykepleie blir det høystatusyrket som er nødvendig for å sikre god kvalitet på morgendagens helsetjeneste og eldreomsorg. Men det krever arbeidsgivere som bevisst prioriterer oss!

For det andre er det forsmedelig å se at KS ikke følger opp sine egne signaler om at spesialsykepleiere og andre grupper med tilleggsutdanning skulle prioriteres ved dette oppgjøret. De har heller ikke sørget for en profil og et nivå som drar i retning likelønn. Likelønns-kommisjonen påpeker at verdsettingsdiskrimineringen er størst for kvinnedominerte grupper i kommunal sektor med inntil 4 års utdanning. Da er det både skuffende og provoserende at KS ikke tar noe ansvar for å følge opp.

De hadde alle muligheter til å medvirke til likelønn og sørge for forutsigbare og attraktive lønns- og arbeidsvilkår. Da hadde vi kanskje sluppet å sende oppgjøret til Riksmeklingsmannens kontor. Håpet er at meklingen kan bidra til en akseptabel løsning. Hvis ikke, ber jeg dere alle være forberedt på å ta i bruk det eneste lovlige maktmiddelet vi har, nemlig streik.

Jeg håper vi slipper å gå så langt. Gjennom meklingen har arbeidsgiverne fortsatt anledning til å endre kurs og vise seg som seriøse og offensive arbeidsgivere for sykepleiere og andre utdanningsgrupper i offentlig sektor. Jeg forventer at de griper den muligheten, fremfor å sende kompetent nøkkelpersonell ut i en streik!



VIL HELST SLIPPE: Hvis KS viser seg som en seriøs og offensiv arbeidsgiver og tar tak i verdsettingsdiskrimineringen, kan kanskje streik unngås, mener Lisbeth Normann. Bildet er fra streiken i 1994. Foto: Anne Sidsel Herdløvær.