



# Under lupen

Side 16-18

Sykepleiere er en yrkesgruppe alle har et forhold til. Derfor er du et yndet forskningsobjekt. Ett funn er at Florence-faktoren synker jo lenger du jobber.



9

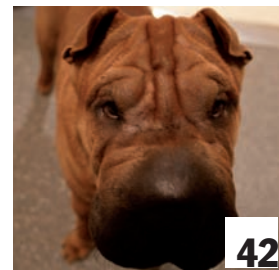
**Foreldre stjeler mens barnet er innlagt** side 7

**Siv Jensen vil gi deg fetere lommebok** side 9

**Aksepterer ikke nøkkelbokser** side 32

**Trøffel jobber skift på sykehjemmet** side 42

32



42

Adartrel "GlaxoSmithKline"  
Middel mot «restless legs»-syndrom.  
ATC-nr.: N04B C04

**TABLETTER 0,25 mg, 0,5 mg og 2 mg:** Hver tablett inneh.: Ropinirolhydroklorid tilsv. ropinirol 0,25 mg, resp. 0,5 mg og 2 mg, laktose. Fargestoff: 0,25 mg: Titandioksid (E 171). 0,5 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 2 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmrasiert.

**Indikasjoner:** Adartrel er indisert for symptomatisk behandling av moderat til alvorlig idiopatisk «restless legs»-syndrom (rastløse ben-syndrom).

**Dosering:** Individuell dosetitering mht. effekt og toleranse anbefales. Bør tas rett før sengetid, tidligst 3 timer før sengetid. Kan tas til mat for å øke gastrointestinal toleranse. Behandlingsstart (uke 1): 0,25 mg 1 gang daglig i 2 dager. Deretter 0,5 mg 1 gang daglig dag 3-7. Dosen kan deretter økes med 0,5 mg inntil optimal terapeutisk effekt oppnås etter følgende skjema:

Uke	Dose
2	1 mg 1 gang daglig
3	1,5 mg 1 gang daglig
4	2 mg 1 gang daglig
5*	2,5 mg 1 gang daglig
6*	3 mg 1 gang daglig
7*	4 mg 1 gang daglig

Gjennomsnittlig dose ved moderat til alvorlig «restless legs»-syndrom er 2 mg 1 gang daglig.\*Hos noen pasienter kan dosen økes gradvis opp til maks. 4 mg 1 gang daglig for optimal bedring. Pasientens respons bør evalueres etter 3 måneder. **Barn:** Ikke anbefalt til barn <18 år pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Eldre:** Ropinirolclearance er nedsatt hos pasienter >65 år. Dosen bør økes gradvis og titreres mht. symptomatisk respons. Dosejustering er ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl<sub>CR</sub> 30-50 ml/minutt).

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl<sub>CR</sub> <30 ml/minutt) eller nedsatt leverfunksjon.

**Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes for å behandle neuroleptisk akatysi, tasikinesi eller sekundært «restless legs»-syndrom. Under behandling med ropinirol kan en paradoksal forverring av symptomene forekomme ved enten augmentasjon eller «rebound»-effekt. Hvis dette forekommer, bør behandlingen gjennomgås og dosejustering eller seponering vurderes. Hos pasienter med Parkinsons sykdom er ropinirol i mindre vanlige tilfeller blitt assosiert med søvnighet og tilfeller av plutselig søvnanfall. Dette forekommer svært sjeldent hos pasienter med «restless legs»-syndrom. Pasienter må likevel informeres om dette og anbefales å vise forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner under ropinirolbehandling. Pasienter som er blitt søvnige og/eller har hatt tilfeller av plutselig søvnanfall må unngå bilkjøring og betjening av maskiner som krever skjerpet oppmerksomhet. Dosejustering eller seponering kan vurderes. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser bør kun behandles med dopaminagonister hvis potensielle fordeler oppveier mulig risiko. Forsiktighet ved bruk til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Bivirkninger bør monitoreres nøye. Pasienter med en sjelden arvelig galaktoseintoleranse (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke behandles med ropinirol. Pga. risiko for hypotensjon bør det utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med alvorlige kardiovaskulære sykdommer, spesielt koronarinsuffisiens.

**Interaksjoner:** Mulighet for interaksjon mellom ropinirol og inhibitorer av CYP 1A2 (ciprofloksacin, fluvoksamin, enoksacin og cimetidin). For pasienter som allerede får ropinirol, kan dosejustering være nødvendig når disse medikamentene introduseres eller seponeres. Røyking inducerer CYP 1A2-metabolismen. Dosejustering kan være nødvendig dersom pasienter slutter eller begynner å røyke under ropinirolbehandling. Forhøyet plasmakonsentrasjon av ropinirol er observert ved samtidig behandling med høye østrogendoser. Pasienter som allerede er under hormonell substitusjonsbehandling, kan starte ropinirolbehandling på vanlig måte. Det kan imidlertid bli nødvendig å justere ropinirol-dosen i samsvar med klinisk respons dersom hormonbehandling stanses eller introduseres under behandling med ropinirol. Neuroleptika og andre sentralstimulerende dopaminantagonister kan redusere effekten av ropinirol. Samtidig bruk av disse legemidlene bør derfor unngås. Ropinirol kan tas sammen med domperidon.

**Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Ikke tilstrekkelige data. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter. Anbefales ikke brukt under graviditet med mindre potensiell fordel for pasienten oppveier mulig risiko for foster. *Overgang i morsmelk:* Skal ikke brukes av ammende. Kan hemme laktasjonen.

**Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavesmerter. Neurologiske: Søvnighet, synkope, svimmelhet (inkl. vertigo). Psykiske: Nervøsitet. *Mindre hyppige:* Psykiske: Forvirring. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon, hypotensjon.

**Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Ved overdosering forventes symptomer relatert til den dopaminerge aktiviteten. *Behandling:* Symptomene kan lindres ved adekvat behandling med dopaminantagonister som neuroleptika eller metoklopramid.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Ikke-ergolin dopaminagonist. *Virkningsmekanisme:* Stimulerer dopaminreseptorene i striatum og hemmer prolaktinutskillelsen gjennom sin effekt på hypothalamus og hypofysen. *Absorpsjon:* Hurtig. Biotilgjengelighet ca. 50%. Mediantid til maks. plasmakonsentrasjon ca. 1½ time. Store individuelle variasjoner i farmakokinetiske egenskaper. *Proteinbinding:* <40%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 7 liter/kg. *Halveringstid:* Ca. 6 timer. *Metabolisme:* Hovedsakelig av cytokrom P-450 CYP 1A2. Hovedmetabolitten er minst 100 ganger mindre potent enn ropinirol. Utskillelse: Hovedsakelig i urin som metabolitter.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalpakningen.

**Pakninger og priser:** 0,25 mg: Startpakn.: 12 stk. kr. 53,50. 0,5 mg: 84 stk. kr. 346,50. 2 mg: 84 stk. kr. 879,40.

Sist endret: 17.11.2006

Priser av 1.11.2006



GlaxoSmithKline AS,  
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04  
www.gsk.no

# NYHET for pasienter med RLS (Restless Legs-Syndrom)

**ADARTREL®**  
Ropinirol

Fra urolige bein til rolige netter

Gi dine pasienter søvnen tilbake...

RLS er en vanlig årsak til søvnproblemer<sup>1</sup>

Pasienter med RLS presenterer ofte sin lidelse som søvnproblemer<sup>1</sup>

Ca. 11 % av den voksne befolkningen lider av RLS<sup>2</sup>

Adartrel® ropinirol

- behandler RLS-symptomer slik at pasienter med moderat til alvorlig RLS sovner raskere og sover lengre og bedre<sup>3</sup>
- er den eneste dopaminagonist med startpakning: 0,25 mg – 7 dagers startpakke<sup>4</sup>



Referanser:

- 1) Wellberry CE, Getting the facts on restless legs. Am Fam Physician 2000; 62: 51-2
- 2) Hening W et al. Sleep Med 2004; 5: 237-246
- 3) Giorgi L et al. Current Medical Research and Opinion. Vol. 22, No 10, 2006; 1867-1877
- 4) Preparatomtale 17.11.06

# VINN LITT EKSTRA - HELE ÅRET

Som medlem hos oss har du alltid noe å vinne. Men det betyr ikke at det ikke er rom for ekstragevinster. I 2007 arrangerer vi derfor i alt 12 konkurranser på våre nettsider, hvor du kan vinne mange forskjellige kvalitetsprodukter.

I januar dreier det seg om det prisbelønte bokverket «Det friske og det syke mennesket». Læreverket i naturvitenskapelige og medisinske fag består av seks bind, er laget spesielt for sykepleiere – og kan nå bli ditt ved hjelp av noen få tastetrykk.

Les hvordan på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)



**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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698  
Løssalg: kr 45,- pr utgave  
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

**Ansvarlig redaktør**

Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no

**Redaksjonssjef**

Bjørn Arild Østby  
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

**Fagredaksjonen**

Nina Hernæs (leder)  
nina.hernes@sykepleien.no  
Torhild Apall Dybvik  
torhild.apall@sykepleien.no  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
annkristin.helmers@sykepleien.no

**Nyhetsredaksjonen**

Marit Fonn (leder)  
marit.fonn@sykepleien.no  
Eivor Hofstad  
eivor.hofstad@sykepleien.no  
Kari Anne Dolonen  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no  
Lily Kalvø (web-redaktør)  
lily.kalvo@sykepleien.no

**Desk og grafisk formgivning**

Ellen Morland (leder)  
ellen.morland@sykepleien.no  
Hege Holt  
hege.holt@sykepleien.no  
Ingrid Lindemann  
ingrid.lindemann@sykepleien.no

**Markedssjef**

Ingunn Roald  
ingunn.roald@sykepleien.no

**Markedskonsulenter**

Stillingsannonser: Finn Simonsen  
finn.simonsen@sykepleien.no  
Produktannonser: Lise Dyrkoren  
lise.dyrkoren@sykepleien.no

**Repro og trykk**

Stibo Graphic AS



241 Trykksak 004



Foto: Stig Weston

- 5 For dårlig bruk av verneutstyr  
7 Foreldre stjeler mens barn er innlagt  
9 **Ti raske:** Siv Jensen  
9 Tvinges over til kommunene  
10 Beinharde sparekrav  
12 Presset til å stemme ja  
14 Hvorfor Norge? Jolanta Orlikowska  
14 Nytt HMS-reglement  
16 **Tema:** Sykepleiere under lupen  
– Populære blant forskerne  
– Hardt yrke i myk sektor  
– En gang sykepleier (nesten) alltid sykepleier  
– Synkende Florence-faktor  
21 **Barth Tholens** om størrelser  
22 Bedre arbeidsmiljø?  
24 **Lov og rett:** For mange journaler  
26 Slik bruker du sykepleien.no  
28 Ordning for menns yrker  
29 Muskel og skjelett vanligst  
30 Sykehusets indre liv  
32 Aksepterer ikke nøkkelbokser  
33 Juss for arbeidsmiljølover  
35 Skrik ut og behold jobben  
36 **Torgeir Svendsen** om varsling  
38 Rus og tyveri vanligst  
40 **Camilla Crone Leinebø** om å være pasient  
41 Slakter sjefene  
42 **Bedre hverdag:** Are you looking for Trøffel?  
44 **Bente Slaatten** om omsorgsmeldingen Betimelig gjennomgang

- 45 **NSF:** Får etterbetalt NSF med banktilbud  
47 Internett til helseformål  
48 Master i klinisk sykepleie  
48 Minneord  
48 Fylkeskontorene  
49 – Ikke gjør som morra di sier  
50 Nesten ingen ville fått skiftarbeid  
52 Før: Bemannet med elever  
52 Debatt

**Tema: Forskning på sykepleiere**

Det handler om alt fra arbeidsmiljø, helsefare og motivasjon for yrket. Sykepleiere er interessante objekter for forskerne.

- 53 SykepleienJOB  
Ledige stillinger  
76 Meldinger, skoler, kurs

**Ordning for menns yrker**

Dagens regler for yrkesskadeerstatning er for lengst gått ut på dato. I praksis får nesten bare menn erstatning når jobben går på helsa løs.



Foto: Ellen Morland

**Neste nummer: Sykepleien 3/07****Hva er ME?**

Sykepleien har intervjuet fagpersoner og prøver å finne svar. Utgaven bringer også et intervju med Rikshospitalets direktør Åge Danielsen og reportasje fra Sandviken sykehus i Bergen

# Haukeland: For dårlig bruk av verneutstyr

Teknologien var ikke årsak til de åtte krefttilfellene ved Haukeland sykehus. Alt tyder på at sykepleierne har vært for dårlig beskyttet mot stråling.

Ekstremt alvorlig, er karakteristikken fra Norsk Radiograf-forbund.

– Mine undersøkelser tyder på at sykepleierne ikke brukte verneutstyr som ga full dekning. Det gjorde at vitale organer ble bestrålt, sier dr. Bente E. Moen, Universitetet i Bergen.

Hun har skrevet rapporten som viser at åtte sykepleiere har fått kreft ved hjerneavdelingen på Haukeland sykehus som følge av røntgenstråling.

Intervjuobjektene har fortalt til Moen at rutine omkringing stålhygiene var mangelfulle på 1990-tallet. Det ble riktig nok brukt blyfrakker, men blyet kunne samle seg nederst på de eldste frakkene, og de kunne være veldig tynne over kroppen. Noen av frakkene dekket lite av ryggen, og flere fortalte at de ofte arbeidet med ryggen mot strålekilden når de måtte hente ting eller styre andre apparater. Andre frakker var åpne i siden. Blykrager var ikke vanlig. «Skjørt» på benkene ble heller

ikke hengt opp før på slutten av 90-tallet.

## Viktig med rutinesjekk

Det er vanskelig å si hvor mye stråling som skal til for å gi økt fare for kreft under slikt arbeid, mener Moen.

– Men det er god grunn til å mistenke at det er sammenheng mellom dårlig beskyttelse, stråledose og kreft hos de sykepleierne det gjelder, sier Moen.

Hun mener det bør gjennomføres en nasjonal gjennomgang på dette området.

– Det er viktig å gå gjennom de rutine man har for strålingshygiene ved foretakene. Sykehusene må være oppmerksomme på denne spesielle typen risiko for de ansatte ved alle sine spesiallaboratorier, og sikre seg at det er god strålehygiene og gode HMS-rutiner over alt hvor stråling pågår, sier Moen.

Ideen om en omfattende undersøkelse av mulig kreftfremkallende utstyr ved alle norske sykehus får støtte både fra

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Kreftregisteret.

Saken er alarmerende, hevder NSF-leder Bente Slaatten, og mener det haster med å få full oversikt over alle konsekvenser og hvor mange som eventuelt er blitt syke ved andre sykehus.

## Kvinneyrker

– En undersøkelse av kreftrisikoblant sykepleiere som har arbeidet med angiografiundersøkelser, ville være både interessant og nyttig, sier stipendiat Jenny-Anne Sigstad Lie ved Kreftregisteret.

– Tradisjonelt har kreftstudier i yrkeslivet vært knyttet til menn, og særlig i industrielle yrker. Kvinneyrker har blitt regnet som «mykere» og mindre risikofylte. Nå ser vi at det ikke stemmer, sier Lie.

Hun er midt i en studie som nettopp ser på forholdet mellom sykepleieryrket og forekomsten av kreft.

– Brystkreft, for eksempel, har hatt en sterk økning de siste



## FAKTA

Fredag 12. januar leverte Universitetet i Bergen en rapport som dokumenterer at de krefttilfellene som nå er avdekket ved Haukeland sykehus, sannsynligvis skyldes mangelfulle rutiner rundt bruk av røntgenapparater ved hjerneavdelingen.

I alt var 16 medarbeidere med i undersøkelsen, alle disse ble rammet av kreft mellom 1998 og 2005. Alle er sykepleiere og tre av dem er nå døde.

årene. I de industrialiserte delene av verden er forekomsten fem ganger hyppigere enn i utviklingsland. Vi har hittil bare avdekket omkring 40 prosent av de viktigste årsakene til brystkreft.

## Det store bildet

– I forhold til sykepleiere er det viktig å få fram det større bildet, mener Lie.

Det er selvsagt viktig å kartlegge omfanget av stråling, men det er også viktig å trekke inn andre faktorer som livsstil, arvelighet, og så videre.

– Nattarbeid som én av mange årsaker til kreft, har vi fortsatt lite kunnskap om, sier Lie.

Hun forteller at hun lenge har hatt planer om å gjøre en omfattende spørreundersøkelse om sykepleiere som kan gi bredere kunnskap om kreftrisikoen for denne yrkesgruppen. Men den ligger fortsatt på is i påvente av finansiering.

Tidligere studier har vist at nattarbeid øker risikoen for brystkreft med 50 prosent.

## Sykepleien Helt Enkelt Unikt

### Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette syke-

pleiernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samsfunnsdebatten 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, i følge 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.

## Vi siterer

«§1. Guds frykt, Renslighet og Paalidelighet er nødvendig i Arbeidet»

Arbejdsreglemente fra 1872

NYHET EFFEKTIV BEHANDLING VED RØYKESLUTT

# STYRKE TIL Å SLUTTE - FOR GODT<sup>1-3</sup>



- **Champix® er et nytt reseptbelagt legemiddel med unik, todelt virkningsmekanisme<sup>1,2</sup>:**
  - Delvis agonist - reduserer røykesug og abstinenssymptomer
  - Antagonist - reduserer nytelsen ved å røyke
- **43,9% av de som fikk Champix® var røykfrie etter 12 uker<sup>2</sup>**
- **23% av de som fikk Champix® var fortsatt røykfrie etter 52 uker<sup>2</sup>**
- **Champix® har signifikant bedre effekt enn bupropion målt etter 12 uker<sup>2</sup>**
- **Gunstig trygghets- og bivirkningsprofil er dokumentert ved behandling av mer enn 4000 røykere<sup>4</sup>**

#### Champix® "Pfizer"

Røykeavenningspreparat.

**TABLETTER**, filmdrasjerte 0,5 mg og 1 mg: Hver tablett inneholder: Vareniklin 0,5 mg, resp. 1 mg. Fargestoff: 0,5 mg: Titandioksid (E 171), 1 mg: Indigokarmin aluminiumlake (E 132), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Røykeavvenning hos voksne. **Dosering:** Dag 1-3: 0,5 mg 1 gang daglig. Dag 4-7: 0,5 mg 2 ganger daglig. Fra dag 8 til behandlingsslutt: 1 mg 2 ganger daglig. Pasienten bør fastsette en dato for røykeslutt. Dosering bør igangsettes 1-2 uker før denne dato. Pasienter som ikke tolererer bivirkningene kan midlertidig eller permanent få redusert dosen til 0,5 mg 2 ganger daglig. Bør svelges hele med vann. Tas med eller uten mat. 12 ukers behandling anbefales. For pasienter som har klart å slutte å røyke etter 12 uker, kan tilleggsbehandling på ytterligere 12 uker med 1 mg 2 ganger daglig vurderes. Ved høy risiko for tilbakefall kan gradvis dosereduksjon vurderes. Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon kan dosen reduseres til 1 mg 1 gang daglig, dersom bivirkninger ikke tolereres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon: 0,5 mg 1 gang daglig de første 3 dager, deretter 1 mg 1 gang daglig. Anbefales ikke til pasienter med nyresykdom i siste stadium. Nedsatt leverfunksjon: Dosejustering ikke nødvendig. Bør ikke brukes til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for vareniklin eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Fysiologiske endringer som resultat av røykeavvenning, med eller uten vareniklinbehandling, kan endre farmakokinetikken eller farmakodynamikken til enkelte legemidler, og gjøre det nødvendig med dosejustering (gjelder f.eks. teofyllin, warfarin og insulin). Røykeavvenning kan resultere i økte plasmanivaer av CYP 1A2-substrater. Røykeavvenning med eller uten farmakoterapi, er assosiert med forverring av underliggende psykiatrisk sykdom (f.eks. depresjon). Varsomhet bør utvises ved psykiatrisk sykdom i anamnesen. Ingen klinisk erfaring hos pasienter med epilepsi. Seporering ved behandlingsslutt har vist økt irritabilitet, røykesug, depresjon og/eller søvnløshet. Vareniklin kan forårsake svimmelhet og dosighet, og påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Forsiktighet må utvises. **Interaksjoner:** Ingen kjente legemiddelinteraksjoner av klinisk betydning. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør samtidig bruk av cimetidin unngås. **Graviditet/Amning:** Overgang til placenta: Bør ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Ved amming må fordelene avveies mot potensiell risiko for barnet. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, diare, abdominal distensjon, ubehag i magen, dyspepsi, flatulens, munntorrhet. Metabolske: Økt appetitt. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, svimmelhet, nedsatt smakssans. Psykiske: Unormale drømmer, søvnløshet. Øvrige: Tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Blodig oppkast, blodig avføring, gastritt, gastrosofageal refluksykdom, abdominalsmerter, endret tarmfunksjon, unormal avføring, luftoppstot, aftos stomatitt, tannkjøttmerter, belegg på tungen. Hud: Generelle utslett, erytem, kløe, akne, hyperhidrose, nattesvette. Hørsel: Tinnitus. Luftveier: Dyspne, hoste, heshet, hals- og strupesmerter, halsirritasjon, tett luftrør, tette bihuler, dryppende nese, snue, snorking, bronkitt, nasofaryngitt, sinusitt. Metabolske: Anoreksi, nedsatt appetitt, sterk tørste. Muskel-skjelettsystemet: Leddstivhet, muskelsmerter, smerter i brystveggen, costochondritt. Neurologiske: Tremor, unormal koordinasjon, dysartri, hypertoni, rastløshet, dysfoni, hypoestesi, nedsatt smaksopplevelse, letargi, forhøyet libido, nedsatt libido. Psykiske: Panikkreaksjon, bradyfreni, unormalt tankemonster, humorsvingninger. Sirkulatoriske: Atrieflimmer, palpitasjoner, forhøyet blodtrykk, ST-segmentdepresjon og redusert T-bølgeamplitude ved EKG, forhøyet hjerterytme. Syn: Skotom, skleral misfarging, øyesmerter, mydriasis, fotofobi, myopi, forhøyet tareproduksjon. Urogenitale: Glukosuri, nokturni, polyuri, menoragi, vaginal utflod, seksuell dysfunksjon, unormal sad. Øvrige: Ubegag i brystet, brystmerter, feber, kuldefølelse, asteni, dognrytmeforstyrrelser, generell sykdomsfølelse, cyste, soppinfeksjon, virusinfeksjon, vektøkning. Laboratorieverdier: Unormale leverfunksjonstester, nedsatt antall blodplater, forhøyet C-reaktivt protein, nedsatt blodkalsium. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering for markedsføring. **Behandling:** Støttende behandling. Ved nyresykdom i siste stadium kan vareniklin fjernes ved dialyse. Ingen erfaring med dialyse etter overdose. **Egenskaper:** Klassifisering: Middell ved nikotinavhengighet. **Virkningsmekanisme:** Vareniklin bindes med høy affinitet og selektivitet ved neurale nikotin- $\alpha 4\beta 2$ -acetylcholinreseptorer, og virker som partiell agonist. Nikotin konkurrerer om det samme bindingsstedet. Vareniklin har høyere affinitet til reseptorene enn nikotin, og kan derfor effektivt blokkere nikotinet evne til fullt ut å aktivere  $\alpha 4\beta 2$ -reseptorer og det mesolimbiske dopaminsystemet. Vareniklin gir tilstrekkelig stimulering til å lindre røyketrang og avvenningsproblemer (agonistaktivitet), samtidig som den fører til reduksjon av belønnings- og forsterkningseffektene ved røyking ved å hindre nikotin i å binde seg til  $\alpha 4\beta 2$ -reseptorer (antagonistaktivitet). Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon etter 3-4 timer. Absorpsjonen er så å si fullstendig. Høy systemisk biotilgjengelighet, som er upåvirket av mat eller doseringstidspunkt. **Proteinbinding:** Lav (< 20%), uavhengig av alder og nyrefunksjon. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum: 415 liter. **Halveringstid:** Ca. 24 timer. 4 dager til "steady state" ved gjentatt dosering. Eliminering i nyrene skjer hovedsakelig gjennom glomerulusfiltrasjon sammen med aktiv tubular sekresjon. **Metabolisme:** Minimal metabolisme. Utskillelse: 92% utskilles uforandret i urin og <10% skilles ut som metabolitter. **Pakninger og priser:** 0,5 mg/1 mg: Enpac: Startpakning: 11 tabl. 0,5 mg + 14 tabl. 1 mg kr 422,40. 1 mg: Enpac: 28 stk. kr 436,70, 56 stk. kr 839,10. Sist endret: 17.11.2006

#### Referanser:

1. Gonzales D et al. Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):47-55. 2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):56-63. 3. Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):64-71. 4. SPC



Partner for bedre helse™

**CHAMPIX®**  
(vareniklin)

# Foreldre stjeler mens barnet er innlagt

Noen er frekkere enn andre. I Danmark stjeler foreldre fra avdelingene deres egne barn er innlagt på. Også norske foreldre stjeler.

Ved danske sykehus forsvinner barnevogner, termometre, playstationspill, bleier, leker og dukketøy fra barneavdelingene. Mye tyder på at det er foreldrene som stjeler. I noen tilfeller har tyveriene vært så åpenlyse at sykepleiere har bedt foreldre tømme veskene før de forlater sykehuset, ifølge danske Sygepleiersken.

## Ringerunde

Det er sjelden grunn til å tro at norske foreldre er bedre enn andre foreldre. Sykepleien tok derfor en kjapp ringerunde til noen av landets barneavdelinger for å finne ut om norske foreldre stjeler like mye.

## Sykehuset Innlandet, Elverum

Fagutviklingssykepleier Bente Hoelsæter arbeider ved barneavdelingen på Elverum. Hun innrømmer at tyveri ikke er noe ukjent fenomen.

– Her stjeles det i aller høyeste grad. Vi har ikke oversikt over for hvor store verdier, enn det blir en del over ett år, sier hun.

Barnevogner, playstation og leker er populære objekter å stjele.

– Vi har tatt flere foreldre i stjeling. Vi pleier da å stoppe dem noen etasjer nedenfor avdelingen,

men før de forlater sykehuset, sier hun.

Avdelingen har ikke oversikt over hvor mange foreldre de har tatt i stjeling.

– Jeg må si jeg er forbauset over hvor frekke enkelte foreldre er. Jeg tror dette er et felles problem for de fleste barneavdelinger. Det er i hvert fall min erfaring sier Hoelsæter.

## Ullevål universitetssykehus

Avdelingssykepleier ved barnemedisinsk post1 ved Ullevål universitetssykehus, Kari Maria Dahl, innrømmer at det er en del svin.

– Det skjer nok noe tyveri på avdelingen, men jeg vil ikke kategorisere det som et stort problem. Barnevogner har vi nok ikke mistet, men spill og leker er det ett visst svin på. Bleier og slike ting kan det være at det stjeles av. Det er vanskelig å vite. Men vi har ikke noe ekstremt overforbruk, sier Dahl.

– Dere fører ikke oversikt over svinnet?

– Nei, problemet er ikke stort nok til det, sier hun.

Dahl legger til at hun ikke har mistet troen på foreldres moral på grunn av tyverier.



FORSVINNER: Det er ikke uvanlig at leker, playstation-spill og barnevogner forsvinner fra barneavdelingen, forteller sykepleier Bente Hoelsæter ved Sykehuset Innlandet i Elverum.

## St. Olavs Hospital

Anne Grete Edlund er avdelingssykepleier ved St.Olavs Hospital på Barn 1 Medisin.

– Tyveri er ikke noe stort problem. Det forekommer at playstationspill blir borte. Det kan være det har forsvunnet en barnevogn, men det er ikke noe som forekommer ofte, sier hun.

– Er noen foreldre tatt i å stjele?

– Nei, det har ikke skjedd. Jeg synes det er vanskelig å si at foreldre er tyver. Det er absolutt ikke mitt inntrykk. Vi deler også utstyr med andre barneavdelinger. Det kan derfor være vanskelig å ha full oversikt over hvor alle tingene befinner seg hele tiden, sier hun.

## Helse Finmark, Hammerfest sykehus

Avdelingssykepleier ved barneavdelingen, Vivi Beck, innrømmer at ting har blitt borte. Spesielt spill og slike ting, men hun er ikke sikker på om det har blitt stjålet.

– Ting forsvinner eller blir ødelagt. Men om det er vi som jobber her som roter det bort eller om det blir stjålet er vanskelig å si. Vi har nå fått bedre systemer og har begynt å låse inn spill og konsoller. Det har gjort at det er mindre ting som blir borte, sier hun.

## Universitetssykehuset i Nord-Norge

Avdelingsleder Gunnel Axelsson ved barneavdelingen, barne- og ungdomsklinikken, mener tyveri ikke er noe problem.

– Det kan nok forekomme, men i liten grad.

At tyveri oppleves som ett større problem på mindre barneavdelinger tror hun kan skyldes at de større er mer bevisste.

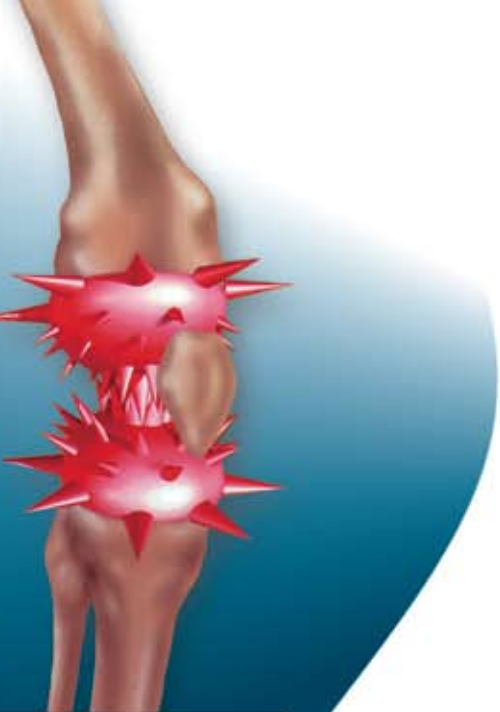
– Vi låser inn spill, og har ellers gode systemer for å unngå at ting forsvinner, sier hun.

## «Vår» avdeling

Danske erfaringer viser at avdelinger som for eksempel kreftavdelinger, eller andre avdelinger hvor barna ligger over lang tid, har mindre tyveri.

– Det virker som om foreldrene ser på disse avdelingene mer som «vår» avdeling. Andre avdelinger hvor barna er en kort periode mister den effekten. Her er holdninger som at «utstyret er offentlig eiendom så det er greiere å stjele»-mentalitet, sier avdelingssykepleier Guril Sørensen til Sygepleiersken.

**Donacom**<sup>®</sup>  
glukosamin



# Nyhet!

- **Donacom**<sup>®</sup> er et nytt legemiddel for lindring av symptomer ved mild til moderat kneartrose<sup>1</sup>
- **Donacom**<sup>®</sup> er et høydosert glukosamin med dosering en gang daglig<sup>1</sup>
- **Donacom**<sup>®</sup> er et pulver med nøytral smak som løses lett opp i vann<sup>1</sup>



Se preparatomtale side 41

  
**ALGOL**  
— PHARMA —



## Vi spør Siv Jensen

**Alder:** 37 år

**Aktuell som:** Partiformann i Fremskrittspartiet (Frp)

**Fakta:** TV2 fulgte Siv Jensen da hun på høye hæler i pleieruniform var på sykehjemsvisitt i Trøndelag. Hun sa at sykepleierne fortjener høyere lønn. Valgkampen er i gang.



### Er sykepleieryrket noe for deg?

– Ehh, er ikke helt sikker på det. Men jeg har stor respekt for yrket. Omsorgsmessig tror jeg det ville passet.

### Et billig valgkamptriks å degge for eldre på sykehjem?

– Nei. Dette har jeg gjort ved flere anledninger uten presse til stede. Det er en viktig måte å lære på.

### Hvor har du vært før da?

– I Nord-Norge. Jeg har sett mange institusjoner. Jeg tilbrakte én dag i Nordreisa. Og har vært i Hordaland.

### Hvor langt vil Frp gå for å støtte sykepleiernes lønnskrav?

– Jeg mener det bør på dagsordenen. Det er ikke lenge siden det

ble gjort et krafttak for lærerne, jeg forstår ikke hvorfor det ikke blir gjort for sykepleierne, som det vil bli vanskelig å rekruttere. Men arbeidsgiverne har nærmest monopol. Jeg vil utfordre sykepleierne til mer konkurranse og mangfold. Jeg tror ikke så mange sykepleiere vil gå andre veier. De er idealister og vil ikke velge bort omsorgsyrket. Og så synes jeg det skal ansettes flere aktivtører for å avlaste sykepleierne og hjelpepleierne.

### Hvor viktig er det at sykepleierne er fagorganisert?

– Vet ikke om det er så viktig. Du ser hvordan det er: Om det er aldri så mange sykepleiere, så er det én tung arbeidsgiver. Jeg tror på mer fleksibilitet.

### Vil du øremerke midler til helsesektoren?

– Det har Frp gjort i flere år. Men vårt primære mål er et annet finansieringssystem, der pengene følger pasienten, for å få mer flyt.

### Blir det mer sykepleie i valgkampen?

– Vet ikke om valgkampen er den rette arena. Men det blir mer utenom valgkampen.

### Er helsearbeiderne kompetente nok?

– Jeg har erfart veldig engasjerte og kompetente mennesker. Men de synes det er slitsomt å forholde seg til et firkanta regelverk. Et eksempel er demente som får gode øyeblikk og frustrasjonen over ikke å kunne ta seg tid til situasjonen. Men noen håndterer det glimrende, ikke nød-

vendigvis i tråd med loven, men de har sett pasienten.

### Hvor trykker skoen mest i helsevesenet?

– Ååå, mange steder. Men kort sagt er problemet en kombinasjon av dårlig organisering, systemkrav og hvordan man bruker pengene – og en del steder mangel på penger.

### Noe annet du vil si?

– Sykepleiere og hjelpepleiere bør skaffe seg flere politiske allianser. Jeg har opplevd at de har giftet seg med én del av politikken. De kan bli litt mer uavhengige. Til pasientenes beste.

tekst **Marit Fonn**

foto **Fremskrittspartiet**

## Nyhet Rekruttering

# Tvinges over til kommunene

Stadig flere sykepleiere må i framtiden innstille seg på å jobbe i kommunehelsetjenesten.

Det mener instituttleder for helsefag ved Universitetet i Stavanger (UiS), Venche Hvidsten.

– Selv om nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe ved sykehusene, vil det faktum at stadig flere pasienter trenger medisinsk oppfølging i kommunene etter å ha vært innom sykehusenes poliklinikker tvinge dem over i kommunehelsetjenesten.

### Endret behandlingsmønster

Dagens utdanningstakt må ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå opprettholdes for å ivareta fremtidens omsorgsbehov. Hvidsten mener imidlertid at den omstruktureringen som pågår i

helsetjenesten kan føre til at det blir utdannet et overskudd av sykepleiere.

– Omstruktureringen går på at sykehusene legger økende vekt på poliklinisk dagbehandling. Det vil føre til at den medisinske behandlingen i stadig større grad flyttes vekk fra dyre senger på sykehusene og over til kommunale sykehjem eller til pasientens eget hjem, sier hun.

### Endret utdanning

Selv om hjemmetjenesten allerede i dag tar seg av intravenøs behandling, smertelindring og respiratorbehandling, mener instituttlederen at denne type pa-

sienter vil øke kraftig i fremtidens hjemmetjeneste.

– Sykepleierne i kommunehelsetjenesten vil ha økende behov for å oppgradere seg, hvis kommunene skal bli i stand til å ta imot pasienter med den type behov, sier Hvidsten.

Ifølge henne kan dette føre til at dagens sykepleiermangel ved sykehjemmene løser seg selv.

– UiS har allerede tatt konsekvensen av endringene i behandlingsmønsteret. Sykepleierutdanningen er lagt om for å møte de nye utfordringene ved at flere studenter får praksis i kommunehelsetjenesten, sier instituttlederen.

### Politikernes ansvar

– Hvis behovet for sykepleiere ved sykehusene reduseres, har kommunene råd til å opprette de stillingene som trengs?

– Det er et politisk spørsmål. At kommunene har dårlig råd, vet vi. Men det er politikernes ansvar å sørge for at de midlene som trengs blir lagt på bordet. Jeg tror at et godt samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten vil være en nøkkelfaktor for å få til en god helsetjeneste i fremtiden, sier Venche Hvidsten.

tekst **Kari Anne Dolonen**

# Beinharde sparekrav

Helseforetakene må spare 2 615 millioner kroner i 2007 for å oppfylle kravet om økonomisk balanse. Det viser tall Sykepleien har hentet inn. Og det er ingen hjelp å hente hos helseministeren. – Samme høye aktivitet ved landets sykehus, er instruksjonen.

I «Oppdragsdokument 2007», som ble sendt de regionale helseforetakene for kort tid siden, er det ikke tvil hva helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad forventer av helseforetakene: Budsjettdisiplin.

– Løsningen er ikke «å pøse på med penger», var hennes klare melding til helseforetakene i Stortinget i begynnelsen av måneden.

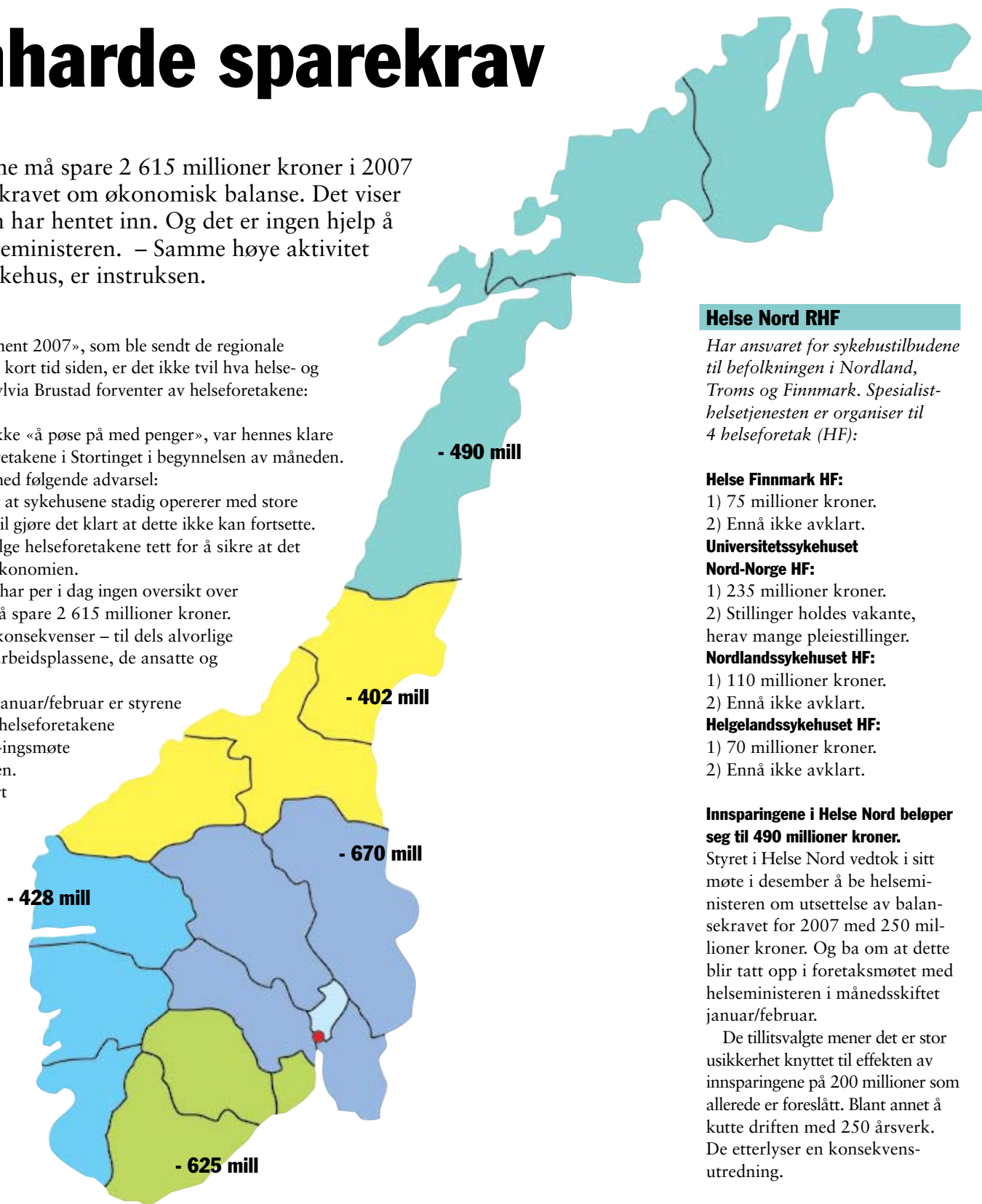
Før hun fortsatte med følgende advarsel:

– Jeg konstaterer at sykehusene stadig opererer med store underskudd og vil gjøre det klart at dette ikke kan fortsette.

Vi kommer til å følge helseforetakene tett for å sikre at det blir tatt grep om økonomien.

Helseforetakene har per i dag ingen oversikt over konsekvensene av å spare 2 615 millioner kroner. Ut over at det får konsekvenser – til dels alvorlige konsekvenser for arbeidsplassene, de ansatte og pasienttilbudet.

I månedsskiftet januar/februar er styrene i de fem regionale helseforetakene innkalt til orienteringsmøte hos helseministeren. Da vil de bli servert kravene for 2007.



## Helse Nord RHF

Har ansvaret for sykehusstilbudene til befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark. Spesialisthelsetjenesten er organisert til 4 helseforetak (HF):

### Helse Finnmark HF:

- 1) 75 millioner kroner.
- 2) Ennå ikke avklart.

### Universitetssykehuset

#### Nord-Norge HF:

- 1) 235 millioner kroner.
- 2) Stillinger holdes vakante, herav mange pleiestillinger.

#### Nordlandssykehuset HF:

- 1) 110 millioner kroner.
- 2) Ennå ikke avklart.

#### Helgelandsykehuset HF:

- 1) 70 millioner kroner.
- 2) Ennå ikke avklart.

## Innsparingene i Helse Nord beløper seg til 490 millioner kroner.

Styret i Helse Nord vedtok i sitt møte i desember å be helseministeren om utsettelse av balansekravet for 2007 med 250 millioner kroner. Og ba om at dette blir tatt opp i foretaksmøtet med helseministeren i månedsskiftet januar/februar.

De tillitsvalgte mener det er stor usikkerhet knyttet til effekten av innsparingene på 200 millioner som allerede er foreslått. Blant annet å kutte driften med 250 årsverk. De etterlyser en konsekvensutredning.

## Sykepleien har stilt følgende spørsmål til landets 28 helseforetak:

**Spørsmål 1:** Hvor mye er helseforetaket pålagt å spare i 2007?

**Spørsmål 2:** Inneholder budsjettvedtaket for 2007 forslag om nedbemanning?

### Helse Vest RHF

Har ansvaret for sykehustilbudene til befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Spesialisthelsetjenesten er organisert i 4 helseforetak (HF):

#### Helse Stavanger HF:

- 1) 51 millioner kroner.
- 2) Ingen konkrete planer.

#### Helse Fonna HF:

- 1) Foreslått 90 millioner kroner.
- 2) Kutter rundt 90 årsverk.

#### Helse Bergen HF:

- 1) 217 millioner kroner.
- 2) Ennå ikke avklart

#### Helse Førde HF:

- 1) 70 millioner kroner.
- 2) Generell effektivisering og reduksjon av antall årsverk tilsvarende 18 millioner kroner.

#### Innsparingene i Helse Vest beløper seg til 428 millioner kroner.

Innsparingene bekymrer ikke bare helseforetaksstyrene. Tillitsvalgte og «golvet» i Helse Fonna er sterkt uroa over budsjett situasjonen. Et kutt på 90 millioner kroner vil føre til langt færre arbeidstakere. De ansatte frykter at det kan få store konsekvenser både for pasientene og arbeidsplassene.

– Det er snakk om 90 årsverk, og selv om det kanskje ikke forsvinner så mange, blir dette alvorlig. Vi vet egentlig ikke konsekvensene, sier foretakstillitsvalgt Aud Lisa Kjøll i Norsk Sykepleierforbund

### Helse Midt RHF

Har ansvaret for sykehustilbudene til befolkningen i Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag. Spesialisthelsetjenesten er organisert i 5 helseforetak (HF):

#### Helse Nordmøre og Romsdal HF:

- 1) 18,5 millioner kroner
- 2) Mindre bruk av overtid, ekstrahjelp og innleie

#### Helse Sunnmøre HF:

- 1) 9 millioner kroner
- 2) Kutter 12 stillinger.

#### Helse Nord-Trøndelag HF:

- 1) 70 millioner kroner.
- 2) Nedbemanning innen kontor og renhold.

#### St.Olavs Hospital:

- 1) 300 millioner kroner.
- 2) Ennå ikke avklart.

#### Rusbehandling Midt-Norge HF:

- 1) 5 millioner kroner.
- 2) Ikke aktuelt med nedbemanning.

#### Innsparingene i Helse Midt-Norge beløper seg til 402 millioner kroner.

De økonomiske utfordringene ved St.Olavs Hospital har tvunget styret i Helse Midt-Norge til å be helseministeren om å fravike balansekravet med minus 381 millioner kroner.

– Men ansatte eller styrene for helseforetakene bør ikke ha urealistiske forventninger om friske penger. Helseforetakene må ikke bruke eller planlegge å bruke mer penger enn vi har, advarer styreleder i Helse Midt-Norge, Kolbjørn Almlid.

### Helse Sør RHF

Har ansvaret for sykehustilbudene til befolkningen i Telemark, Buskerud, Vestfold, Vest- og Aust-Agder. Spesialisthelsetjenesten er organisert i 8 helseforetak (HF):

#### Blefjell sykehus HF:

- 1) 45,5 millioner kroner.
- 2) Forslag om nedskjæringer på vårparten.

#### Radiumhospitalet/Rikshospitalet HF:

- 1) Forslag om 250 millioner kroner.
- 2) Omorganiseringer, men ingen vil bli sagt opp.

#### Sykehuset Buskerud HF:

- 1) 126 millioner kroner.
- 2) Kutter rundt 10 årsverk ved naturlig avgang.

#### Sørlandet sykehus HF:

- 1) 100 millioner kroner.
- 2) Ingen konkrete planer.

#### Ringerike sykehus HF:

- 1) 29 millioner kroner.
- 2) Ingen konkrete planer

#### Sykehuset Vestfold HF:

- 1) 54,5 millioner kroner
- 2) Mindre bruk av vikarer og overtid.

#### Sykehuset i Telemark HF:

- 1) 15-20 millioner kroner.
- 2) Ingen nedbemanning.

#### Psykiatrien i Vestfold HF:

- 1) Går med overskudd.
- 2) Ingen nedbemanning.

#### Innsparingene i Helse Sør beløper seg til 620 -625 millioner kroner.

Også mindre helseforetak står overfor en usikker framtid.

– Det er ikke vedtatt forslag til nedbemanning for Blefjell sykehus. Men konsekvensene ved å spare 45,5 millioner kroner vil bety at det kommer forslag om store nedskjæringer i helseforetaket. Det vil si omstillinger og eventuelt oppsigelser også av pleiepersonell, sier foretakstillitsvalgt i Blefjell sykehus, Arild Standal.

### Helse Øst RHF

Har ansvaret for sykehustilbudene til befolkningen i Oslo, Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland. Spesialisthelsetjenesten er organisert i 7 helseforetak (HF):

#### Sykehuset Innlandet HF:

- 1) 216 millioner kroner.
- 2) Må kutte 200 årsverk, 130 av disse er innen pleie.

#### Aker universitetssykehus HF:

- 1) 55 millioner kroner.
- 2) Ingen konkrete planer.

#### Sunnaas sykehus HF:

- 1) Ingen innsparinger.
- 2) Ingen nedbemanning.

#### Sykehuset Østfold HF:

- 1) 13 millioner kroner.
- 2) Må kutte 58 årsverk på halvårsbasis.

#### Ullevål universitetssykehus HF:

- 1) 300 millioner kroner.
- 2) Usikkert, men det er snakk om rundt 300 årsverk.

#### Sykehuset Asker og Bærum HF:

- 1) 20 millioner kroner.
- 2) Mindre innleie fra vikarbyrå.

#### Akershus universitetssykehus HF:

- 1) 66 millioner kroner.
- 2) Ingen konkrete planer.

#### Innsparingene i Helse Øst beløper seg til 670 millioner kroner.

Et av landets største helseforetak, Sykehuset Innlandet, har vedtatt noe som styret selv oppfatter som et krisebudsjett. Budsjettvedtaket innebærer kutt for til sammen 216 millioner kroner, og at 59 senger og 199 årsverk skal bort.

– Styret beklager at de økonomiske rammer fastsatt av eier nødvendiggjør betydelige innskrenkninger. Styret erkjenner at flere av de kostnadsenkende tiltakene som styret ser seg nødt til å iverksette innen somatikken og støttetjenestene er av en slik karakter at de svekker behandlingstilbudet på enkelte områder, heter det blant annet i vedtaket.



SPAREPRESS: Ansattesrepresentant Jørgen Selmer (nærmest) følte seg presset av styreleder Steinar Aspli (bakgrunnen) til å stemme for et foretaksbudsjett han var imot.

– Det var en temmelig ubehagelig situasjon, sier foretakstillitsvalgt og ansattrepresentant Jørgen Selmer ved Sykehuset Levanger.

– Vi tillitsvalgte var ikke forberedt på noe slikt. Det er ikke bare å riste et alternativt budsjett på rundt 1,7 milliarder ut av ermet.

#### Ostehøvel

Budsjettet hadde en rekke svakheter, mener Selmer. Det vil helt klart gå ut over pasientbehandlingen og arbeidsforholdene for de ansatte. En annen svakhet er at ledelsen bruker ostehøvelprin-

# Presset til å stemme ja

– Stem ja, eller legg fram et alternativt budsjett, lød befalingen til de tillitsvalgte fra styreleder Steinar Aspli i Helse Nord-Trøndelag da budsjettet for 2007 skulle vedtas før jul.

sippet og ønsker å fordele et kutt på omkring 70 millioner likt på alle avdelinger i Helse Nord-Trøndelag.

– Filosofien er at da merkes det liksom ikke. Men man kutter ikke 70 millioner uten at det merkes.

#### Balanse uansett

Det verste er at forslagene ikke er tilstrekkelig konsekvensutredet, noe de tillitsvalgte påpekte i en protokolltilførsel.

– Målet for styret var tydeligvis å vedta et budsjett i balanse, uansett hvordan og hvem det

måtte ramme. Dette kunne vi ikke gå med på.

– *Men du stemte for. Føler du deg lur?*

– På mange måter, ja. Styreleder presset oss til å stemme for. I ettertid har vi fått vite at praksisen ved alle andre helseforetak i landet er en helt annen. Der har man lov til å stemme mot et budsjettforslag man ikke er enig i. Ved neste korsvei vil vi innta en helt annen holdning og stole på vår egen dømmekraft. Jeg kommer til å gå videre med saken til Norsk Sykepleierforbund, sier Jørgen Selmer.

## Lungesykehus fikk arbeidsmiljøpris

Granheim Lungesykehus er tildelt Sykehuset Innlandets arbeidsmiljøpris for 2006. Prisen er på 30 000 kroner. I tillegg deles 70 000 kroner mellom syv avdelinger ved

sykehusene. Både ansatte og ledere ved Granheim fikk ros for sitt systematiske arbeidsmiljøarbeid.



## To av tre unngår sjukmelding

– Erfaringene fra prøveprosjektet «Gult kort» er så positive at de legger grunnlaget for et større prosjekt. Sogn og Fjordane kan være aktuelt som prøvefylke, sa statsråd Bjarne Håkon Hanssen på en pressekonferanse fredag 11. januar.

- Lavdosert p-pille – 20mcg EE<sup>1</sup>
- Ingen vektøkning<sup>2</sup>
- 35% reduksjon av akne-lesjoner<sup>1</sup>

MER ENN 30 ÅRS  
ERFARING MED  
HORMON-  
KOMBINASJONEN  
I NORGE<sup>3</sup>.

# LOETTE®



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Trionetta forsvinner, men hormonkombinasjonen består!

	Trionetta	Loette	Microgynon	Mercilon	Marvelon	Yasmin	Yasminelle
Etinyløstradiol (mcg)	30/40/30	20	30	20	30	30	20
Levonorgestrel (mcg)	50/75/125	100	150				
Desogestrel (mcg)				150	150		
Drospirenon (mg)						3	3

Tabellen viser hormoninnholdet i Trionetta og de monofasiske p-pillene tilgjengelige i Norge. Loette leveres av Wyeth – en av verdens ledende produsenter av kvinnehelseprodukter.

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

# En vanlig historie

For jordmor Jolanta Orlikowska var ikke veien til Norge spesielt dramatisk, selv om forholdene i hennes hjemland Polen var spennende nok på 80-tallet. Hennes historie handler om det vi alle strever for, mener hun: Å skape et godt og trygt liv for familien.

Hun jobber nå på ABC-klinikken på Ullevål universitetssykehus. Dit kom hun flyttende med Aker sykehus sin fødeavdeling.

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

Nei, ingen spennende kjærlighetshistorie, understreker hun. Det ble Norge fordi mannens onkler bodde her fra før.

Livet i Polen på 80-tallet var ikke lett. I 1981 toppet det seg med unntakstilstanden og de dramatiske begivenhetene rundt fagforeningen

Solidaritet. Fattigdom og problemer med å få tak i nødvendige varer var en del av hverdagen.

– Vi bodde på et lite kott hos min familie, men var ikke blant dem som hadde det vanskeligst, forteller hun.

I 1985 bestemte familien seg for å prøve lykken i Norge. Sønnen på fire år var et viktig argument. Det ville være lettere å komme seg på beina i Norge. Men å forlate Polen var en høy pris å betale.

– I begynnelsen savnet jeg familien og arbeidkollegaene. Hadde vi ikke hatt barn, vet jeg ikke om vi hadde blitt, forteller Jolanta.

Det at hun selv og mannen, som er fysioterapeut, fikk jobber de trivdes med ganske raskt, gjorde at livet i Norge ble mer forlokkende enn å reise tilbake. Språket mestret



de bedre og bedre og hun synes de er godt integrert nå. Men ennå føler Jolanta seg litt rotløs, både i Norge og i Polen.

– Jeg sier at jeg skal hjem når jeg drar til Polen. Etter et par uker der tenker jeg: Nå skal det bli deilig å komme hjem til Norge.

– Mye er forandret i Polen siden jeg dro. Livet er bedre. Derfor lurer jeg av og til på om det var så lurt å dra. Men når jeg besøker mine gamle kolleger, ser jeg at jeg i Norge har fått et veldig solid faglig grunnlag i forhold til dem. Dessuten har årene i Norge sikkert forandret oss og vår måte å tenke på.

Jolanta har jordmorskole fra Polen og jobbet der seks år. I Norge fikk hun jobb som hjelpepleier og etter hvert såkalt «underordnet jordmor» på Aker sykehus. Da den

TYPISK NORSK? Kanskje å ta mange bilder av babyen? Jolanta Orlikowska tenker på Geiranger og den fine naturen som typisk for Norge.

betegnelsen forsvant, fikk hun godkjenning som jordmor på grunn av sin lange erfaring. Hun har også tatt ett turnusår, og med det lært mer om systemet, mer språk og vært innom alle avdelingene på føden.

Hun har forsøkt å dra i gang et samarbeid med gamle kolleger i Polen, men det har ikke lyktes å få midler ennå. Helsevesenet der er veldig legestyrkt, og det er lite penger. Hun vil dele erfaringene med vannfødsler, som ABC-avdelingen lenge har praktisert.

– Det er en trøst at man kan hjelpe litt. Så var det ikke helt forgjeves å dra, på en måte.

tekst og foto **Ellen Morland**

## Nyhet Arbeidstilsynet

tekst **Kari Anne Dolonen**

# Vil forenkle HMS-arbeidet

48 forskrifter innenfor Arbeidstilsynets myndighetsområde skal endres til seks.

Det er for å få et enklere og mer brukervennlig regelverk for HMS-arbeidet dette skal gjøres.

De seks nye forskriftene omhandler:

- organisering, ledelse og medvirkning,
- utførelse av arbeid, bruk av utstyr / tilhørende tekniske krav,
- utforming og innretning av arbeidsplasser,
- grenseverdier for fysiske, kjemiske og biologiske faktorer i arbeidsmiljøet,
- produktkrav som ikke er basert på EU-verdier og – myndighetsutøvelse.

Forskriftene vil ha en enkel innholdsfortegnelse, slik at alle lett kan finne opplysninger om emnene som er aktuelle for dem.

### Tre elementer

HMS-forskriftene slik vi kjenner dem i dag, vil forsvinne. Den nye forskriftsstrukturen vil bestå av tre hovedelementer:

- krav relatert til systematikken med kartlegging, risikovurde-

- ring og gjennomføring av tiltak
- krav til forholdene hvor arbeidet skal utføres
- krav til selve utførelsen av arbeidet

Forskriftene skal etter planen sendes ut på høring våren 2007 og tre i kraft 1. januar 2008.

# ER PASIENTEN FORTSATT DEPRIMERT?

Å bytte til Efexor® Depot (venlafaxin) kan hjelpe. Argos studien, som inkluderer 3500 pasienter, viser at ved studieslutt var responsraten - og remisjonsraten - signifikant høyere i gruppen som ble behandlet med venlafaxin enn den var i gruppen som ble behandlet med konvensjonelle\* antidepressiver.<sup>1</sup>

Efexor® Depot – Et antidepressivum med;

- mange godkjente indikasjoner<sup>2</sup>,
- stort effektpotensiale<sup>3</sup>,
- lang klinisk erfaring – 10 år\*\* i Norge<sup>4</sup>,
- lite interaksjoner<sup>5</sup>,
- god tolerabilitet<sup>3</sup> og enkel dosering;  
1 gang daglig – uansett dose<sup>2</sup>.

\* Fluoxetine, Paroxetine, Citalopram, Sertraline, Mirtazapine.

\*\* Efexor/Efexor Depot



GET WELL • STAY WELL • GET WELL • STAY WELL • GET WELL • STAY WELL

**Wyeth**

**EFEXOR®**  
(venlafaxin)  
**DEPOT**

# Populære blant forskere

Sykepleiere som gruppe har lenge vært et yndet objekt for forskere. Hvordan er forskernes sykepleier? Og hvorfor denne interessen?

Sykepleie har vært oppfattet som et kall. Og var lenge et kall for ugifte kvinner. Florence Nightingale var idealet, og hun var klar på hva som kreves av en sykepleier for å utøve sykepleie:

«En kvinde, der har det sentimentale syn paa Sygeplejen (at hun skal «hjælpe» som om hun var en Engel) er selvfølgelig verre enn unytig; en Kvinde der har en Idè, at hun bringer et Offer, duger ikke, og en Kvinde, som tænker at noget Sygeplejearbejde er «under en Sygeplejerskes Værdighed» er simpelthen til besvær. Den virkelige Sygepleierske maa have et «Kald», og saa maa hun følge dette Kald med en religiøs Aand.»

For Florence Nightingale innebar «kallet» i sykepleien en oppriktig interesse for den syke og hans eller hennes situasjon.

Hva er bildet av sykepleieren anno 2007?

Sykepleien har snakket med et knippe forskere som i sin forskning har hatt sykepleiere som objekt.







# Hardt yrke i myk sektor

På midten av 1980-tallet ble det bekreftet:  
Sykepleierne har et fysisk hardt arbeid, ikke bare psykisk.

Da rapporten «Harde yrker i myk sektor» ble publisert for tjue år siden vakte den oppmerksomhet. Daværende vitenskaplig assistent ved Institutt for samfunnsforskning, Bente Abrahamsen, gjorde det uvanlige å sammenlikne sykepleierne og industriarbeidernes arbeidsforhold.

Til da hadde forskning på sykepleiere og blant sykepleiere i all hovedsak dreiet seg om kartlegging av arbeidsoppgaver og andre daglige gjøremål, ikke arbeidsforholdene de jobbet under.

Abrahamsens konklusjon var at sykepleierne arbeidet under like fysisk tøffe arbeidsforhold som den tradisjonelle industriarbeideren. Men sykepleierne ble i tillegg utsatt for et stort psykisk press.

Siden har sykepleierne arbeidsforhold utgjort en viktig del av forskningen til nåværende seniorforsker ved Senter for profesjonsstudier (SPS), Høgskolen i Oslo. Ikke bare står Abrahamsens rapport fra 1986 som en milepæl i forskningen på sykepleierne arbeidsforhold, den vakte stor interesse langt inn i Norges forskningsråd som hadde finansiert undersøkelsen.

## Deltidsarbeidere

– *Hvorfor sykepleiere som forskningsobjekt?*

– Vi snakker om en stor gruppe arbeidstakere. En viktig yrkesgruppe i velferdsstaten, og et yrke som nyter stor prestisje i befolkningen. Det er bare å se på den store søkningen til sykepleierutdanningene de siste tiårene, sier Abrahamsen.

– *Men 20 år med sykepleiere? Hvor mye er det å hente?*

– Da jeg begynte å forske på sykepleiere var arbeidsforholdene de jobbet under et ikke-tema. Seinere ble oppmerksomheten rettet mot

sykepleiermangelen. Mangelen ble en stadig mer påtrengende utfordring for myndighetene, som etterlyste forskning rundt sykepleierne yrkesdeltakelse. Hvorfor var så mange sykepleiere ikke i jobb? Hvorfor arbeidet så mange deltid? Ønsker de det? sier seniorforskeren, som tok utfordringen med å finne svarene.

Deltidsmønsteret i pleiesektoren springer historisk ut av behovet for å rekruttere gifte kvinner til dette arbeidet på slutten av 1960-tallet. Før dette arbeidet det store flertallet heltid.

– Muligheten til deltidarbeid er viktig for de kvinner som søker seg til sykepleierutdanningen. Hele 70 prosent av de nyutdannede

sykepleierne seier gode deltidsmuligheter var viktig for deres valg av utdanning. Muligheter for deltid er også viktig når de vurderer framtidige jobber, sier Abrahamsen.

Hennes forskning viser at sykepleiere starter sin yrkeskarriere med heltidsarbeid, for så å redusere arbeidstiden i forbindelse med første, eventuelt andre, barnefødsel. Det er imidlertid relativt få som øker arbeidstiden etter at barna er blitt større. Blant sykepleiere hvor yngste barn har fullført ungdomsskolen, arbeider fremdeles halvparten deltid.

– Men om de jobber heltid eller deltid. De er sykepleiere. Støpt i samme form, med felles jobbverdier, konkluderer Abrahamsen.

## Vil bli sykepleier

Sykepleierne tilpassning til arbeidsmarkedet ble neste prosjekt for Abrahamsen.

I dag leder og koordinerer Senter for profesjonsstudier oppbyggingen av databasen – StudData – som inneholder informasjon om individer fra de begynner profesjonsutdanningen til de er erfarne yrkesutøvere. Det gjør det mulig å sammenligne profesjoner over tid.

– *Og hva er spesielt med sykepleierne?*

– Rekrutteringen til utdanningen. Over 20 prosent av de kvinnelige søkerne til høyere utdanning har sykepleie som førstevalg. Og det er stadig flere «voksne» som søker seg til sykepleierutdan-

utdanninger. Forskjellen går ikke mellom menn og kvinner, men mellom profesjonene uavhengig av kjønn, sier Abrahamsen.

– Videre legger sykepleierne stor vekt på at arbeidet må være faglig interessant. Og sykepleien er svært variert og har gode karrieremuligheter, blant annet med mange muligheter for spesialisering. Et tredje fellestrekk for å velge sykepleien er de gode mulighetene for å få jobb etter endt utdanning.

– *Holder dette i dag?*

– Det er ikke lenger like lett å få fast heltidsstilling som nyutdannet. Men om de ikke får avtalt full stilling, oppnår de fleste den arbeidstiden de ønsker med ekstravakter. Og etterspørselen etter deres arbeidskraft vil garantert øke i årene framover, mener forskeren.

## Fortsatt interessante

Heltid og deltid blant sykepleiere er igjen blitt et tema for Abrahamsen. Nå i et internasjonalt perspektiv. Hun er med i et nettverk av forskere i Norden som vil se nærmere på bakgrunnen for de store forskjellene i andel sykepleiere som jobber deltid. I Norge jobber nærmere 60 prosent deltid, mens bare 10 prosent av de finske sykepleierne gjør det. I Sverige og Danmark er tallene henholdsvis 40 og 25 prosent.

– Hvorfor denne enorme forskjellen? Skyldes det ulike rammebetingelser for sykepleierne eller ulike arbeidstidsønsker? Sykepleierne kommer til å være objekt for forskning lenge ennå, tror Bente Abrahamsen.

Aktuelle publikasjoner finnes på:  
[www.hio.no/content/view/full/10925](http://www.hio.no/content/view/full/10925)



# En gang sykepleier, (nesten) alltid sykepleier

– De begynner ikke på sykepleierutdanningen for å bli flyvertinner.

Marianne Dæhlen har forsket på sykepleierstudenters motivasjon for å søke utdanningen og deres tro på framtiden.

– *Hvorfor?*

– Sykepleierprofesjonen er en bærebjelke i velferdsstaten. Det er en yrkesgruppe hele befolkningen har et forhold til. Å få kunnskap om hvem som rekrutteres og hva

som virker motiverende på valg av sykepleierutdanning og -yrke, er viktig for både utdanningen, arbeidsgivere og befolkningen, mener Dæhlen, som er forsker ved Fafo.

– *Hva er ditt bilde av sykepleierstudenten?*

– I bunnen av yrkesvalget ligger et sterkt ønske om å hjelpe andre.

Utover i utdanningen øker imidlertid interessen for høyere lønn, og de blir mer karriereorienterte. Det betyr ikke at de er blitt materialister, eller mindre motiverte for jobben av den grunn, sier Dæhlen.

– Studentene ønsker først og fremst å bli en god sykepleier, og utdanningsvalget er nært knyttet til det å gi omsorg, bruke seg selv og ha kontakt med andre mennesker. Samtidig legger de vekt på at sykepleieryrket gir trygghet mot arbeidsløshet, muligheter for

fleksibilitet og ulike karrierevalg.

– *Og troen på framtiden?*

– De er fornøyd med yrkesvalget, men sammenliknet med andre profesjonsutdanninger har de mindre tro på at de i framtiden vil ha en jobb de trives med. De tror de vil være slitne og arbeide for mye. Det virker som sykepleiere er realistiske i sine forventninger, sier Marianne Dæhlen.

Marianne Dæhlen: Motivasjon og framtidstro. Bilder av sykepleierstudentene. HiO-rapport nr 17 2003.

**De tror de vil være slitne og arbeide for mye. Det virker som sykepleiere er realistiske i sine forventninger.**



## Synkende Florence-faktor

– Sykepleiere er mindre interessert i kontakt med pasientene etter noen år i yrket.

May-Karin Rognstad har skrevet doktoravhandling på hvorfor sykepleiere velger en utdanning og et yrke som er oppfattet som krevende både fysisk, psykisk og underbetalt. Videre har hun studert identitetsbyggingen i løpet av studiet og i arbeidslivet.

At hun selv er sykepleier er en grunn til interessen for sykepleiere.

– I tillegg er sykepleierne viktige både i sykehussektoren og primærhelsetjenesten. De forvalter og forbruker i så måte store offentlige ressurser. Derfor er det viktig å vite hva de tenker og mener rundt arbeidsforhold og organisering, sier Rognstad.

– *Hva er konklusjonen?*

– Avhandlingen viser at sykepleierstudentenes hjelpemotiv er tvetydig. På den ene siden ønsket studentene å gi pasientene hjelp og omsorg, mens de på den andre siden ønsket takknemlighet tilbake for den hjelp de ytet pasienten, sier doktorantene.

Hjelpemotivet lå også bak ønsket om videreutdanning. Hele åtte av ti sier de vil ta videre utdanning. Spesielt var ønsket om å bli jordmor og helsesøster stor blant studentene. Men de var også klare på at høy lønn var viktig når de skulle vurdere en framtidig stilling.

Det kanskje viktigste funnet var

den synkende interessen for å ha menneskekontakt etter at de kom ut i yrkeslivet.

– Det er et foruroligende funn for en profesjon som må omgås syke og lidende mennesker. Det faktum at profesjonell hjelp krever evne og villighet til å ha menneskekontakt, er noe som er svært viktig for kvaliteten på sykepleierens arbeid, mener May-Karin Rognstad.

May-Karin Rognstad: Nursing students' motivation and socialization. A prospective, unbalanced cohort study of nursing students from study time into working-life. Universitetet i Oslo, 2006.

# Yasminelle® – et lett valg

etinylostradiol 20 µg + drospirenon 3 mg



En p-pille man kan starte med:

God blødningskontroll og høy sikkerhet med kun 20 µg etinylostradiol<sup>1) 2)</sup>  
Inneholder gestagenet drospirenon<sup>3)</sup> med unike egenskaper:

- god effekt på akne - antiandrogen-effekt<sup>4)</sup>
- stabil vekt - antimineralkortikoid-effekt<sup>5)</sup>

  
Yasminelle®  
etinylostradiol 20 µg + drospirenon 3 mg

3. klasse-student til høsten og sulten på erfaringer?

# Reis til Tanzania i 7 uker!



NSF Student søker 20 kandidater til pilotprosjekt januar/februar 2008  
Mer informasjon finner du på [www.nsfstudent.no](http://www.nsfstudent.no)

## Barth Tholens om fine størrelser

**Stilling:** Ansvarlig redaktør i Sykepleien

**E-post:** barth.tholens@sykepleien.no



# Helse XXL

Det er lenge siden Small var en gangbar størrelse i helsevesenet. De siste årene har det gått mest på Large. Og nå er tiden tydeligvis moden for XL.

Norge pleide å ha hele tre konkurrerende oljeselskap. Vi hadde flust med meierier og slakterier. Butikker hadde eiere som folk kjente. I forvaltningen fantes det en hyggelig flora av etater, styrever, nemnder og råd. Du hadde Statens Tobakkskaderåd, Rusmiddeldirektoratet og Giftinformasjonssentralen. Fortsatt levde Trykdetaten, Arbeidsmarkedsstaten og Sosialetaten side om side, lykkelig uvitende om hverandre. Og hvert lokalsamfunn med litt respekt for seg selv hadde sitt eget lokalsykehus, med alle rettigheter.

Vindene har blåst en annen retning. Alt og alle blir slått sammen. Tine, Rimi og Statoil er alt som er igjen. De fleste arbeidstakerne vil snart befinne seg i åpne kontorlandskap og lete etter et bord hvor de kan sette pc-en sin om morgenen. De vil jobbe i selskap med fantasifulle navn og med eiere som du av og til kan se hos Fredrik Skavlan.

**Large** er blitt politisk korrekt! Skal vi tro Trygve Hegnar og Kåre Valebrokk, nytter det kun i megastort monn. Best går det når eieren også har spist konkurrenten. Selv Arbeiderpartiet mener at det tvinger fram sunn omstilling.

Offentlig forvaltning har ligget litt etter denne trenden. Men økende etterspørsel etter offentlige tjenester har gjort det nødvendig å hente inn næringslivsøkonomene for å holde kostnadene nede. Så nå slår vi oss freidig sammen også i det offentlige. Arbeids- og trykdeetaten er blitt til NAV, en slags KGB-lignende koloss som vet alt om oss og om hva som er best for oss. Dagens Medisin utropte nylig **Bjørn Inge Larsen** til helse-Norges mektigste mann. Larsen er direktør for Sosial- og helsedirektorat, en

ny mastedont som har spist seg fet og mektig ved hjelp av en mengde smådirektorater. Nei, hvorfor styre Norge med så mange mellomledd når alt egentlig kan styres direkte av Finansdepartementet? Er det noe vi som samfunnsborgere gjerne skulle ha visst, kan vi jo bare koble oss opp direkte mot forvaltningen, via en nettside som ironisk nok heter «min side – din veiviser i det offentlige».

Alt tyder på at Helse Sør og Øst (helsevesenets svar på Hydro og Statoil) vil bli slått sammen. Det blir en slags Helse XXL, bare få år etter den forrige omorganiseringen i fem helseregioner med staten som

ny eier. Den nye superhelsegiganten skal frigjøre ressurser, heter det. Det skal visst komme resten av landet til gode. Færre helseregioner skal gi lavere kostnader og bedre pasientflyt. Ennå argumenteres det ikke med at Helse XXL må settes i stand til å konkurrere med utlandet. Men vi skjønner at heller ikke denne faren er langt unna. EU rasler med tjenstedirektivet. En hær av øst-Europeiske sykehus står snart klare til å ta meniskene våre som en del av charterturen til Svarehavet. Kanskje vi snart vil få Helse Statoil, en internasjonal kjede av statlige sykehus som kun foretar kirurgiske inngrep med maks ett

døgns liggetid og korttids intensiv?

Noen vil kanskje spørre: Gjør det egentlig noen forskjell alt sammen? Om vi har nesten 450 kommuner eller bare 100? Om vi skrotet de 19 fylkene våre og takket ja til syv regioner, fire regionale helseforetak eller til slutt kanskje bare ett stort sykehus for hele greia – er det noe vi bør bry oss med? Når effektiviteten tross alt øker?

Det bør vi. Det kan godt hende at mer effektive styringsmetoder i helsevesenet vil øke antallet pasienter vi kan behandle, til en lavere pris. Det kan også godt hende at større enheter, kombinert med bedre kapasitetsutnyttelse, kan gi pasientene samlet sett et bedre tilbud. Men er det ikke snart på tide å høre litt på de ansatte også – de som tross alt skal levere varene? Hør bare på hva de ansatte i Helse Sør har skrevet i et brev sendt til helseminister Sylvia Brustad:

«En (ny) omorganisering (...) må tuftes på hensynet til befolkningens helsemessige ve og vel, ikke på økonomi. (...) Vi finner det ikke sannsynliggjort at den faglige kvaliteten på begge helseregioners tilbud vil bedres ved sammenslåing. Det er heller en risiko for at turbulensen og slitasjen ved enda en omorganisering vil svekke den faglige kvaliteten på tilbudene i lang tid.»

Helse XXL er nok et faktum snart, protestene til tross. Og det vil neppe stoppe der. Jeg tipper at både eiere og den nye styrelederen vil ha sterke visjoner for fremtiden. Det er bare å hente fram de samme talene de holdt ved forrige sammenslåing.

VISJON: Helge Lund vil trolig lede det nye Helse Statoil – med stasjoner «all over». Her fra byggingen av en ny filial på Hønefoss.



# Bedre arbeidsmiljø?

Norge smykker seg med å ha et av verdens beste helsevesen. Samtidig topper vårt helsevesen en annen mindre hyggelig statistikk: Sykefraværstatistikken. Jakten på løsninger har startet, men våpnene er forskjellige.

Arbeidstilsynets kampanje «God Vakt» har bidratt til å øke oppmerksomheten rundt arbeidsmiljøet til de ansatte i norsk helsevesen. Det høye sykefraværet påfører ikke bare institusjonene og staten store utgifter, det har også innvirkning på kvaliteten på tjenestene. Og uten bruk av

vikarer vil arbeidspresset på det resterende personellet bli større.

Sykefraværet blant helseforetakenes 110 000 sysselsatte har gått jevnt oppover, og økningen har vært større i helse- og omsorgssektoren enn i andre sektorer.

Det bekymrer regjeringen.

Den vil i år bruke vel 900 millioner kroner på forskjellige tiltak for å få ned sykefraværet. Målet er en reduksjon på 2,5 prosent i løpet av 2007.

Men mens myndigheter, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner diskuterer tiltak, fortsetter sykefraværet å stige.



## Helseministerens løsning: – Mer fysisk aktivitet, ikke penger

Helseminister Sylvia Brustad ber ikke finansministeren om hjelp til å få ned sykefraværet i helsesektoren. Hun vil heller jage helsepersonell opp av sofaen.



Brustad allierer seg nå med Norges Idrettsforbund. Et prioritert område for helsedepartementet i oppdragsdokument for 2007, og dermed for lederne av helseforetakene, vil blant annet bli økt fysisk aktivitet. Dette fortalte hun om på et seminar med lederne i helseforetakene før jul. Departementet har i samarbeid med Norges Idrettsforbund og helseforetakene satt i gang et prosjekt for å få ansatte til å drive med mer fysisk aktivitet.

– Alt er ikke bare grått og trist, mener Brustad.

– Det blir gjort mye rundt om i de enkelte helseforetakene for å redusere sykefraværet. Kreative ideer som bør spres til alle foretakene. Derfor vil departementet opprette flere idebanker, hvor gode tiltak blir samlet.

Et annet innspill fra helseministeren er å få pekt ut et pilotsykehus med fokus på sykefravær i samarbeid med ansatte, fagorganisasjoner og arbeidsgiverorganisasjoner.

### Ikke opplagt årsak

Brustad tror ikke mer penger får ned fraværet.

– Stress og psykiske plager fører til økt sykefravær. Men det kommer ikke av stramme budsjetter, mener ministeren.

At det er langtidsfraværet som øker mest, bekymrer ministeren. Foruten fysisk aktivitet er arbeidsmiljøet viktig å forbedre, understreker hun.

– Når vi vet at en tredel av fraværet skyldes forhold på arbeidsplassen, må vi ta arbeidsmiljøet på alvor.

Om helse- og omsorgssektoren sier hun:

– Vi snakker her om Norges tredje største bedrift, med i alt 110 000 ansatte.

### Tenke nytt

Det vil fortsatt være behov for omstillinger i helsevesenet, ifølge Brustad.

– Det ropes stadig om mer penger. Og helseforetakene har fått flere ressurser. Å bevilge enda mer penger er ikke løsningen. Her må det tenkes nytt og annerledes.

Helseministeren nevner i denne sammenheng stikkord som samarbeid, ledelse og kreativitet.

– Godt samarbeid mellom ledelsen, de ansatte og fagorganisasjonene er viktig. Et godt eksempel på at dette er god medisin er Kragerø sykehus i Helse Telemark. Det har snudd et underskudd på vel 5 millioner kroner til et overskudd på 1,5 millioner, samtidig som sykefraværet har gått ned.

Videre trekker Brustad fram god ledelse på alle nivå.

– St. Olavs Hospital i Trondheim har vært gjennom, og står foran store omstillinger denne perioden har sykefraværet gått ned. En viktig grunn til det er at lederne snakker med og følger opp ansatte som blir sykmeldte. Dette gir besparelser som sykehuset kan bruke på å gjøre arbeidsforholdene enda bedre.

### Tenke helse

Helseministeren etterlyser også mer kunnskap om konsekvensene av sykefravær for den enkelte og deres familie, og hvordan man kan forebygge negative utslag.

– Departementet vil snart legge fram en stortingsmelding om sosial ulikhet i helse. Levekårsundersøkelser i Oslo viser at det er hele tolv år forskjell i levealder mellom bydeler i hovedstaden. Slike og andre sosiale ulikheter i helse får og bør få konsekvenser for helsevesenet, mener Sylvia Brustad.



BLIR SYKE: Ansatte i helsevesenet får høyere og høyere fravær.

## Arbeidsgiverens løsning: – Langsiktig HMS-arbeid

Kollektive løsninger som å likestille turnus og skift er ikke måten å få ned sykefraværet, mener Navos direktør Lars Haukås. Dessuten blir det rådyrt.



– Når det i forbindelse med sykefraværstolkningen blir trukket fram forslag om å redusere

arbeidstida til turnusarbeidere, så er det et skudd i luften, sier administrerende direktør Lars Haukås i arbeidsgiverorganisasjonen Navo.

– Det er behov for å lete etter kollektive løsninger, men dette er ikke det viktigste.

Haukås mener turnus og skift

ikke er sammenliknbare arbeidstidsordninger.

– Og skulle det bli gjennomført ville det bli enormt kostbart for helseforetakene. De generelle arbeidsforholdene på sykehusene blir verre, sier Haukås.

### Systematisk over tid

– Det er ikke snakk om å finne «løsningen», men langsiktig og systematisk HMS-arbeid. Her må utgangspunktet være den enkelte sykemeldte. Sykefravær er først og fremst et individuelt problem, hvor man må finne individuelle løsninger. Å komme fram til konkrete endringer på den enkelte arbeidsplass eller avdeling, sier Navo-lederen.

– Ledelsens oppmerksomhet er avgjørende for å få ned sykefraværet. Relasjonen mellom ledelsen og den enkelte ansatte er det viktigste, eventuelt sammen med den sykemeldende lege, mener Haukås.

– Det er masse dokumentasjon på at samarbeid om problemene er viktig. Dette gjelder også arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene.

### IA-avtale ikke nok

Lars Haukås håper å få til en samarbeidsavtale med fagorganisasjonene om hvordan man kan oppfylle intensjonen i IA-avtalen.

Å få ned sykefraværet er ett av hovedmålene med IA-avtalen som staten og partene i arbeidslivet har blitt enige om.

– Avtalen er viktig, men langt fra tilstrekkelig. Dagens sykefraværstall viser det. Så kan man spørre: Hvorfor stiger sykefraværstallene? Vi har lett etter felles trekk som kan forklare økningen i fravær. Men fakta er at noe får det til, mens andre ikke. Og under tilsynelatende like betingelser, sier Lars Haukås.

## Arbeidstakerens løsning: – Klarere signal

– Ansatte i helsevesenet er utsatt for et kontinuerlig helseskadelig tidspress fordi det ikke er samsvar mellom ressursene og oppgavene de skal gjøre.



Nestleder Erik Bårdseng i Norsk Sykepleierforbund viser til Arbeidstilsynets kampanje «God Vakt».

– Ikke bare avslører den en tøff arbeidshverdag for de ansatte i helseforetakene, men også mye om årsakene til det høye sykefraværet.

### Ønd sirkel

Bårdseng er enig i at sykefravær handler om mer enn å bevilge flere kroner. Men i dag står de ansattes arbeidshverdag langt nede på prioriteringslista både hos myndigheter og arbeidsgivere.

– Staten krever budsjettbalanse. Ja, sier et lydig korps av foretaksstyrer. Så reduserer de sengekapasiteten og kutter ned på bemanningen. Presset om mer effektiv bruk av de gjenværende sengene med redusert bemanning øker. Og med det forsterkes angsten for pasientsikkerheten, med den psykiske belastningen det medfører. Sikkerhetsrutinene er blitt en salderingspost. I en slik hverdag bør ingen være overrasket over at

sykefraværet er ute av kontroll, sier Bårdseng.

### Start med turnus

Målkonflikten mellom departementets krav om økonomisk balanse og Arbeidstilsynets mange pålegg er det opp til myndighetene å løse. Det må komme mye klarere styringssignaler fra helseforetakenes eier, er oppfordringen fra NSF.

– Helseministeren krever budsjettbalanse og minst like mange pasienter gjennom sykehusvesenet. Men da kan hun ikke lukke øynene for konsekvensene, mener Bårdseng.

– Regjeringen sitter med ansvaret, makta og virkemidlene. Start med å redusere arbeidstiden for

turnus. Det er likestilling i praksis. Og det er godt for arbeidshelsen. Og pasientene vil dra nytte av det, oppfordrer Bårdseng.

### Se på konsekvensene

Det holder ikke å gå på jakt etter individuelle løsninger. Her må alle parter, enten det gjelder eier, arbeidsgiver- eller arbeidstakerorganisasjonene, erkjenne sitt ansvar.

– God Vakt kom med et helt konkret forslag om å sette i gang et effektprosjekt for å se på de arbeidsmiljømessige konsekvensene av omstillingene. De regionale helseforetakene har dessverre sagt nei til et slikt forslag, sier Erik Bårdseng.

# For mange journaler

Hva slags typer journaler trenger bedriftshelsetjenesten? Hvem skal ha tilgang til opplysningene?

Et av de mest benyttede elektroniske journalsystemet for bedriftshelsetjenesten (BHT) i Norge opererer med tre typer journaler:

En *bedriftsjournal* hvor man kan skrive inn opplysninger om arbeidsplassen, resultat fra støvkartlegginger, risikovurderinger av organisatorisk arbeidsmiljø osv. I tillegg føres en *ansattjournal* på den enkelte ansatte og en *pasientjournal*. Meningen med ansattejournalen var at det her skulle finnes mer generelle og ikke taushetsbelagte opplysninger enn i pasientjournalen. Begge disse typer journaler inneholder opplysninger om eksponeringsforhold, resultater fra helsekontroller, konsultasjoner osv. Dermed har det oppstått forvirring om hvilke opplysninger som skal føres hvor.

Fagsekretariatet mener tre journaler kan være hensiktsmessig hvis BHT også gir kurative tjenester, som ligger helt på siden av det som er en BHT-oppgave, og derfor skrives i en egen pasientjournal. For en BHT som ikke driver allmennpraksis mener Fagsekretariatet for BHT at det

er tilstrekkelig med én journal for hver ansatt og én journal for bedriften.

## Sjefen ingen adgang

Journalføring i bedriftshelsetjenesten er hjemlet i lov om helsepersonell. Hensikten er ikke bare at BHT-personell skal huske hva som er gjort. Journalen skal også fungere som kommunikasjonsmiddel mellom de ansatte i BHT. Dessuten skal pasienten ha tilgang til sin egen journal for å kunne se hva som har vært gjort og tenkt. Journalen skal også kunne brukes av myndighetene i det tilsynet de skal ha med landets helsepersonell, og som underlag for eventuelle erstatningssaker eller pasientklager.

Hvem skal ha tilgang til hvilke opplysninger? Tredelingen av journalen har ført til en del forvirring om hvem som skal ha innsyn i hva. Enkelte i BHT synes å tro at arbeidsgiver skal ha en viss tilgang til helseopplysninger i ansattjournalen og at bare pasientjournalen er underlagt taushetspliktbestemmelsene.



NOK: Ofte er det nok med to typer journaler i en bedrift, mener Fagsekretariatet for BHT: Én journal for hver ansatt, og én bedriftsjournal.

Det er for å forebygge brudd på taushetsplikten at Fagsekretariatet for BHT anbefaler at man legger alle opplysninger om den enkelt inn i pasientjournalen. Fagsekretariatet er helt klar på at arbeidsgiver ikke har noen rett til opplysninger i pasientjournalen. Pasienten har derimot full innsynsrett i sin egen journal.

## Frisk «pasient»

Det kan virke unaturlig å bruke pasientbegrepet når BHT-personell ofte stiller med friske personer. Det skyldes at pasi-

entbegrepet er benyttet i lov om helsepersonell som presiserer at pasientbegrepet også omfatter vanlige friske ansatte som får tjenester fra en BHT. Sosial- og helsedirektoratet har i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet presisert at pasientjournalforskriften også gjelder for BHTs pasientjournaler.

For mer informasjon: [www.idebanken.org/bhterfaring/binaryfile.asp?filID=791](http://www.idebanken.org/bhterfaring/binaryfile.asp?filID=791)



## FAGSEKRETARIATET

Fagsekretariatet for Bedriftshelsetjeneste ble opprettet i 1998 av Kommunal- og regionaldepartementet for å drive faglig veiledning og koordinere informasjon til bedriftshelsetjenesten. Sekretariatet er knyttet til Statens Arbeidsmiljøinstitutt (Stami).

## Varsler økt tilsyn med bedriftshelsetjenesten

Arbeidstilsynet har fått 20 millioner kroner til oppfølging av sykefraværarbeidet i bedriftene, og varsler økt tilsyn med kvaliteten i bedriftshelsetjenesten (BHT).



## Presses til kortere liggetid

Lillehammers sykehus må kutte liggetiden med 1,5 døgn for å komme i mål med årets budsjett. Det vil øke presset på kommunene, som må ta imot flere pleietrengende pasienter. Fra 5. februar stenger sykehuset 16 senger på medisinsk avdeling, selv om det nesten hver dag er pasienter som må ligge på korridoren, melder Gudbrandsdølen Dagingen.



# Rask & effektiv anti-TNF behandling<sup>1</sup>

## Remicade - et enkelt valg:

- Revmatoid artritt
- Ankyloserende spondylitt (Bekhterew)
- Psoriasisartritt
- Psoriasis
- Crohns sykdom
- Ulcerøs kolitt



 **Remicade**<sup>®</sup>  
INFLIXIMAB

[www.schering-plough.no](http://www.schering-plough.no)

Se preparatomtale og fk-tekst side 46-47

**Skifte jobb?**

Da finner du ledige sykepleierstillinger ved å trykke / søke her.

**Har du tips til gode nyheter eller reaksjoner på ting du har lest?**

Her finner du mail og telefon til alle som jobber i redaksjonen og markedsavdelingen.

**På jakt etter kvalifisert personell?**

Her finner du markedsavdelingens utgivelsesplaner og priser på annonser.

**Trenger du faglig påfyll?**

Hva med å sjekke kalenderen? Her fins mange kurs og konferanser.



**Klanglevoren?**

Klikk deg inn på en hvilken som helst artikkel. I høyre hjørne kan du sende kommentarer og diskutere med andre.

**Aktuelle nyheter dag for dag finner du her i venstre kolonne.**

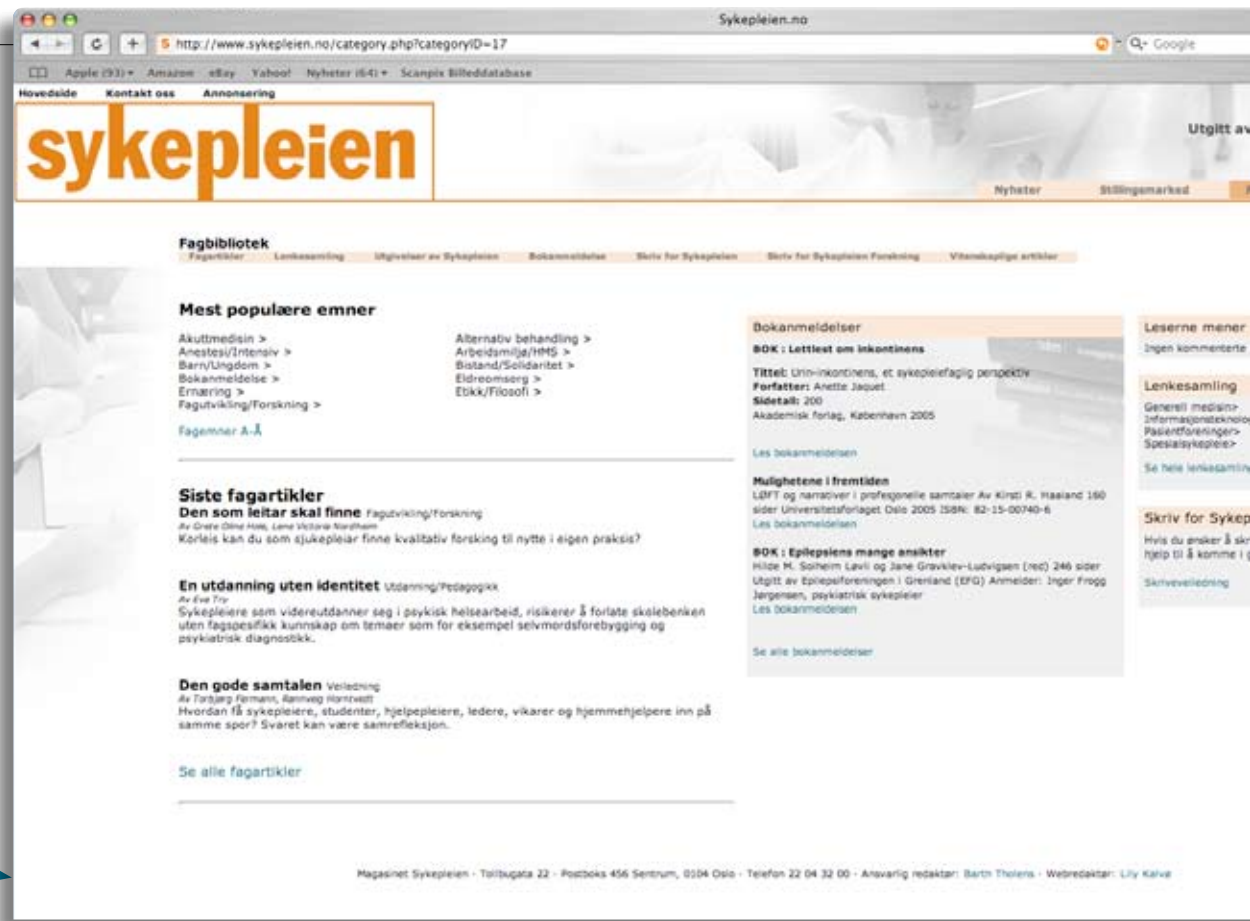
Nyheteene oppdateres daglig. Nyhetene fra Sykepleien Jobb og Magasinet legges også her. (Ikke alle.)

**Aktuelt fagstoff finner du i høyre kolonne.**

Her finner du aktuelt fagstoff. Noen fagartikler fra Magasinet ligger også her.

**Dersom du er nteressert i forskning**

– eller lurer på hva som drives av forskning på ditt fagområde, er Sykepleien Forskning noe for deg.



### Spørsmål om kontingent eller forsikring?

Klikk her og du kommer til Sykepleierforbundet.

### Søk i fritekst

Skriv ordet du leter etter, og du får opp alt som er lenket til dette ordet.

### Leter du etter en fagartikkel?

Her kan du søke blant godt over 1000 fagartikler!

# Hvordan bruke sykepleien.no?

Fremdeles er det mange som ikke har oppdaget hvor mye nyttig det er å finne på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Eller hva sier du til over 1000 fagartikler, hundrevis med stillinger, daglige nyheter og muligheter for å gi tilbakemeldinger om ting og tang. For å gjøre det så enkelt som mulig for deg å bruke nettsidene våre har vi her presentert en enkel oppskrift. Her viser vi hvor du skal trykke for å finne forskjellig informasjon. Lykke til!

# Ordning for menns yrker

– Dagens yrkesskadeordning er ikke tilpasset dagens arbeidsliv, og er til de grader likestillingsfiendtlig, mener leder i Norsk Sykepleierforbund, Bente Slaatten.

Bare én av ti som i 2005 fikk medhold i at sykdommen de har er yrkesskade, var kvinner.

Det er ikke fordi kvinner blir mindre skadet på grunn av jobben enn menn, men fordi regelverket er tilpasset menns arbeidsliv og menns måte å bli syk på. Langvarig tungt belastende arbeid som for eksempel gir ryggplager og kroniske betennelser er ikke yrkesskade og gir ikke rett på erstatning etter lov om yrkesskadeforsikring.

– Å holde sykdommer som primært rammer kvinner utenfor, kan ikke beskrives som noe annet enn likestillingsfiendtlig, sier Bente Slaatten.

## Ny lov lovet

Dagens to ordninger for yrkesskadeerstatning skal erstattes med en felles ordning. Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil om kort tid sende et forslag om dette ut på høring.

– Jeg er innstilt på å gå inn i

disse problemstillingene med et åpent sinn, og vil vurdere om det kan være aktuelt at også enkelte belastningslidelser skal tas inn på listen over yrkessykdommer, skriver arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hansen i en pressemelding.

## Gammel lov

Listen over hvilke sykdommer som anses som yrkesskade er ikke revidert siden 1935. Sykdom og skade som gjerne oppstår i industrien har fortsatt stor plass i forskrift om yrkessykdommer. Det er ikke tatt høyde for at kvinner deltar i arbeidslivet eller, at kvinner oftere får andre yrkesskader enn menn, eller at arbeidsplassen har annen utforming og andre utfordringer enn for 70 år siden..

## Lov for industrien

Med dagens regelverk må vonde armer og hender være «fremkalt av vibrasjoner fra vibrerende maskiner, pressluftverktøy, bankhammere og lignende» for å bli godkjent som yrkesskade.



TUNGT: Når armene begynner å verke, kan du få erstatning hvis årsaken er veiarbeide med pressluftbor, men ikke på grunn av utallige løft av pasienter.

– En industriarbeider som får vondt i armene av å bruke pressluftbor, kan få yrkesskadeerstatning. En sykepleier med vonde armer etter å ha løftet og snudd tunge pasienter får det ikke. Det finnes ingen akseptabel årsaksforklaring til at de yrkesskadede kvinner utsettes for ikke blir godkjent, mener Slaatten.

– Det er ikke nok å velge ut «enkelte» belastningslidelser som arbeidsministeren signaliserer. Vi må ikke ende opp med nok en yrkessykdomsliste som er ufullstendig i forhold til de belastningslidelsene ansatte faktisk pådrar seg på jobben, sier NSF's leder, Bente Slaatten.

## YRKESKADEERSTATNING

Etter dagens regelverk kan personer som rammes av yrkesskade ha rett til erstatning fra både Folketrygden og den private yrkesskadeforsikring, som alle arbeidsgivere er pliktige til å tegne for sine ansatte.

Utgangspunktet for dagens yrkesskadeordninger er skade som skyldes en plutselig eller uventet ytre begivenhet (ulykke) som skjer i arbeidstiden, på arbeidsplassen og under utførelsen av arbeidet. Men også sykdommer man pådrar seg i arbeidet kan gi rett til yrkesskadeerstatning. Blant sykdommene, som er definert i forskrift om yrkessykdommer, er sykdommer som skyldes forgiftning, kjemisk påvirkning, støy og strålingsenergi. Etter dagens lovgivning regnes altså ikke belastningslidelser som yrkesskade.



## Muskel og skjelett vanligst

Dagens regelverk omfatter ikke muskelskjelettplager som ofte rammer kvinner.

– Kvinnediskriminerende, mener overlege Ingrid Sivesind Mehlum ved Stami.

– Ideelt sett burde et system som skal gi erstatning til personer som blir syke på grunn av jobben dekke alle sykdommer som skyldes jobb. Et slikt system finnes ikke, sier Ingrid Sivesind Mehlum.

– I dagens system er det langt flere menn enn kvinner som får yrkesskadetrygd fordi det stort sett er menn som får de sykdommer som godkjennes som yrkesskade.

### **Kjønnsdelt arbeidsmarked**

Det norske arbeidsliv er fortsatt sterkt kjønnsdelt. Kvinnedominerte yrker finnes spesielt innenfor helse- og sosialsektoren og undervisning. Mannsdominerte yrker finnes innenfor bygg- og anlegg, industri og oljesektoren, samt i primærnæringene.

– *Hva er forskjellen mellom menn og kvinners arbeidshverdag?*

– Kvinner har ofte fysisk tungt arbeid eller lettere arbeid med gjentatte og ensidige bevegelser. Mange kvinner med tungt arbeid bruker en større del av sin fysiske kapasitet i jobben enn menn med tilsvarende arbeid og blir dermed også mer fysisk slitne i løpet av en arbeidsdag. Til tross for dette er det menn som ofte får lettere arbeid med alderen, mens kvinner fortsetter å ha tungt fysisk arbeid gjennom hele yrkeslivet. Ta for eksempel sykepleiere. De fleste fortsetter i jobben, selv om det er for belastende. Andre velger å gå ned i redusert stilling for å klare hverdagen, med redusert lønn som konsekvens. Og atter andre blir sykmeldt og etter hvert uførepensjonert, sier Mehlum.

### **Muskelskjelettskader**

– *Hvilke yrkesplager er vanligst?*

– Muskelskjelettplager er vanligst både blant kvinner og menn. Men noe mer vanlig blant kvinner. Av smertetyper er nakke- og skuldersmerter mest vanlig, men også korsryggsmerter forekommer hyppig. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at hver fjerde kvinne og hver sjettede mann har hatt muskelskjelettplager knyttet til arbeidet den siste måneden. Her er bare tatt med de som er svært eller ganske plaget, ikke de som er litt plaget, forteller Mehlum.

Muskelskjelettlidelser er hoveddiagnose ved mer enn en tredel av tilfellene ved sykefravær og uføretrygding, men de utgjør bare en liten del av sykdommene som rapporteres inn til arbeidstilsyn, trygdekontor og forsikringselskap.

– *Hvorfor får man ikke yrkes-*

*skadeforsikring for muskelskjelettlidelser?*

– Muskelskjelettplager regnes som multifaktorielle, det vil si at de har flere årsaker. Både forhold ved den enkelte person, som alder, kjønn og annen sykdom, og belastninger som personen utsettes for, har betydning. Denne type lidelser kan skyldes både fysiske og psykiske belastninger, og det kan ha sammenheng med forhold både på jobb og utenom jobb. Selv om vi har en del kunnskap om hvilke arbeidsforhold som kan føre til sykdom, er det mye vi ikke vet. Spesielt når det gjelder muskelskjelettplager. Vi vet i dag også for lite om hvordan vi skal skille dem som blir syke av jobben, fra dem som blir syke av andre grunner, sier Ingrid Sivesind Mehlum.

tekst **Bjørn Arild Østby**

# Sykehusets indre liv

Hvordan var det å være pasient, pårørende eller sykepleier i gamle dager i forhold til i dag? Svaret finner du på Norsk Teknisk Museum.

«God bedring», heter den nye faste utstillingen ved Nasjonalt medisinsk museum lokalisert på Norsk Teknisk Museum.

Museet har fått hjelp fra pårørende, helsepersonell og tidligere pasienter. Filmsnutter, god bedring-hilsener, instrumenter, bilder, medisinsk utstyr og behandlingsmetoder, lydinstallasjoner og tekstplakater er samlet på 300 kvadratmeter av museets utstillingslokaler.

## Sykehus og samfunn

Én av åtte nordmenn ligger på sykehus i løpet av ett år. Det



SIAMESISK: Olav Hamran lover mye spennende informasjon for liten og stor gjennom den nye utstillingen.



PLASS: Utstillingen på Norsk Teknisk Museum viser sykehusliv før og nå.

betyr at de fleste av oss har en eller annen erfaring med livet på et sykehus. Det er dette livet Nasjonalt medisinsk museum gir oss et innblikk i gjennom utstillingen som åpnet 6. desember 2006.

– Å være pasient og måten vi ser på sykehus har nok endret seg en del i løpet av 150 år. Tidligere var sykehus godt gjerdet inn og lå litt på siden av resten av samfunnet. I dag er sykehuse integrert i samfunnet på en annen måte og kan også sees som samfunn i seg selv, sier leder av Nasjonalt medisinsk museum, Olav Hamran.

#### Levende

Utstillingen inneholder noe for enhver smak.

– Det er blant annet utviklet et dataspill for barn hvor de kan prøve seg som lege og stille diagnoser. Vi har lydbandopptak av overlege og en sjefssykepleier som snakker om samme tema, men det kommer tydelig frem at kulturen mellom de to kollegene var forskjellig, sier Hamran

Utstillingen er interaktiv. Her

kan du teste håndhygien, sende rørpst, spille et diagnosespill og prøve et autentisk alarmanlegg. Utstillingen viser også film fra sykehus før og nå med fortellinger om livet som sykepleier og lege de siste 50 år.

En liten stund før Sykepleiens journalist kom på besøk hadde en skoleklasse hatt stor moro av å sende «bæsj-prøver» med rørpst.

#### Små uniformer

Selv om du er sykepleier og er godt kjent med livet på et sykehus, kan det likevel være verdt et besøk.

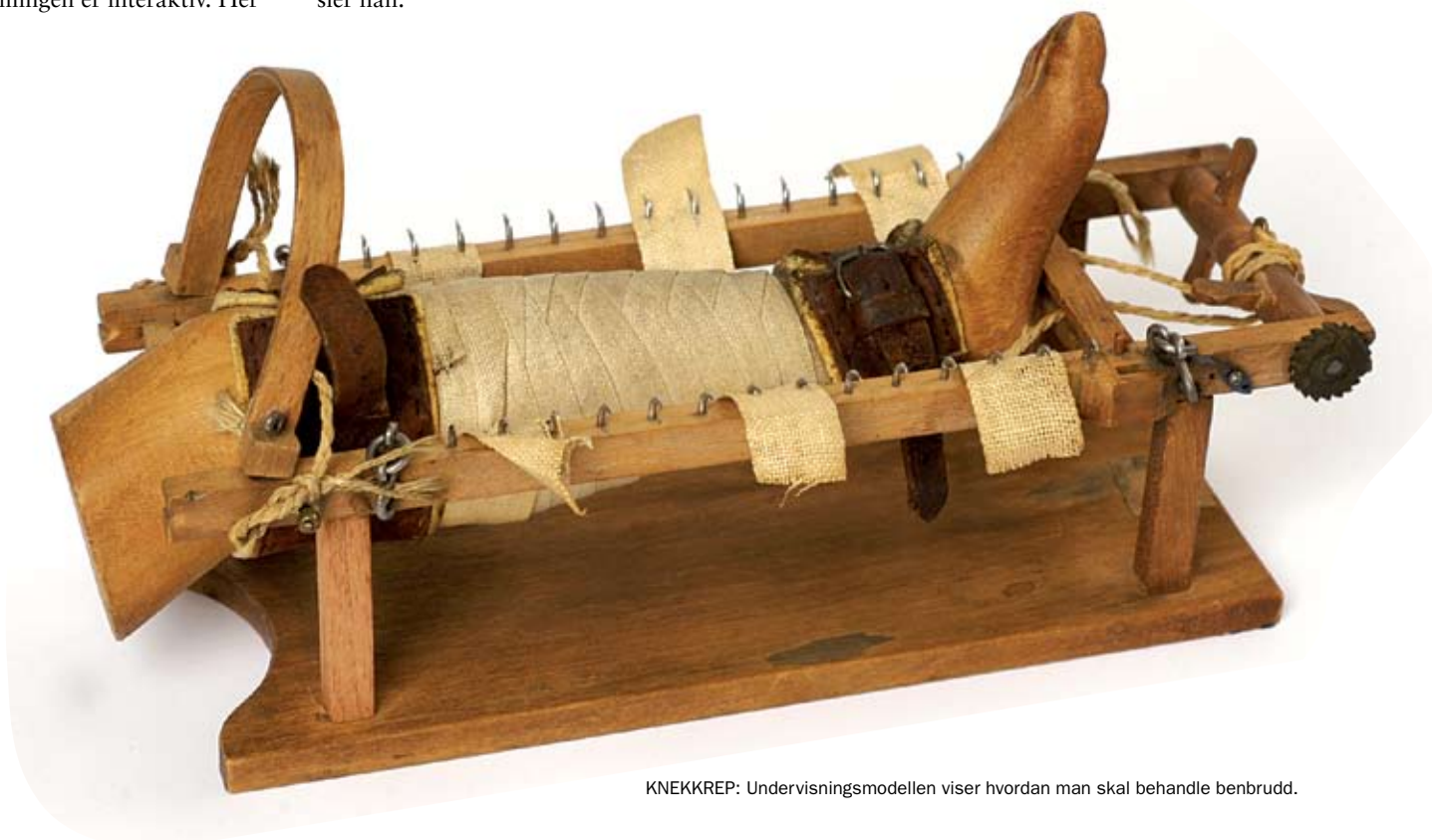
– Vi har noe for alle, mener Hamran.

Museet er svært populært blant skoleungdom. De fleste utstillingen på huset har elementer som barna kan leke med.

– Vi har blant annet fått sydd små uniformer; en sykepleieruniform, en legeuniform og en pasientuniform. Det er morsomt å se ungene kle seg ut og leke sykehus. Stetoskopet er spesielt populært, sier han.



HILSEN: Tegning Heidi fikk fra klassen sin da hun var pasient ved Rikshospitalet som tiåring i 1957.



KNEKKREP: Undervisningsmodellen viser hvordan man skal behandle benbrudd.

# Aksepterer ikke nøkkelbokser

Det er ikke akseptabelt å montere nøkkelbokser ved ytterdøren til eldre pleietrengende med trygghetsalarm, mener helseminister Sylvia Brustad. Likevel er dette er noe mange kommuner tilbyr.

Nøkkelbokser monteres ved siden av ytterdøren hos eldre og pleietrengende for å gjøre det enklere for kommunens omsorgspersonell å låse seg inn. Mange kommuner tilbyr dette, og bruker millioner på innkjøp av nøkkelboksene.

Etter en konkret henvendelse, stilte lederen av Stortingets helse- og omsorgskomiteé, Harald T. Nesvik (FrP) i høst følgende spørsmål til helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad:

«I enkelte bydeler i Bergen der eldre pleietrengende personer mottar omsorgstjenester fra kommunen og har trygghetsalarm installert, oppbevares nøkkelen til brukerens bolig i en boks på utsiden av inngangsdøren for å gi omsorgspersonell lett adgang til boligen. Det blir selvfølgelig lett kjent i spesielle miljøer at nøkkel finnes i denne boksen, noe som vil kunne friste til misbruk, innbrudd, tyveri og vold. Brukerne opplever uakseptabel utrygghet. Mener statsråden dette er akseptabel praksis?»

I brevet pekte han også på problemer knyttet til eventuelle krav om forsikringsutbetaling etter innbrudd, og kommunens ansvar i en slik situasjon.

– I svaret jeg fikk fra Brustad, var hun helt klar på at nøkkelboksene må fjernes, sier Nesvik til Sykepleien

– Det må være åpenbart at å plassere nøkkel til en bolig lett tilgjengelig på et kjent sted utenfor boligen, kan bli en stor fristelse for enkelte. Det må være en ekstremt utrygg situasjon for brukeren, som ofte er skrøpelig og har vanskelig for å bevege seg og allerede føler angst, påpekte Nesvik.

Han mener det må finnes andre måter å løse dette på.

## Nøkkelskap florerer

Nesvik fikk også et brev fra Bergen kommune om at dette ikke er noe stort problem, men at de skulle ta en gjennomgang. Nå er det gjort, og det viser seg at bruken ikke er så utbredt. Dette bekrefter NSF fylkeskontor i Hordaland. Ettersom bydelene i Bergen har forskjellig praksis, kan det være at det enkelte steder forekommer nøkkelskap.

Tidsskriftet Sykepleien har imidlertid grunn til å tro at praksis med bruk av nøkkelskap ikke er så uvanlig.

I følge Askøy kommunes eldreråd bestilte fagavdelingen for pleie- og omsorgstjenester 222 nøkkelskap i 2005 som skulle brukes i hjemmetjenesten. I saksdokumentene står det svart på hvitt at nøkkelskapene skal monteres 30 centimeter fra låsesylinder i hoveddør. Bestillingen begrun-

nes med at helsepersonell skal ha enkel tilgang til de brukerne som mottar tjenester i eget hjem. Nøkkelboksene skal forenkle den daglige administrasjonen av nøkler. Ifølge samme dokument betaler kommunen 550 kroner per boks, brukerne må betale 250 kroner som engangsavgift.

Dokumentet sier ingenting om brukernes krav på erstatning i tilfelle tyveri eller innbrudd.

Men Askøy kommune er ikke alene. I Hamar fikk hjemmebasert omsorg 500 000 kroner i tilskudd for å kjøpe inn 800 nøkkelbokser. I saksdokumentet viser de til erfaringer fra Kristiansand kommune, Stange kommune og Lørenskog.

Også Sandnes kommune hadde i 2005 om lag 600 nøkkelbokser i bruk.

## Selgerne

Hjelp 24 er ett av firmaene som selger nøkkelskap. Salgs- og markedssjef Svein Bertel Østreng, bekrefter at en del kommuner bruker slike skap. Men han kjenner ikke til noen saker hvor det er blitt begått innbrudd på grunn av nøkkelboksene.

– Enkelte er skeptiske til å ta dem i bruk. Argumentene er at boksene viser at her bor det hjelpeløse eldre. På den annen side kan man argumentere med at her bor det en person som får

regelmessig tilsyn, sier han.

Østreng sier også at dersom man har en sperret profil på boksene, er det ikke noe problem for forsikringselskapene å godta ordningene.

– Det er lettere å bryte opp en dør eller ett vindu enn disse boksene, sier han.

## 25 000 bokser

Tor Arild Mortveit er salgssjef i Arcus Vita as. De er de største leverandørene av nøkkelbokser.

– Vi regner med at vi har levert nøkkelbokser til rundt 200 kommuner. De største er Kristiansand og Trondheim. Ikke alle bruker dem i forbindelse med hjemmesykepleien. Noen skal bare ha en boks på vaktrommet sier han.

Siden 1987 har firmaet solgt 25 000 nøkkelbokser, ifølge deres egen hjemmeside.

## Honningkrukke

Harald T. Nesvik bryr seg lite om markedssjefens argumenter.

– For meg er ikke slike løsninger akseptable uansett hvor sikre boksene er. For kriminelle lyser den opp som en honningkrukke, sier han.

– Dersom kommuner benytter seg av slike, må de legge om praksis, sier han.



Foto: Arcus Vita as



# Juss for arbeidsmiljølover



Vil du henge med i jungelen av arbeidstidsbestemmelser? En rekke paragrafer i [arbeidsmiljøloven](#) er endret. Endringene gjelder i hovedsak lovens arbeidstidsregler.

Fra 1. januar i år gjelder nye regler om arbeidstid etter arbeidsmiljøloven kapittel 10. Blant annet blir gjeldende bestemmelser om «beredskapstjeneste» og «passiv tjeneste» slått sammen til en bestemmelse om arbeid av passiv karakter.

## Passiv arbeidstid

Ny § 10-4, andre ledd lyder:

*For arbeid som helt eller i det vesentlige er av passiv karakter, kan arbeidstiden forlenges med inntil halvparten av de passive periodene, men ikke med mer enn to timer i løpet av 24 timer og ti timer i løpet av sju dager. Arbeidstilsynet kan når arbeidet er særlig passivt, gi samtykke til at arbeidstiden forlenges utover det som er fastsatt i første punktum, men slik at arbeidstiden ikke overstiger 13 timer i løpet av 24 timer. Den alminnelige arbeidstiden må ikke overstige 48 timer i løpet av sju dager.*

Begrepene «beredskapstjeneste» og «passiv tjeneste» i den tidligere loven er erstattet av formuleringen «arbeid som helt eller i det vesentlige er av passiv karakter». Sammenslåingen innebærer ingen utvidelse av arbeidsgivers adgang til å forlenge den alminnelige arbeidstiden. Rammene for hvor mye arbeidstiden kan forlenges er de samme som tidligere. Det vil si maks to timer i løpet av 24 timer, og ti timer i løpet av sju dager. Dette forklares i et brev Norsk Sykepleierforbunds (NSF) forhandlingsavdeling nå sender ut til de tillitsvalgte.

## Disse kriteriene må være på plass for at arbeidsgiver kan be en ansatt jobbe lenger:

- Arbeidet må «helt eller i det vesentlige» være av passiv karakter. Det betyr at arbeidsforholdene må være slik at arbeidstakeren kan slappe av, om nødvendig ligge og sove, i den passive tiden.

- Arbeidstiden kan ikke forlenges hvis arbeidet bare i perioder er passivt.
- Hvis arbeidet stadig avbrytes, regnes det ikke som passivt arbeid.

Bestemmelsen brukes bare hvis arbeidstakeren må oppholde seg på arbeidsstedet.

## Vakt på vaktrom

Eksempler på passivt arbeid er såkalte «vakt på vaktrom», et begrep som brukes ved en del spesialenheter i sykehus. Ordningen brukes for eksempel i operasjons- og anestesivdelinger for å sikre beredskap på natt, helg i tilfelle det oppstår et akutt behov for spesialkompetanse (akutte operasjoner, fødsler, osv.). «Vakt på vaktrom» skal innarbeides i turnusplanen og være en del av turnusavtalen. Ordningen kommer som oftest i tilknytning til en aktiv vakt, noe som gjør at det er behov for å forlenge arbeids-

tiden ut over grensene på mer enn to timer i løpet av 24 timer og 10 timer i løpet av sju dager, kommenterer NSF's forhandlingsavdeling.

I slike tilfeller må partene søke Arbeidstilsynet om samtykke om ytterligere utvidelse. Arbeidstilsynets adgang til å forlenge arbeidstiden er begrenset til tilfeller hvor arbeidet er særlig passivt. Da kan arbeidstiden forlenges ytterligere. Inntil en samlet arbeidstid på 13 timer i løpet av 24 timer, og inntil 48 timer i løpet av sju dager. Dette er en videreføring av de tidligere grensene og praktisering av dispensasjonsadgangen i henhold til disse. Mange av de ordningene som finnes på sykehusene i dag går ut over rammene for hva Arbeidstilsynet kan gi samtykke til. I slike tilfeller må arbeidsgiver ta kontakt med NSF sentralt for å søke å få til tariffavtale i tråd med reglene.

## Varlerne får ombud

Kvinnherad kommune i Hordaland har bestemt seg for å opprette et eget varlerombud for å sikre at ansatte skal kunne varsle om kritikkverdige forhold. – Kommunen har gjennom skolering i kom-

munikasjon og konflikthåndtering lagt stor vekt på at det skal være trygt og ufarlig å stå åpent fram med meninger, sier rådmann Trond Sætereng til Norges Kommunerevisorsforbunds hjemmeside.

## Frykter represalier



Pårørende tør ikke varsle Helsetilsynet om dårlige forhold ved sykehjem av frykt for represalier. Hvert år får Helsetilsynet inn rundt 20 bekymringsmeldinger som angår forholdene på sykehjem i Akershus og Oslo. – Det er altfor lite, mener professor Tor Inge Romøren som har gjennomført en kartleggingsundersøkelse ved sykehjemmene i fylkene.



### Beredskapsvakt

Ny § 10-4 tredje ledd lyder:

*(3) For beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet skal som hovedregel minst 1/5 av vekten regnes med i den alminnelige arbeidstid. Arbeidsgiver og arbeidstakernes tillitsvalgte i virksomhet som er bundet av tariffavtale, kan ved skriftlig avtale fravike bestemmelsen i første punktum. Arbeidstilsynet kan etter krav fra arbeidsgiver eller arbeidstakernes tillitsvalgte fastsette en annen beregningsmåte dersom beregningen av arbeidstiden etter første punktum vil virke åpenbart urimelig.*

Begrepet hjemmevakt er erstattet med formuleringen «beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet».

NSFs forhandlingsavdeling forklarer i brevet at formuleringen ikke innebærer noen innholdsmessig endring. Det er kun snakk om en modernisering av ordlyden. Hvorvidt det foreligger en vaktordning som omfattes av bestemmelsen, vil som før bero på en konkret vurdering, ifølge forhandlingsavdelingen.

Utgangspunktet om at én femtedel av vekten skal regnes med i den alminnelige arbeidstiden er videreført. Det er også adgangen for tariffbundne virksomheter til å avtale en annen omregningsfaktor, og Arbeidstilsynets adgang til å fastsette en annen beregningsmåte dersom beregning av arbeidstiden etter hovedregelen vil virke åpenbart urimelig.

### Alminnelig arbeidstid/overtid

Det er i lovendringen tatt inn en presisering (§ 10-5) om at både den daglige og den ukentlige begrensningen i antall timer gjelder. Og formuleringen «den samlede

arbeidstiden» er erstattet med «den alminnelige arbeidstiden». Begrensningen på seks uker er erstattet med en grense på 48 timer for den ukentlige arbeidstiden som kan gjennomsnittsberegnes over en periode på åtte uker. Grensen på 54 timer for en enkelt uke er videreført.

Ny §10-6 –femte ledd lyder:

*Arbeidsgiver og arbeidstakernes tillitsvalgte i virksomhet som er bundet av tariffavtale kan skriftlig avtale overtidsarbeid inntil 15 timer i løpet av sju dager, men slik at samlet overtidsarbeid ikke overstiger 40 timer i fire sammenhengende uker. Overtidsarbeidet må ikke overstige 300 timer innenfor en periode på 52 uker.*

Begrensningen på 12 uker for varigheten av en avtale om utvidet overtid er fjernet.

Ifølge NSFs forhandlingsavdeling er det fremdeles mulig å gjøre avtale om unntak fra lovens grense på 13 timer samlet arbeidstid i løpet av 24 timer. Samtidig er det presisert at den samlede daglige arbeidstiden ikke kan overstige 16 timer.

### Arbeidsfrie perioder

Ny § 10-8 –første ledd lyder:

*Arbeidstaker skal ha minst 11 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer. Den arbeidsfrie perioden skal plasseres mellom to hovedarbeidsperioder.*

Det presiseres i loven at den sammenhengende arbeidsfrie perioden på 11 timer skal plasseres «mellom to hovedarbeidsperioder». Grunnen er at man ønsker å klargjøre at det ikke er anledning til å plassere den arbeidsfrie perioden i forkant og etterkant av to

arbeidsperioder. «Hovedarbeidsperiode» vil være sammenfallende med arbeidsperiode i de tilfeller arbeidsdagen ikke deles opp.

Har arbeidstaker derimot ni timers arbeidsdag som er delt opp i to bolker på for eksempel 4 og 5 timer, vil presiseringen tydeliggjøre at den arbeidsfrie perioden ikke skal komme mellom disse arbeidsperiodene.

Det er fortsatt lov (§ 10-8 tredje ledd) å avtale kortere arbeidsfri periode enn lovens utgangspunkt på 11 timer. Men det er ett vilkår for å inngå slik avtale: at virksomheten er bundet av tariffavtale, presiserer forhandlingsavdelingen.

Det er understreket i loven at for å kunne be ansatte arbeide utover avtalt arbeidstid, og ved utkalling under beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet, må arbeidet være nødvendig for å unngå alvorlige driftforstyrrelser for virksomheten.

### Dispensasjon

Arbeidstilsynet gis adgang til å tiltale arbeidstidsordninger som fraviker kravene til daglig og ukentlig hvile som overskrider grensen på 13 timer. Men dispensasjon kan kun gis dersom partene ikke har kompetanse til å etablere den aktuelle arbeidstidsordningen ved tariffavtale. NSF har kompetanse til å inngå slik tariffavtale. Det vil dermed ikke være aktuelt å søke om slik dispensasjon i forhold til NSFs medlemmer, ifølge NSFs forhandlingsavdeling.

Dispensasjonsadgangen gjelder kun innenfor helse-/omsorgsarbeid og vakt-/ overvåkningsarbeid, der arbeidet helt eller delvis er av passiv karakter. Fravik fra kravet om daglig og ukentlig hvile forutsetter at arbeidstakerne sikres kompen-

serende hvile eller, der dette ikke er mulig, annet passende vern.

Kravet om at arbeidet helt eller delvis skal være av passiv karakter åpner for at det kan gis dispensasjon ut fra en helsevurdering av arbeidet. Arbeidet vil for eksempel være av passiv karakter i de tilfeller arbeidet krever tilstedeværelse, men gir rom for lengre perioder med hvile og/eller søvn. Graden av passivitet må vurderes ut fra fraviket som gis. Med «helse- og omsorgsarbeid» siktes primært til arbeid i institusjoner, men begrepet omfatter også arbeid i andres eller eget hjem, for eksempel arbeidstaker som arbeider med pleietrengende som bor i egen bolig. Det kan også være arbeidstakere som normalt arbeider vanlig turnus i institusjoner, men hvor det kan være behov for særordninger når arbeidstakerne skal følge institusjonens klienter på feriereise og lignende.

NSFs forhandlingsavdeling understreker at det i henhold til lovens forarbeider er en uttalt forutsetning at Arbeidstilsynet ikke gir dispensasjon med mindre de ansatte selv ønsker å følge den angjeldende arbeidstidsordning.





# Skrik ut og behold jobben

Arbeidstakere skal ikke miste jobben om de sier fra om kritikkverdige forhold i virksomheten. Arbeidsgivere skal tvert om legge forholdene til rette for varsling.

Dette slås fast i de nye reglene om ansattes yringsfrihet som trådte i kraft 1. januar i år, som en del av den reviderte arbeidsmiljøloven.

– Målet med de nye reglene er å fremme åpenhet og bidra til bedre yringsklima i den enkelte virksomhet, ifølge arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hanssen.

## Kritikkverdige forhold

De nye bestemmelsene (i § 2-4 om varsling om kritikkverdige forhold) er i hovedsak en videreføring av dagens rett. Med «kritikkverdige forhold» menes forhold som er i strid med lov

eller med etiske normer, for eksempel korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet, fare for pasienters liv og helse, farlige produkter eller dårlig arbeidsmiljø.

«Varsling» betyr at arbeidstaker sier fra om forhold internt til ledelsen, andre i virksomheten, eller eksternt til tilsynsmyndigheter, media eller andre. I andre ledd sies det at varslingen skal skje på en forsvarlig måte. Dette er en ny formulering i forhold til forslaget, der varsling skulle skje på en «lojal» måte.

Lojalt eller forsvarlig – arbeidstaker vil imidlertid alltid ha rett til å varsle tilsynsmyndigheter og til å varsle i samsvar med varslingsplikt eller virksomhetens rutiner for varsling. Dersom arbeidsgiver påstår at arbeidstaker har varslet i strid med bestemmelsen, er det arbeidsgiver som må påvise at varslingen var urettmessig. Dette står forklart i et brev forhandlingsavdelingen i Norsk Sykepleierforbund i disse dager sender ut til tillitsvalgte.

## Gjengjeldelse

I de nye paragrafene slås det også fast at enhver form for gjengjeldelse overfor arbeidstakere som har varslet, er forbudt.

I NSF-brevet forklares det at gjengjeldelsesforbudet også gjelder mot arbeidstaker som fremskaffer opplysninger, eller

sannsynliggjøre at det ikke har funnet sted gjengjeldelse i strid med loven. I motsatt fall skal det legges til grunn at gjengjeldelse har funnet sted. Arbeidstaker som er blitt utsatt for ulovlig gjengjeldelse, kan kreve oppreisning uten hensyn til arbeidsgivers skyld.

## Legge forholdene til rette

Bestemmelsen i nye § 3-6, om plikten til å legge forholdene til rette for varsling, betyr at arbeidsgiver som et ledd i virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, plikter å vurdere om det er behov for særlige tiltak for å oppfylle dette.

### Ny § 2-5

#### «Vern mot gjengjeldelse ved varsling»

(1) Gjengjeldelse mot arbeidstaker som varsler i samsvar med § 2-4 er forbudt. Dersom arbeidstaker fremlegger opplysninger som gir grunn til å tro at det har funnet sted gjengjeldelse i strid med første punktum, skal det legges til grunn at slik gjengjeldelse har funnet sted hvis ikke arbeidsgiveren sannsynliggjør noe annet.

(2) Første ledd gjelder tilsvarende ved gjengjeldelse mot arbeidstaker som gir til kjenne at retten til å varsle etter § 2-4 vil bli brukt, for eksempel ved å fremskaffe opplysninger.

(3) Den som er blitt utsatt for gjengjeldelse i strid med første eller andre ledd, kan kreve oppreisning uten hensyn til arbeidsgivers skyld. Oppreisningen fastsettes til det beløp som retten finner rimelig under hensyn til partenes forhold og omstendighetene for øvrig. Erstatning for økonomisk tap kan kreves etter alminnelige regler.

### Ny § 2-4

#### «Varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten»

(1) Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten.

(2) Arbeidstakers fremgangsmåte ved varslingen skal være forsvarlig. Arbeidstaker har uansett rett til å varsle i samsvar med varslingsplikt eller virksomhetens rutiner for varsling. Det samme gjelder varsling til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter.

(3) Arbeidsgiver har bevisbyrden for at varsling har skjedd i strid med denne bestemmelsen.

### Ny § 3-6

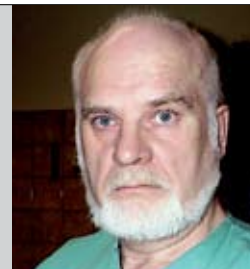
#### «Plikt til å legge forholdene til rette for varsling»

Arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, utarbeide rutiner for intern varsling eller sette i verk andre tiltak som legger forholdene til rette for intern varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten i samsvar med § 2-4, dersom forholdene i virksomheten tilsier det.

## Torgeir Svendsen om varsling

**Yrke:** Anestesisykepleier ved Næringshuset i Florø

**E-post:** torgeirsvendsen@yahoo.no



# Plystre, lukke øynene eller slutte?

En skal ikke uten videre oppfordre arbeidstakere til å «varsle». En må tenke nøye på hva en setter i gang. For når prosessen er i gang, er det ingen veg tilbake.

Det har stått mye om dårlig arbeidsmiljø og om å varsle i Sykepleien den siste tiden. Journalist Eivor Hofstad skriver i Sykepleien nr 17/06 en lykkelig historie om varsling. Rehabiliteringspasienter var blitt skrevet ut og inn av Sunnaas sykehuset for å få friske rehabiliteringspenger slik at regnskapet gikk i hop. Mange av de ansatte reagerte på dette, men ingen våget stå fram, de var redde for stillingene sine. Noe kritikkverdige kommer fram, og Sunnaas sykehus, som dette gjelder, prøver angivelig å finne ut hvem som står bak. Enden på historien var god. Journalist Hofstad oppfordrer derfor sykepleierne til å ta bladet fra munnen: La taushetsplikten beskytte pasienten, ikke ledelsen.

Å «varsle» ville jeg ikke uten videre oppfordre arbeidstakere til. Du må tenke nøye gjennom det du setter i gang, både ut fra ditt nåværende og senere arbeidsforhold, din egen helse og din sosiale anseelse. Når du har satt i gang en sak, er det for sent å trekke seg. Dette gjelder ikke bare sykepleiere, men alle arbeidstakere på alle nivå i organisasjonen.

Overlege og psykiater Maria

Sigurjonsdottir ved Blakstad sykehus forteller i Sykepleien nr 18/06 om da hun prøvde å ta opp kritikkverdige forhold. Problemet med å si fra er at det dukker opp nye problemstillinger: Hvor lenge skal man vente på tilbakemelding? Dersom ting ikke blir meldt videre fordi overordnede ikke er enig med deg, skal du da gå over hodet på vedkommende? Hva om varslingen ikke fører til endringer, skal du bare fortsette å jobbe og late som ingenting?

Sigurjonsdottir forteller videre: «Det betyr ikke at det å si opp jobben er det rette å gjøre for alle. I min situasjon begynte saken å dreie seg om meg som person. Jeg ble sett på som vanskelig. Det tok fokuset bort fra problemet og over på meg. Jeg valgte derfor å slutte».

Rådgiver Martin Holm ved Arbeidslivstelefonen mener i Sykepleien nr 18/06 at om leder er involvert i en konflikt er dessverre ofte den beste løsningen å komme seg bort fra arbeidsplassen.

### Lojal eller illojal?

Lovgivningen har enkelte bestemmelser som fastsetter en rett og en plikt til å varsle når arbeidstakere blir oppmerksomme på feil eller mangler som kan medføre fare for liv eller helse.

Inngrep i yttringsfriheten krever en særskilt begrunnelse. Lojalitetsplikten går ut på at arbeidstaker må opptre i samsvar med arbeidsgivers interesser og lojalt fremme disse. Arbeidstaker har også en viss lojalitet overfor andre ansatte.

Spørsmålet om en yttring er illojal avgjøres etter en skjønsmessig helhetsvurdering. Vurderingstemaet vil i hovedsak være om arbeidstaker har saklig grunnlag for kritikken og om arbeidstaker har tatt tilbørlig hensyn til arbeidsgivers legitime interesser.

Det ligger innenfor en arbeidstakers yttringsfrihet hvis de kritikkverdige forholdene tas opp med overordnede eller andre i virksomheten på en ryddig måte i forhold til hvordan virksomheten er organisert. Å varsle til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter vil som hovedregel være lojalt. Interne prosedyrer bør være forsøkt uten tilfredsstillende resultat

Det vil være et vesentlig moment om arbeidstaker først henvender seg til sine overordnede med informasjon om de kritikkverdige forholdene, før han/hun går ut offentlig med sin kritikk.

### Bråkmaker

Selv om lovverket er ganske klart, viser rettspraksis at det er vanskelig å nå fram i retten. Arbeidsrettssak er det siste en bør ty til. Du kan ikke forvente at motparten unnlater å trekke fram så mye grums som mulig om deg. Du som tør å varsle, har sikkert gjort noe lignende tidligere? Hos en tidligere arbeidsgiver? Det ville jo være et vesentlig moment for saken om en kan få frem at egentlig er jo du en vanskelig person? Og om du når fram i retten, er du så fokusert, stemplet og kjent (også i media), at det kan

være vanskelig å få ny jobb. Nye arbeidsgivere tør gjerne ikke ta deg inn. Du kunne jo finne på å begynne å bråke på ny?

### Forberedt på å bli varsler?

Ofte vet ikke styret hva som foregår nedover i virksomheten, og en vet at det ikke er nok med lovregulering og kontroll. Det er verken lover eller regler som lager et godt og tillitsfullt samarbeide. Det kreves åpne prosesser, hvor man jobber for å skape tillit, samtidig som man har tilstrekkelig avstand og kontroll. Forholdet mellom ledelse og arbeidere må være preget av kontroll, støtte, oppmuntring og krav.

Det som er lojalitetens grunnleggende krav er at du skal oppetre slik at du fortjener lojalitet. Illojal opptreden er meget skadelig for en hver virksomhet. Men hvem er du lojal mot når du står overfor et valg, når du kommer i en situasjon hvor du ser at noe er feil, og det ikke kan aksepteres? Du vet at lojaliteten skal være mot det riktige, men bøyer du av for sjefens krav om å holde kjeft?

Varsler eller Whistle Blower er ikke noe du er, det er noe du blir. Det avgjørende er hvorledes omgivelsene dine reagerer på at du varsler om at noe er galt. Ingen som «sier ifra» er i utgangspunktet en varsler.

I en varslersak er den umiddelbare reaksjonen et forsøk på å fjerne «det ubehagelige budskapet», det er «sagt ifra om», ved å forsøke å nøytralisere personen som kommer med budskapet.

Raskt mobiliseres de som vil forsvare det bestående på arbeidsplassen, for å isolere varsleren og eventuelt andre som er åpne for å diskutere varslers budskap. Signaler om at varsleren skal isoleres er så sterke, tydelige og alvorlige at de fleste arbeidskolleger trekker seg unna. Varsleren mister muligheten for kollegastøtte. I et slikt fiendtlig miljø er den naturlige reaksjon for oss alle at vi blir vaktsumme, både overfor de vi skal arbeide sammen med og overfor arbeidsplassens ledelse.

I en isolert situasjon, hvor de ansvarlige ikke vil vite av det budskapet det er blitt varslet om, er det helt naturlig for varsleren å allikevel forsøke å få budskapet drøftet. Varsleren henvender seg derfor til utenforstående personer som kanskje har en posisjon som krever at de burde reagere på budskapet han/hun har varslet om. Svært ofte blir imidlertid varsleren skuffet. Heller ikke her får han/hun aktiv støtte. For varsleren er det da naturlig å bli skuffet og vaktsum også overfor disse institusjonene og enkeltpersonene. Varsleren befinner seg altså ganske raskt i en situasjon av faglig isolering og utstøtelse – en sosialt meget belastende situasjon.

Det er uhyre lett å sette ut et rykte om varsleren som «vanskelig person». Med det stresset varsleren blir utsatt for, kan man med trygghet bare vente på at varsleren før eller senere vil oppføre seg slik at det utsatte ryktet blir bekreftet av varsleren selv. Ut fra dagens viten synes dette å være det som skjer med de aller fleste varslere.

#### Beskytter ledere hverandre?

Det er ofte tette bånd både oppover og nedover i ledelsesstrukturen. Det er helt relevant å hevde at det gjelder gjensidig beskyttelse mellom ledere på ulike nivå. Er det da grunn til å tro at et avvik

### Varsler eller Whistle Blower er ikke noe du er, det er noe du blir.

som en sjef må ta ansvar for, blir tatt opp med det alvor det fortjener, overfor den det gjelder?

Det er helt åpenbart at ensidige tiltak med undervisning omkring avviksmeldinger har begrenset effekt når det gjelder å bedre arbeidsmiljøet og kvaliteten på arbeidet. Nå må det likevel skytes inn at en bør uansett skrive avviksmelding, sendt med intern e-post for dokumentasjonens skyld. E-post må du ta vare på. Får du ikke tilbakemelding innen rimelig tid, sender du den på ny, nå med kopi til kvalitetsutvalget. Også denne handlingen kan være farlig for deg.

Det å skape et arbeidsmiljø uten frykt for negative sanksjoner er like viktig som å innskjerpe at en bruker avviksmeldinger.

Det gjenstår å se om ledere på ulike nivå er i stand til å skape et slikt miljø. For mange ledere er sannsynligvis maktbasis etablert på frykt hos arbeidstaker og uheldige allianser. For slike ledere vil åpenhet og innsyn være en trussel for egen posisjon som lederen ønsker å unngå for enhver pris. Derfor må de holdninger som skal gjelde komme fra øverste leder. Fra øverste direktør som må prege lederne nedover i organisasjonen.

Vi ønsker medarbeidere som sier ifra når de ser noe som er ulovlig eller uetisk, men vi har ikke laget noe sikkerhetsnett for dem som blir trakassert,

utstøtt og oppsagt fordi de sier fra. På lang sikt ligger løsningen i en mer åpen og gjennomslukt bedriftskultur med lojalitet både oppover, til siden og nedover.

#### Svikter fagforeningene?

Enkelte har opplevd, ifølge Martin Holm ved Arbeidslivstelefonen, at tillitsvalgte er langt nede i lomma på ledelsen. Når medlemmet i en slik situasjon kontakter fagforeningen sentralt, opplever vedkommende å bli henvist tilbake til tillitsvalgt. På mindre steder kan man også oppleve at det er nære familiære eller vennskapelige bånd mellom tillitsvalgt og personer i ledelsen eller blant ansatte.

Holms utfordring til fagforeningene er å lære opp tillitsvalgte til å være nøytrale, og at de er klare på at ting skal skje på rett måte. Tillitsvalgte skal være konfliktløser, ikke konfliktskapere, understreker Holm.

Når det oppstår en sak kobles oftest tillitsvalgte og verneombud inn. De deltar i møter. Forstår og forstår begge sider. En sak har jo flere sider, forklares det, men ofte skjer ingenting.

Både tillitsvalgte og verneombud gir uttrykk for frustrasjon over at de ikke blir hørt på eller at saken er for vanskelig. De vil helst ikke bli involvert, slik at de selv rammes. Mange tillitsvalgte og verneombud rammes selv av mobbing og trakassering fra arbeidsgiver.

Hva gjør fagforeningene for de som blir varslere? Saker tar ofte fryktelig lang tid å behandle. Det er en tilleggsbelastning for den som har tatt opp en sak. Den som rammes opplever at det skjer tilsynelatende lite eller ingenting med saken. Det er helt urimelig at den enkelte arbeidstaker som varsler skal stå alene, samtidig som fagforeningene fremhever viktigheten av en høy pasientrett standard.

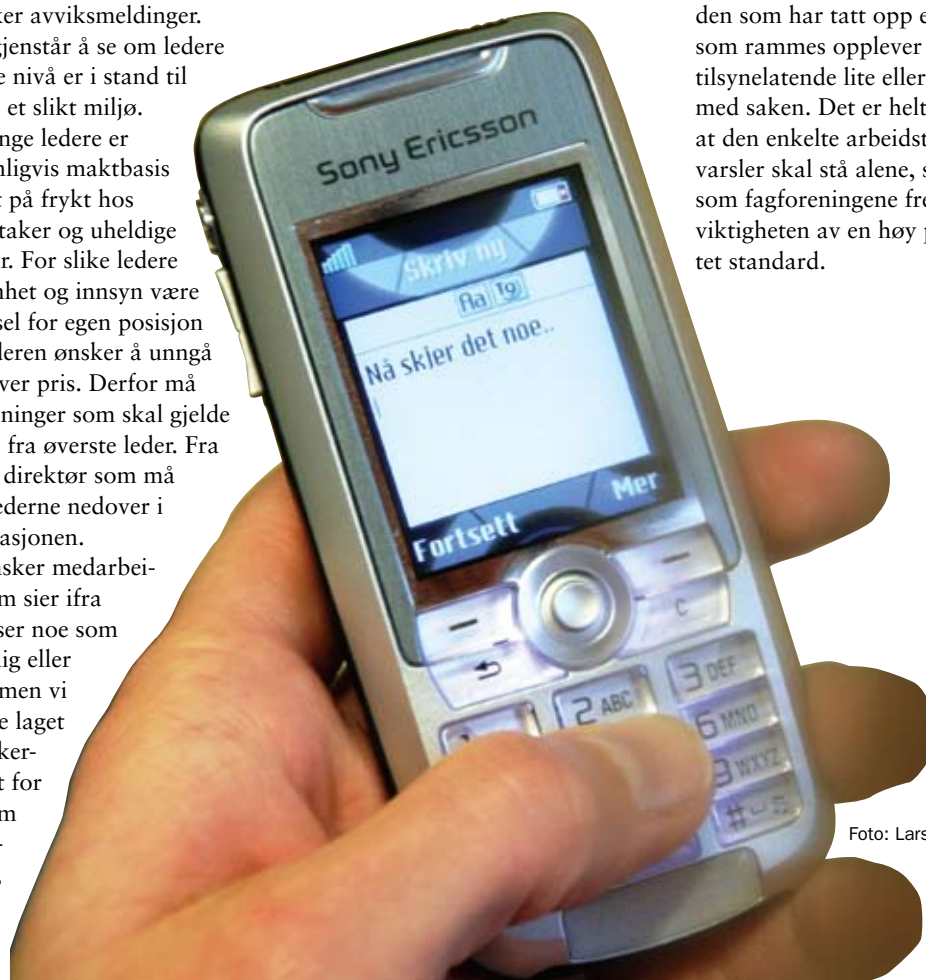


Foto: Lars-Erik Vollebæk



GAMLE LASTER: Selv om hun hevdet misbruk av narkotika og tyveri av medisiner er et tilbakelagt stadium, fikk ikke sykepleieren som klaget tilbake autorisasjonen.

# Rus og tyveri vanligst

Sykepleiere som blir fratatt sin autorisasjon føler seg ofte uskyldig «dømt».

Flere klager avgjørelsen inn til Statens helsepersonellnemnd.

– Det siste året behandlet Helsepersonellnemnda totalt 17 klagesaker knyttet til autorisasjon som sykepleier, forteller rådgiver Gro Fredheim i Statens helsepersonellnemnd.

Elleve av sakene gjaldt tilbakekall av autorisasjon som sykepleier. De resterende seks sakene gjaldt klage over vedtak om avslag på søknad om autorisasjon som sykepleier. En gjenganger er rus og tyveri av medikamenter fra arbeidsplassen.

## Et eksempel

En av sakene nemnda har behandlet i 2006 gjaldt en sykepleier som hadde stjålet vanedannede legemidler fra sin arbeidsgiver ved et sykehus. I forbindelse med tyveriene hadde sykepleieren kvittert legemidler ut på pasienter som ikke hadde fått legemidlene. Hun hadde også brukt fiktive navn i narkotikaregnskapet.

Sykepleieren innrømmet forholdet, og ble dømt i tingsretten i mai 2006. Ut fra dette mente

Statens helsetilsyn at sykepleieren var uegnet til å utøve yrket på grunn av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, og atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Sykepleieren klaget vedtaket inn for nemnda høsten 2006.

## Møte med nemnda

I møte med Helsepersonellnemnda anførte sykepleieren at det i tilbakekallsvedtaket er tatt for lite hensyn til at hun hadde gjennomført behandling, samt uttalelser fra lege og psykolog.

Sykepleieren har opplyst at hun ikke har benyttet rusmidler det siste året. Hun sier også at det fra Statens helsetilsyns side skulle vært informert om krav til rusmiddelanalyser på et mye tidligere tidspunkt. Sykepleieren har vist til at hun vil starte rusmiddeltesting hos sin fastlege.

## Ny livsstil

Sykepleieren mener også at det i tilbakekallsvedtaket er for liten grad er tatt hensyn til hennes livssituasjon i den perioden tyveriene ble begått.

Hun har vist til at hennes misbruk av legemidler ikke gikk ut over arbeidsprestasjonen, og at misbruket skjedde som en følge av søvnmangel grunnet depresjon og stort arbeidspress. Hennes livssituasjon er nå en annen.

## Mangler dokumentasjon

Helsetilsynet har bemerket at sykepleieren ikke har fremlagt dokumentasjon på uttalelser fra lege og psykolog eller det behandlingsopplegg hun etter egne opplysninger har startet med.

Spørsmålet for nemnda er om klageren er uegnet til å utøve sitt yrke som sykepleier forsvarlig på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen og på grunn av bruk av alkohol, narkotika eller midler med liknende virkning, ifølge helsepersonelloven § 57. Nemnda har kommet til at det er tilfelle.

## Forfalskning

Nemnda ser spesielt alvorlig på at sykepleieren har forbrutt seg i forhold til den tillit og det ansvar som ble gitt henne. Hun var gitt en utvidet tillit ved at hun hadde et medansvar for at listene over uttak av medikamenter ble ført riktig. Det klanderverdige ved

atferden forsterkes etter nemndas syn ytterligere ved at klageren ved flere tilfeller forfalsket skjema for narkotikakontroll. Hun har både brukt fiktive pasienters navn, reelle pasienters navn og andre kollegers navn.

## Ruset på jobb?

Sykepleieren sier hun aldri tok rusmidler i arbeidstiden. Hennes misbruk gikk heller ikke ut over kvaliteten på arbeidet, påstår hun.

Kolleger har opplyst at de aldri oppfattet sykepleieren som påvirket i tjenesten. Men det har ingen avgjørende betydning for nemndas vurdering. Etter nemndas syn utgjør klagerens omfattende misbruk av vanedannede legemidler i seg selv en betydelig fare for kvaliteten og sikkerheten i helsetjenesten, og er derfor ikke forenlig med forsvarlig utøvelse av sykepleieryrket.

Klagen førte ikke frem. Vedtaket var enstemmig.

## STATENS HELSEPERSONELLNEMND

Uavhengig nemnd som behandler klager fra helsepersonell over vedtak om administrative reaksjoner fattet av Statens helsetilsyn og vedtak om avslag på søknad om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning fattet av Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell.

Helsepersonellnemnda har vært i virksomhet siden våren 2001. Den har sju medlemmer, hvorav tre jurister, tre helsepersonell og en lege-representant. Vedtakene er endelige, men kan bringes inn for domstolene på ordinær måte.

# Få maks ut av studiet og jobben!



## STORE MEDISINSKE LEKSIKON 1-5

fra Kunnskapsforlaget er et moderne og brukervennlig leksikon - et kvalitetsverk skrevet av Norges fremste fagfolk.

Verket fremstår som det største og mest velutstyrte medisinske oppslagsverket i Norge og har en innholdsmessig tyngde og et presisjonsnivå som tilfredsstillende behøver til både studenter og medisinsk fagpersonell. Språket og presentasjonsformen gjør de fleste artiklene enkle å forstå også for lesere uten helsefaglig bakgrunn.

Hovedredaktør: Professor dr. med. Magne Nylenna

**NY  
UTGAVE**

Bestill verket på [www.kunnskapsforlaget.no](http://www.kunnskapsforlaget.no) eller ring vår ordretelefon 02250

# Camilla Crone Leinebø

**Alder:** 24 år

**Yrke:** Sykepleierstudent

**E-post:** leiniken@yahoo.no

**Utdannelse:** Etter at hun i forfjor begynte ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, har hun nå flyttet til Bergen. Flyttingen kostet henne et år – men Leinebø fortsetter å skrive om livet fra et studentperspektiv.



## På den andre siden

Som sykepleierstudent forholder du deg hele tiden til pasienter som trenger din hjelp. Hva skjer når det plutselig er du som ligger i sykesengen?

Det er den 56. dagen med pøssregn i Bergen by og jeg kommer heseblesende inn døren hjemme. Vel og merke gjennomvåt og full av gjørme, etter at en usympatisk sjåfør bestemte seg for å kjøre på full guffe over vanddammen i veien. Som selvsagt traff meg. På kommoden i gangen ligger nyeste utgave av Sykepleien. Forsiden fanger oppmerksomheten min: «Jakten på den perfekte pasient».

Med nesen gravd ned i bladet tikker det en sms inn på mobilen: «Kan du ringe jobben og si jeg ikke kommer i morgen. Er innlagt på sykehuset med sinnsyke magesmerter». Hjertet mitt hopper over noen dunk. Det knyter seg i magen. Meldingen er fra Hanne. God venninne, siste års sykepleierstudent og kollega på sykehjemmet.

Veggene er egghvite. Noen steder er det små svarte hull i glassfiberen. En irrgroen plastplante i en usmakelig brunoransje krukke står plassert på bordet i gangen. Sykehuslukten er med en gang ekkel i stedet for betryggende. En kjent lukt, men det er annerledes nå. Nå er jeg ikke her i rollen som sykepleierstudent. Men som litt skjelven og bekymret venninne.

Stemmene surrer. Hvite uniformer. Ukjente fjes. En relativt vanlig setting for en siste års sykepleierstudent. Situasjonen er derimot snudd på hodet. For nå er det studenten som ligger i sykesengen. Pasienten. Den som har vondt. Den som trenger hjelp.

I ettertid har Hanne og jeg snakket mye om hvordan hun opplevde å være innlagt istedenfor på jobb på sykehuset. Selv om det var vondt og skremmende, var det også surrealistisk og, merkelig nok, interessant på samme tid.

– Jeg tror jeg hadde vært en helt annen pasient hvis ikke det var for min bakgrunn som sykepleierstudent. Jeg visste liksom alt som foregikk i kulissene. Hvis ikke tror jeg kanskje jeg hadde sett på meg selv som den eneste pasienten sykepleieren hadde og ta seg av. Men så er det jo minst ti andre som også trenger hjelp, sier Hanne.

Og selv om jeg må minne Hanne på at hun hadde like mye krav på hjelp som alle de andre, forstår jeg hva hun mener.

– Selv om jeg gjerne lå litt lenger med smerter enn nødvendig fordi jeg vegret meg for å gjøre det enda travlere for sykepleierne, vet jeg jo så inderlig godt at det er det

som er jobben deres. Jeg har jo møtt så mange pasienter som har en litt sånn «unnskyld at jeg er til bry, men kan jeg få litt hjelp?»-holdning, og da er det viktigste for meg å understreke at jeg er jo der nettopp for å hjelpe.

Litt langt gikk det kanskje når Hanne først kom på legevakten og kastet opp ut over gulvet i det hun sa: «Jeg skal tørke det opp selv altså. Bare jeg får spy ferdig først». For det å tørke opp spy er kanskje det verste hun forbinder med sykepleiejobben.

Hanne forteller også om en episode i innleggelsesperioden der hun fikk for seg at hun kunne utføre sykepleieroppgavene selv. Hun kan jo dette.

– Veneflonen min verket og hånden min ble blå. Jeg skulle legge meg og ikke få mer intravenøst. Etter en time med frem og tilbake om jeg skulle ta den ut selv eller ringe på nattevakten, gjorde jeg omsider det siste. Hun var stresset og så på meg med et blikk som sa mer enn tusen ord da jeg spurte: «Er det greit om jeg tar ut veneflonen eller?». Hun visste jo ikke at jeg snart er ferdig sykepleier og trodde sikkert jeg var helt sprø, humrer Hanne.

Selv om hun var redd for at blodet skulle koagulere og skape blodpropp.

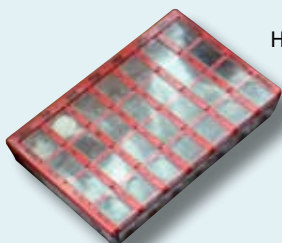
Til syvende og sist understreker Hanne at hennes viktigste erfaring som pasient på sykehus var å få en bekreftelse på hvilken sykepleier hun ønsker å være.

– Mitt fokus har alltid vært å være blid og hyggelig i møte med pasientene. Jeg var neddoget og hadde kjempvondt, men smilte alltid og viste takknemlighet overfor de sykepleierne jeg møtte. Kanskje ikke for min egen del, men man blir møtt med det man gir, og jeg traff ingen sykepleiere jeg ikke likte. Banningen fikk mamma, ler Hanne.

Å ha helsefaglig bakgrunn vil nok sikkert gjøre noe med deg som pasient. På sykehjemmet der jeg jobber bor to tidligere oversykepleiere. Det er ikke alltid like lett for en student å overbevise dem om hvordan jobben skal gjøres.

I Sykepleiens artikler om jakten på den perfekte pasient, kom det egentlig ikke frem en klar definisjon. Det finnes vel ingen entydig forklaring på hvem dette er. Selv om Hanne prøvde så godt hun kunne.

### Billigere medisiner for smertepasientene



Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad griper inn og garanterer at smertepasienter som trenger høye doser smertemedisiner, skal få hele medisinerregningen dekket av staten.

### Simvastatin ved høyt kolesterol

Legemiddelverket og NAV har iverksatt en kampanje for å påvirke legene til å forskrive simvastatin i stedet for atorvastatin (Lipitor). Bakgrunnen er at Helse- og omsorgsdepartementet, i statsbudsjettet for 2007, varslet at de vil vurdere å overføre Lipitor fra forhåndsgodkjent til individuell refusjon fra sommeren 2007, dersom legene ikke endrer forskrivningspraksis.



# Slakter sjefene

Dårlige sjefer er den største årsaken til at folk bytter jobb.

En undersøkelse gjort ved Florida State University viser at sjefer ikke står høyt i kurs.

– Man sier at ansatte ikke forlater jobben eller selskapet. De forlater sjefen sin, sier Wayne Hochwarter, prosjektansvarlig og professor ved Florida State University, til nyhetsbyrået AP.

En av de viktigste lederoppgavene er å motivere de ansatte. I stedet senker dårlige sjefer arbeidsmoralen.

## Resultater

Undersøkelsen omfatter 700 ansatte i ulike bransjer. Her er noen av resultatene:

- 39 prosent sa at sjefen ikke holder hva han lover.
- 37 prosent sa at sjefen ikke setter pris på deres innsats.
- 37 prosent sa at sjefen legger seg opp deres privatliv.
- 27 prosent sa at sjefen snakker nedsettende om dem.
- 23 prosent sa at sjefen velter skylden for egne feilgrep over på andre.

HOVEDSJEF: Det brennaktuelle eksempelet på at sjefen er årsaken til oppsigelsen eksploderte i media for et par uker siden. I LO sa Ingunn Yssen opp på grunn av misnøye med sjef Valla.

## Miljø viktigere enn lønn

Undersøkelsen viser at ansatte med et dårlig forhold til sin nærmeste leder oftere er trøtte, nervøse og har større risiko for å rammes av depresjon.

Flere undersøkelser viser at et godt arbeidsmiljø er viktigere enn høy lønn. Disse funnene bekreftes også i denne amerikanske undersøkelsen.

– Sannsynligheten for at de ansatte skulle ta på seg ekstra arbeidsoppgaver eller jobbe i helgene, gikk ned hvis de var misfornøyd med forholdene på arbeidsplassen, sier Hochwarter til nyhetsbyrået AP.



## Anmeldte Sykehuset Østfold

Sykehuset Østfold er anmeldt for regelbrudd etter tvangsmedisinering av en pasient. Det er pasientens advokat, Torjus Torjussen, som har anmeldt sykehuset til politiet.

– Jeg tror det er vanskelig for oss å forstå hvor alvorlig overgrep det er å bli satt sprøyte på mot sin vilje. Episoden har vært meget traumatisk for min klient, sier Torjussen til NRK Østfold.

## CDonacom

Antiflogistikum.

**Donacom®**  
glukosamin

ATC-nr.: M01A X05

**PULVER I DOSEPOSE 1178 mg:** Hver pose inneh.: Glukosaminsulfat 1500 mg tilsv. glukosamin 1178 mg, aspartam, sorbitol, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Lindring av symptomer ved mild til moderat artrose i kneleddet.

**Dosering:** Innholdet i en dosepose (tilsv. glukosamin 1178 mg) løses opp i et glassvann (ca. 250 ml) og tas 1 gang daglig, helst til mat. Preparatet er ikke indisert forbehandling av akutte smertefulle symptomer.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for glukosamin eller et eller flere av hjelpestoffene. Må ikke gis ved skaldyrallergi, da virkestoffet utvinnes fra skaldyr.

**Forsiktighetsregler:** Forsiktighet tilrådes ved diabetes mellitus. Hyppigere kontroll av blodsukker-nivåer kan være nødvendig ved oppstart av behandlingen. Hyperkolesterolemi er observert i noen få tilfeller. Ikke anbefalt for barn og unge under 18 år, da effekt og sikkerhet ikke er klarlagt. Preparatet er pga. sorbitolinnholdet uegnet ved arvelig fruktoseintoleranse. Inneholder aspartam og forsiktighet må utvises ved fenylketonuri. Preparatet inneholder 151 mg natrium pr. dose og dette skal tas i betraktning hos pasienter som står på natriumkontrollert diett.

**Interaksjoner:** Rapporter tyder på at det kan være interaksjoner mellom glukosamin og perorale antikoagulantia.

**Graviditet/Amning:** Opplysninger mangler. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet eller amning.

**Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré, forstoppelse, kvalme. Neurologiske: Hodepine, døsighet. *Mindre hyppige:* Hud: Utslett, pruritus, erytem. Enkeltrapper om følgende bivirkninger: Utømmelse, nedstemthet, svimmelhet, allergiske reaksjoner, synsforstyrrelser, hjerteinfarkt, perifere ødemer.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Ikke-steroid antiinflammatorisk og reumatisk middel. *Virkningsmekanisme:* Glukosamin er en endogen substans. Eksogen tilførsel til dyr kan øke proteoglykan-syntesen i brusk og derved hemme nedbrytning av brusken. Langtidsstudier indikerer at glukosamin kan ha en positiv effekt på bruskmetabolismen. Studier har vist at smertelindring er forventet å inntre etter noen ukers behandling. *Absorpsjon:* Absorberes via glukosetransportører. *Proteinbinding:* Bindsikke til plasmaproteiner. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 5 liter. *Halveringstid:* Ca. 2 timer etter i.v. tilførsel. *Metabolisme:* Hovedsakelig via heksosaminsystemet. *Utskillelse:* Ca. 38% av en i.v. dose utskilles som uforandret substans i urinen.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C.

**Pakninger og priser:** Dosepose: 30 stk. kr. 201,30, 90 stk. kr. 543,00.

Sist endret: 09.10.2006

Ref. 1): Se Felleskatalogen 2006



Algol Pharma AS, Smuget 1, 1383 Asker,  
Tlf: 66 90 55 66 Faks: 66 90 55 67 www.algolpharma.no

# Are you looking for Trøffel?

OSLO: Du finner ham på demensavdelingen ved Akerselva sykehjem i Oslo. Der jobber han skift.



Sharpeihunden Trøffel har brakt mye kos og trivsel inn i avdelingen - for pasienter og ansatte.

Trøffels eier kommer innom med ham hver ukedag.

– Han «jobber» skift og er her til forskjellige tider. Eieren forteller at han er sliten og fornøyd etter besøkene på avdelingen. Han gjør en god jobb. Han passer på pasientene. Dyr sender ting. Her om dagen la han seg utenfor ett av rommene. Han merket at pasienten var dårlig. Han la seg ned for å passe på at alt gikk bra, mener sykepleier Lise Holmquist.

## Ubetinget kjærighet

Demensavdelingen ved Akerselva sykehjem hadde lenge snakket om å få en katt til avdelingen.

– Men en dag hang det en lapp på oppslagstavlen i resepsjonen om det var en avdeling som kunne være tenke seg å «låne» en snill selskaps Hund. Det var jo ideelt for oss, forteller Holmquist.

Siden har Trøffel vært fast gjest på avdelingen. Han slipper å kjede seg hjemme alene, og ansatte og pasienter får anledning til å kose seg.

Mange av pasientene har selv hatt hunder.

– Trøffel vekker gamle minner. Det blir mye hundepprat. I begynnelsen var det mange som spurte om Trøffel «bare» var Hund. Han har jo ett litt spesielt utseende, sier Holmquist og ler.

## Oppmerksomhet

Alle på avdelingen er blitt glad i den rynkete hunden som snart fyller to år. Pasientene samler seg rundt Trøffel i korridoren når de

VENNSKAP: I løpet av et par måneder er Trøffel blitt hele avdelingens midtpunkt. – Han er så snill, sier pasient Grete som er blitt god kompis med kjæledeggen.



PÅ JOBB: Navnet er Trøffel og oppdraget kos.

hører at han er kommet. Trøffel bader i oppmerksomhet.

Belønningen han gir kommer i form av kose-stønn etter klapp og kløing. Han gir uttrykk for at han er blitt glad i den nye og utvidede flokken.

– Han bjeffer ikke. Vi er ikke sikre på om han kan det, sier Holmquist.

Ingen på avdelingen har lergi eller er redd for hunder.

– Dersom det er andre avdelinger rundt om i landet som går med lignende tanker, kan vi bare anbefale hund på avdelingen. Det har gjort arbeidsmiljøet riktig så godt.

#### Gjør inntrykk

De demente har begynt å spørre etter Trøffel når han ikke er der. Det er bemerkelsesverdige. Men ikke alle har helt

klart for seg akkurat hva han er. Holmquist forteller følgende historie:

– En av pasientene våre spurte en av de ansatte: Han sønnen din som var på besøk med det rynkede ansiktet, kommer han snart på besøk igjen? Han var så søt, forteller Lise Holmquist og ler godt.



HJERTELIG VELKOMST: Sykepleierne på demensavdelingen håper å møte sharpeihunden i gangen når de kommer på jobb. – Han er så hjertelig, sier sykepleier Lise Holmquist (til høyre).

## C Yasminelle Schering AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

**TABLETTER, filmdrasjerte:** Hver tablett inneh.: Drospirenon 3 mg, etinyløstradiol (som betadexclathrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebo-tabletter.

**Indikasjoner:** Antikonsepsjon.

**Dosering:** 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings 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 menstruasjonsblødnings første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra littet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonlignende 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. Annelig eller ervervet predisposisjon for vene eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller pankreatitt i sykehistorien når det er forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistanke om maligne tilstander i genitale organer eller brystene, hvis disse er påvirkelige av seksualsteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. 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 positivt familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgisk inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og at den ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, migrene, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røyke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidaleaniemi. Økning i hvor ofte migraneanfallet inntreffer og hvor kraftige anfalletene er (kan være prodromal-dialett for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med annelig angiodom kan eksogene østrogen indukere eller forverre symptomene på angiodom. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprover. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familær historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legekonsultasjon. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Oppkast eller diaré kan (For fullstendig preparatomtale (SFC), se [www.lege-middelverket.no/spc](http://www.lege-middelverket.no/spc)) føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tablettene og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de lyserøde tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

**Interaksjoner:** Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermed kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon viste ikke samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs noen signifikant effekt på serumkalium. Men samtidig bruk av aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. I slike tilfeller bør serumkalium kontrolleres i den første behandlingscyklussen. (I G03A A/AB p-piller)

**Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og andre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystsmerte, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vektøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasi, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetektokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Angiodem, alopeci, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Faryngitt. Neurologiske: Parestesi, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervøsitet, søvnproblemer, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migrene, varikøse vener. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Ovariecyster, menstruasjonstørrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginit, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkenmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerte, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerte, ekstrem tørste, økt svetting, vektapp.

**Egenskaper:** Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandring 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 tyntarmens mucosa og i leveren. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og fæces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

**Pakninger og priser:**  
3 x 21 stk. 252,40,  
3 x 28 stk. 252,40,  
Sist endret: 14.09.2006



## Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



# Hørte jeg «helse»?

Regjeringens omsorgsmelding er et godt stykke politikk for fremtidens eldre og andre med behov for helsetjenester og bistand. Derfor er det synd at den viktige forskjellen på helsetjenester og praktisk bistand ikke vies nok oppmerksomhet.

Helseperspektivet må styrkes. Meldingen underkommunisierer de store helsefaglige utfordringer-

ne kommunene står overfor. For pasienter som i gjennomsnitt har tre til fire aktive diagnoser må det fokuseres på mer enn behovet for et bedre sosialt og kulturelt tilbud. Det trengs flere sykepleiere og andre ansatte med høy helsefaglig kompetanse.

Regjeringen har riktignok lovet å ansette flere sykepleiere og annet helsepersonell. Rekrutteringen

vil bli betraktelig enklere dersom sykehjem og hjemmesykepleie defineres som ledd i en sammenhengende behandlingsskjede. En bevisst satsing på fagutvikling og forskning som grunnlag for en kunnskapsbasert praksis vil bidra til økt status. Foruten lønn, trekker gode fagmiljøer til seg kompetent arbeidskraft.

For øvrig bør det forebyggende helsearbeidet rettet mot eldre vektlegges sterkere. Regjeringen viser forståelse for at forebygging er viktig, men jeg savner gode og konkrete tiltak som er direkte innrettet mot eldre. En oppsøkte forebyggende helsetjeneste og helsestasjon for eldre er to tiltak som bør etableres!

I Danmark får alle eldre over 75 år tilbud om to årlige hjemmebesøk, i hovedsak fra sykepleiere med spesialkompetanse. Målet er å forebygge sykdom og fremme helse gjennom å gi råd og veiledning om muligheten for støtte og aktiviteter. Ved at problemer gripes fatt i på et tidlig tidspunkt, øker de eldres mulighet til å ta vare på seg selv.

Det er dokumentert at tiltaket har effekt. Derfor bør tilbudet også prøves ut i Norge. For eksempel gir et fall med påfølgende lårhalsbrudd store omkostninger både for samfunnet og den som rammes. Hvert lårhalsbrudd vi kan forebygge sparer samfunnet for 250 000 kroner, for ikke å snakke om verdien dette har for enkeltmennesket. God og effektiv forebygging koster langt mindre enn å reparere skader som har oppstått.

En godt bemannet og høyt kompetent helse- og omsorgstjeneste i kommunene er også nøkkelen til å løse mange av samhandlingsutfordringene mellom første- og andrelinjetjenesten. Slik har Sintef beskrevet det: «For kommunene er det som antydnet over ikke bare snakk om antall hender, men også et spørsmål om å ha den riktige sammensetningen av personell i forhold til å ivareta de oppgaver som skal utføres. (...) Kompetansemangelen dreier seg i stor grad om antallet sykepleiere.»

Omsorgsmeldingen inneholder en lang rekke gode strategier og tiltak. For befolkningen er det vesentlig at disse lykkes. Forutsetningen ligger særlig i økt satsning på gode helsetjenester og solide fagmiljøer, styrking av den helsefaglige kompetansen i hjemmesykepleie og sykehjem og økt vektlegging av forebyggende tiltak konkret innrettet mot de eldre. Dette må helse- og omsorgskomiteen på Stortinget legge til grunn når den nå behandler meldingen.

Bente G. H. Slaatten

Bente G. H. Slaatten



HÅP: Omsorgsmeldingen inneholder mange gode strategier og tiltak, men de må lykkes. Egen helsestasjon og forebyggende helsearbeid rettet mot eldre etter dansk modell er et av forslagene til Bente Slaatten. Foto: Colourbox.

## Betimelig gjennomgang

Utfordringene i spesialisthelsetjenesten er store. Spesielt har det vist seg vanskelig å organisere helsetjenestetilbudet i hovedstadsområdet. Resultatet er overkapasitet innen enkelte områder, dårlig ressursutnyttelse og manglende samordning. Slik kan det ikke fortsette.

Derfor er det betimelig at departementet nå jakter på mer hensiktsmessige måter å styre spesialisthelsetjenestetilbudet på.

Sammenslåing av Helse-Øst og Helse-Sør er en av mulighetene som vurderes. Uansett utfall, har helsestatsråden en utfordring i å tydeliggjøre utad hvilke problemstillinger som skal løses og hva som skal

være målet med eventuelle endringer. I tillegg forventer vi at innsparingsmaset må parkeres. Anslagene om at det kan spares nærmere en milliard kroner på en sammenslåing, har ikke rot i virkeligheten.

I en spesialisthelsetjeneste der de ansattes effektiviserings- og omstillingstretthet begynner å bli stor, er en rask avklaring nødvendig. Deretter forventer vi at det brukes tilstrekkelig tid for å få til en god prosess ved en eventuell endring. En solid og velfundert omstillingsprosess er nemlig avgjørende for å nå målet om gode og likt tilgjengelige helsetjenester for befolkningen.



# Får etterbetalt ubekvemstillegg

Er du ansatt i et helseforetak som tidligere lå inn under KS-området, og som etter 2002 endret praksis for beregning og utbetaling av lørdags-, søndags-, kvelds- og nattilleggene?

Da kan du ha krav på etterbetaling.

Det er klart etter at NSF har fått full aksept for sitt syn i forliksforhandlinger med Navo. Tvisten gjaldt beregning og utbetaling av lørdags- og søndagstilleggene og kvelds- nattilleggene.

Fra 2002 endret en rekke helseforetak praksis, og begynte å beregne og utbetale ubekvemstilleggene etterskuddsvis etter faktisk utført arbeidstid. Tidligere ble tilleggene beregnet til faste årsbeløp, og utbetalt med like månedlige beløp. Det var denne ordningen NSF mente fortsatt skulle gjelde, og som Navo nå har akseptert.

– Det har vært en lang og komplisert prosess å komme til enighet, men vi er selvsagt svært fornøyd med at Navo har sluttet seg til våre synspunkt, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i NSF.

Allerede for et år siden startet

arbeidet med å komme frem til enighet om tvisten. Enigheten innebærer at ubekvemstilleggene og ytelser etter særavtaler som partene mener skal være pensjonsgivende, skal beregnes på årsbasis og omregnes til månedlige beløp.

## Hvem gjelder det for?

Det er primært medlemmer ved helseforetak som tidligere lå inn under KS-tarifformråde og som etter 2002 endret praksis for beregning og utbetaling av tilleggene som vil bli berørt. Helseforetak som tidligere var i KS-området, men som ikke har endret praksis etter 2002, vil ikke omfattes av etterbetalingsbestemmelsene. Det foretas ikke etterbetaling og oppjustering av pensjonsgivende inntekt for de som har sluttet i helseforetaket før 31. desember 2004.

Ansatte i helseforetak som tidligere var statlige sykehus eller tilknyttet Oslo kommune berøres ikke.

## Snarlig opprydning på gang

Helseforetak som har beregnet og utbetalt ubekvemstilleggene etterskuddsvis etter faktisk utført ubekvem arbeidstid, må endre praksis senest innen 1. april 2007. Etterbetalingen av for lite utbetalt ubekvemstillegg foretas senest i forbindelse med lønnsutbetaling i april 2007.

Etterbetalingen utgjør 3 prosent av utbetalt lørdags- og søndagstillegg og kvelds- og nattillegg fra det tidspunkt feil praksis ble innført. Etterbetaling skjer fra det tidspunkt feil praksis ble innført, dog ikke tidligere enn 1. januar 2003. Etterbetalingen skal inngå i feriepengegrunnlaget for 2007.

Oppjustering av pensjonsgrunnlaget skal skje innen 1. juli 2007. Dersom etterbetalingsbeløpet totalt for de aktuelle år utgjør mindre enn 1000 kroner, skal det ikke foretas oppjustering av pensjonsgrunnlaget.

# NSF med banktilbud til medlemmene

Nå kan NSF-medlemmer få inntil 30 prosent rabatt på kundeprogrammene Total, Total pluss og SAGA i DnBNOR.

I DnBNOR er forskjellige tjenester knyttet sammen i kundeprogrammer som er tilpasset de forskjellige livsfasene. Gjennom en avtale med banken, sørger NSF for gunstige rabatter for medlemmene.

Blant annet tilbys det lån til bolig, fritidsbolig, bil og forbruk. For førstehjemskjøpere er det mulig å få finansiert inntil 100 prosent av kjøpesummen.

Kundeprogrammene omfatter også gebyrfrie varekjøp i Norge og

i utlandet, gebyrfrie uttak i DnBNORs minibanker hele døgnet og gebyrfri regningsbetaling innenlands i nettbank, telegiro/avtalegiro samt kontofon. Du får også Visa og MasterCard uten årsgebyr, gunstig reise- og avbestillingsforsikring og ordningen DnBNOR Assistanse.

Ønsker du å benytte deg av medlemstilbudet, må du ringe DnBNOR på telefon: 04800 eller henvend deg til ditt nærmeste

DnBNOR-bankkontor. Vis til NSF's BFA-avtale 1160. Dette gjelder både for deg som allerede er kunde i DnBNOR og for deg som ønsker å vurdere tilbudet som ny kunde.

En egen ordning gjelder for NSF-Students medlemmer:

I kundeprogrammet «Student» har DnBNOR samlet det du som er student trenger av banktjenester. Som studentmedlem i NSF slipper du å betale for «Student» de tre første årene. Deretter får du 30 prosent rabatt, som betyr en pris på kun kr 21 per måned.

Mer informasjon finner du på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

## NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på [www.sykepleierforbundet.no/sistenytt](http://www.sykepleierforbundet.no/sistenytt), og les mer.

### Nye varslingregler iverksatt

Ved nyttår trådte de nye reglene om varsling i arbeidsmiljøloven i kraft. Reglene gir ansatte lov hjemlet rett til å varsle om kritikkverdige forhold, og styrker vernet mot gjengjeldelser. Det er viktig å merke seg at loven pålegger arbeidsgivere å legge forholdene til rette for varsling i virksomheten.

### – Jobb for økt kvalitet og redusert fravær

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er gjennom hovedorganisasjonen Unio engasjert i programmet «Kvalitetskommuner». – NSF's tillitsvalgte er naturlige samarbeidspartnere for kommuner som deltar i programmet, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

### Nær 3000 flere NSF-medlemmer

2 712 nye medlemmer fant veien til Sykepleierforbundet i 2006. – Gledelig medlemsvekst og positivt at så mange melder seg inn, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten. Hun kan nå skilte med nær 82000 medlemmer.

### Verv og vinn!

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



## c Remicade «Schering-Plough»

Immunosuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A A12

**PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE 100 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Infiliximab 100 mg, sakkarose, polysorbat 80, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat.

**Indikasjoner:** *Reumatoid artritt:* Reduksjon av tegn og symptomer, samt forbedring av fysisk funksjon i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med aktiv sykdom som ikke har respondert tilfredsstillende på annen sykdomsmodifiserende behandling, inkludert metotreksat. Reduksjon av tegn og symptomer i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med alvorlig, aktiv og progredierende sykdom som ikke tidligere er behandlet med metotreksat eller andre DMARD (sykdomsmodifiserende legemidler). I disse pasientgruppene er det, målt ved røntgen, vist en reduksjon i progresjonshastigheten av leddskade. *Crohns sykdom:* Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunosuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. Behandling av aktiv fistulerende Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenasje og immunosuppressiv behandling). *Ulcerøs kolitt:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling med kortikosteroider, 6-merkaptopurin eller azatioprin, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. *Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom):* Behandling av ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom) hos pasienter med alvorlige aksiale symptomer, forhøyede serologiske markører på inflammatorisk aktivitet og som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling. *Psoriasisartritt:* Behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne når responsen på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatisk behandling ikke har vært tilfredsstillende. Gitt alene (hos pasienter som ikke tåler metotreksat eller hvor metotreksat er kontraindisert) eller i kombinasjon med metotreksat. *Psoriasis:* Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som ikke har respondert på, eller som har en kontraindikasjon mot eller som ikke tolererer annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA. **Dosering:** Administreres og monitoreres under oppsyn av en lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Anbefales ikke til bruk hos barn  $\leq 17$  år, da effekt ikke er fastslått. Den anbefalte infusjonsdosen er 2 timer, men hos nye utvalgte pasienter med reumatoid artritt og som har tolerert 3 initiale 2-timers infusjoner, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på minst 1 time. Gis som i.v. infusjon. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen med hensyn på akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. **Voksne:  $\geq 18$  år:** *Reumatoid artritt:* Ikke tidligere behandlet med infliksimab: 3 mg/kg etterfulgt av 3 mg/kg, 2 og 6 uker etter den 1. infusjonen, og deretter hver 8. uke. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 uker behandling. Forsatt behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne perioden. *Alvorlig, aktiv Crohns sykdom:* 5 mg/kg. Tilgjengelige data støtter ikke videre behandling hos pasienter som ikke responderer på den 1. infusjonen innen 2 uker. Hos pasienter som responderer er de alternative strategiene for fortsatt behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg 2 og 6 uker etter den 1. dosen, etterfulgt av infusjoner hver 8. uke. Fornytt behandling: Infusjoner på 5 mg/kg dersom tegn og symptomer på sykdommen kommer tilbake. *Aktiv fistulerende Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere. Dersom en pasient ikke responderer etter disse 3 infusjonene, bør det ikke gis ytterligere behandling med infliksimab. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene ytterligere eller fornytt behandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Fornytt behandling dersom tegn eller symptomer på sykdommen kommer tilbake, etterfulgt av infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Erfaring med fornytt behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. *Ulcerøs kolitt, psoriasisartritt og psoriasis:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, og deretter hver 8. uke. Klinisk respons hos pasienter med ulcerøs kolitt oppnås vanligvis innen 14 ukers behandling (3 infusjoner). Forsatt behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Pasienter med psoriasisartritt og psoriasis som ikke responderer etter 14 uker (etter 4 infusjoner), bør ikke gis flere behandlinger. *Ankyloserende spondylitt:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, og deretter hver 6. - 8. uke. Dersom en pasient ikke responderer innen 6 uker (dvs. etter 2 infusjoner), bør det ikke gis flere behandlinger. *Fornytt behandling ved Crohns sykdom og reumatoid artritt:* Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan en ny administrering gis innen 16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner etter legemiddelopphold  $< 1$  år, se Forsiktighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter legemiddelopphold på  $> 16$  uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohns sykdom og reumatoid artritt. *Fornytt behandling ved ulcerøs kolitt og psoriasisartritt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornytt behandling ved ankyloserende spondylitt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6. - 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornytt behandling ved psoriasis:* Begrenset erfaring fra fornytt behandling med 1 enkelt dose hos psoriasispatienter etter et intervall på 20 uker, antyder redusert effekt og en høyere insidens av milde til moderate infusjonsreaksjoner, sammenlignet med det initiale indusjonsregimet. **Kontraindikasjoner:** Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesser og opportunistiske infeksjoner (f.eks. pneumocystis carinii pneumoni, histoplasmose, koksidiomykose, aspergillose og candidainfeksjon i øsofagus). Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Kjent hypersensitivitet for innholdsstoffene eller murine proteiner. **Forsiktighetsregler:** Erfaring viser at hos noen pasienter er eget forsvar mot infeksjoner nedsatt under infliksimabbehandling. Hemming av TNF $\alpha$  kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjennelse av et atypisk klinisk forløp for alvorlige infeksjoner er kritisk for å redusere forsinkelse av diagnostisering og behandling. Hos pasienter med fistulerende Crohns sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infliksimabbehandling initieres før en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose for, under og etter behandling med infliksimab. Siden eliminasjonen av infliksimab kan ta opp til 6 måneder, skal monitoreringen fortsette gjennom hele denne perioden. Videre behandling med infliksimab skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infliksimab skal gis til pasienter med kronisk infeksjon, som har hatt tilbakevendende infeksjoner eller som bruker immunosuppressive legemidler. Pasientene bør unngå potensielle risikofaktorer for infeksjon. Tuberkulose,

bakterielle infeksjoner, inkl. sepsis og pneumoni, invasive soppinfeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner (som pneumocystose, histoplasmose, cytomegalovirusinfeksjon, atypiske mykobakterier, listeriose og aspergillose) er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. milær tuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med infliksimab skal alle pasienter undersøkes nøye for tuberkulose (både aktiv og latent). Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose, ev. mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunosuppressiv behandling. Relevante «screening»-tester dvs. tuberkulintest og røntgen av lungene bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Vær oppmerksom på at en kan få falsk negativ tuberkulintest spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunosupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, må ikke behandlingen med infliksimab startes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling mot latent tuberkulose startes i.h.t. lokale retningslinjer før oppstart med infliksimab. I denne situasjonen skal nytte kontra risiko ved bruk av infliksimab overveies svært nøye. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, mild feber) under eller etter behandling med infliksimab. Ingen data foreligger mht. respons på vaksinering med levende vaksiner eller sekundær overføring av infeksjon med levende vaksiner ved anti-TNF-behandling. Samtidig administrering av levende vaksiner er derfor ikke anbefalt. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi hos pasienter behandlet med infliksimab. Den lange halveringstiden til infliksimab bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infliksimabbehandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Erfaringen er begrenset mht. sikkerhet hos pasienter som har gjennomgått arthroplastikk. Reaktivering av hepatitt B er sett hos kroniske bærere av viruset (dvs. overflateantigenpositive), og disse skal undersøkes og monitoreres nøye før og under behandling. Isolerte tilfeller av leversvikt som resulterte i levertransplantasjon eller død har forekommet. Pasienter med symptomer eller tegn på leverdysfunksjon, skal undersøkes for tegn på leverskade. Dersom pasienten utvikler gulsott og/eller ALAT-økning  $\geq 5$  ganger den øvre normalgrensen, skal preparatet seponeres og en grundig undersøkelse gjennomføres. Akutte infusjonsreaksjoner, inkl. sjeldne anafylaktiske reaksjoner, kan utvikles under (i løpet av sekunder) eller innen få timer etter infusjon. Dersom akutte infusjonsreaksjoner inntreffer skal infusjonen avbrytes umiddelbart og dersom alvorlige reaksjoner oppstår, må symptomatisk behandling gis infliksimabbehandling avsluttes. Utstyr for akuttbehandling må være tilgjengelig. Pasienten kan behandles på forhånd med f.eks. et antihistamin, hydrokortison og/eller paracetamol, og infusjonshastigheten kan senkes for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner, spesielt dersom infusjonsreaksjoner har inntrefft tidligere. Antistoffer mot infliksimab kan utvikles og er forbundet med økt frekvens av infusjonsreaksjoner. Det er også sett en sammenheng mellom utvikling av antistoffer mot infliksimab og redusert varighet av respons. Samtidig administrering av immunmodulerende legemidler er forbundet med lavere insidens av antistoffer og redusert frekvens av infusjonsreaksjoner. Effekten av samtidig immunmodulerende behandling er mer uklar hos pasienter behandlet episodisk enn ved vedlikeholdsbehandling. Annen samtidig medisiner (f.eks. kortikosteroider og immunosuppressiva) bør være optimalisert. Pasienter som slutter med immunosuppressiva før eller under infliksimab-behandlingen, har større risiko for utvikling av antistoffer, som ikke alltid detekteres i serumprøver. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner har forekommet etter legemiddelopphold  $< 1$  år. Tegn og symptomer inkl. myalgi og/eller artralgi med feber og/eller utslett. Noen pasienter opplever kløe, ødem i ansikt, hender eller leppe, dysfagi, urticaria, sår hals og hodepine. Økt risiko for forsinket hypersensitivitet med økende lengde på legemiddeloppholdet. Pasienter må rådes til umiddelbart å søke medisinsk hjelp dersom de opplever forsinkede bivirkninger. Dersom pasienter behandles på nytt etter et lengre opphold, må de overvåkes nøye for tegn og symptomer på forsinket hypersensitivitetsreaksjon. En mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter ved behandling med TNF-hemmende legemidler kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet må utvises ved vurdering av behandling av pasienter som utvikler maligniteter mens de får infliksimab eller pasienter med maligniteter i anamnesen, samt hos pasienter med økt risiko for maligniteter pga. storøyking. Forsiktighet skal også utvises ved psoriasis og ekstenziv immunosuppressiv behandling, eller forlenget PUVA-behandling i anamnesen. Pasienter med ulcerøs kolitt, som har økt risiko for dysplasi e. tykktarmskreft (f.eks. pasienter med mangeårige ulcerøs kolitt eller primær skleroserende kolangitt) eller som har hatt dysplasi eller tykktarmskreft, bør undersøkes for dysplasi jevnlig før behandling og gjennom hele sykdomsforløpet. Undersøkelsen bør inkl. koloskopi og biopsi ifølge lokale retningslinjer. Ved nydiagnostisert dysplasi bør det vurderes nøye hvorvidt infliksimab-behandlingen skal avsluttes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom er rapportert hos ungdom og yngre voksne med Crohns sykdom, som er behandlet med infliksimab samtidig med azatioprin eller 6-merkaptopurin. Denne sjeldne typen T-cellelymfom har et veldig aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis dødelig. Det skal utvises forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Utvikles nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt, skal infliksimab-behandlingen avbrytes. Det relative underskuddet av TNF $\alpha$  som forårsakes av anti-TNF-behandling, kan forårsake en autoimmuniseringsprosess. Hvis en pasient utvikler symptomer som indikerer et lupuslignende syndrom etter behandling med infliksimab, og utvikler antistoffer mot dobbeltrådet DNA, må videre behandlingen med infliksimab ikke gis. Infliksimab og andre stoffer som hemmer TNF $\alpha$  har i sjeldne tilfeller vært forbundet med optikusneuritt, krampor og debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyelinerende sykdom inkl. multipel sklerose. Nytte kontra risiko må derfor vurderes nøye før oppstart med infliksimab hos pasienter med eksisterende eller nylig inntrefft debut av demyelinerende tilstander i det sentrale nervesystemet. Sikkerhet og effekt ved bruk hos pasienter  $\leq 17$  år er ikke tilstrekkelig undersøkt og anbefales derfor ikke. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. **Interaksjoner:** Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med infliksimab er ikke etablert. Derimot er det sett økt risiko for alvorlige infeksjoner ved kombinasjon av annen anti-TNF $\alpha$ -behandling og anakinra, og ingen ytterligere nytte sammenlignet med TNF $\alpha$ -hemmer gitt alene. Kombinasjonen er derfor ikke anbefalt. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Ingen uventede effekter på utallet av graviditeten. Infliksimab hemmer TNF $\alpha$  og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos den nyfødte. Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring, og infliksimab er derfor ikke anbefalt under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling med infliksimab og i minst 6 måneder etter siste behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men immunglobuliner skilles ut i melk. Derfor må ikke kvinner amme før minst 6 måneder etter at behandling

forts. neste side

med infliksimab er avsluttet. **Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré, mave-smerter, dyspepsi. Hud: Utslett, kløe, urticaria, økt svetting, torr hud. Lever: Forhøyede levertransaminaser. Luftveier: Infeksjon i øvre og nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, sinusitt. Sirkulatoriske: Rødme. Øvrige: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesinfeksjoner), feber, hodepine, vertigo/svimmelhet, tretthet, brystmerter, infusjonsrelaterte reaksjoner, serumsykkelignende reaksjoner. *Mindre hyppige:* Blod: Anemi, leukopeni, lymfadenopati, lymfocytose, lymfopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Forstoppelse, gastroøsofagal refluks, keilitt, divertikulitt. Hud: Soppdermatitt/onkomykose, eksem/seboré, hordeolum, bullos erupsjon, furunkulose, hyperkeratose, rosacea, vorter, abnormal hudpigmentering/farge, alopeci. Lever: Abnormal leverfunksjon, kolecyttitt. Luftveier: Epistaxis, bronkospasmer, pleuritt, allergiske luftveisreaksjoner, lungeødem. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi, ryggsmerte. Neurologiske: Forverring av demyeliniserende sykdom som tyder på multipel sklerose. Psykiske: Depresjon, forvirring, agitasjon, amnesi, apati, nervøsit, somnolens, insomni. Sirkulatoriske: Ekkymoser/hematom, hypertensjon, hypotensjon, synkope, petekkier, tromboflebitt, bradykardi, palpitasjon, vasospasmer, cyanose, perifer ischemi, arytmier, forverring av hjertesvikt. Syn: Konjunktivitt, endoftalmitt, keratokonjunktivitt, periorbital ødem. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, pyelonefritt, vaginitt. Øvrige: Smerte, frysninger/stivhet, abscesser, cellulitt, moniliasis, sepsis, vanskeligere sårtilheling, autoantistoffer, komplementfaktorabnormalitet, lupuslignende syndrom, ødem, hetetokter, bakterieell infeksjon, tuberkulose, soppinfeksjon, reaksjoner ved injeksjonsstedet, anafylaktiske reaksjoner. *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Pancytopeni, hemolytisk anemi, idiopatisk trombocytopenisk purpura, trombotisk trombocytopenisk purpura, agranulocytose. Gastrointestinale: Intestinal perforasjon, intestinal stenose, gastrointestinal blødning, pankreatitt. Lever: Hepatitt, hepatocellulær skade, gulsott, leversvikt, autoimmun hepatitt. Luftveier: Interstitiell pneumoni/fibrose, pleural effusjon. Neurologiske: Demyeliniserende lidelser (slik som multipel sklerose og optikusneuritt), Guillain-Barrés syndrom, neuropatier, nummenhet, transvers myelitt, kribling, krampeanfoll, meningitt. Sirkulatoriske: Forverret hjertesvikt, nye tilfeller av hjertesvikt, sirkulatorisk svikt, takykardi, perikardeffusjon, vaskulitt (primært kutan). Øvrige: Granulomatøs lesjon, anafylaktisk sjokk, serumsyke, opportunistiske infeksjoner slik som tuberkulose, atypiske mykobakterier, pneumocystose, histoplasmose, koksidiomykose, kryptokokkose, aspergilliose, listeriose, candidainfeksjon, salmonellose, reaktivering av hepatitt B, hepatosplenisk T-cellelymfom (ungdom og unge voksne med Crohns sykdom), lymfom (inkl. non-Hodgkins lymfom og Hodgkins sykdom). Tilfeller av anafylaksilignende reaksjoner inkl. laryngealt/paryngealt ødem, alvorlige bronkospasmer og krampeanfoll er vist å ha sammenheng med infliksimab-behandling. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Det har vært gitt enkelt doser på opptil 20 mg/kg uten at dette har medført toksiske effekter. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C. Må ikke fryses. Den rekonstituerte oppløsningen er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer i kjøleskap. Oppløsningen inneholder ikke konserveringsmidler, og preparatet bør brukes så snart som mulig innen 3 timer etter blanding og fortykning. **Andre opplysninger:** Hvert hetteglass skal tilberedes med 10 ml vann til injeksjon vha. en sprøyte med en 21 gauge (0,8 mm) eller tynnere nål. Den totale dosen av den tilberedte oppløsningen fortynnes videre med natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml til 250 ml. Bruk et lavproteinbindende filter (porestr. 1,2 µmeter eller mindre) under infusjonen. **Pakninger og priser:** Hettegl.: 1 stk. kr 6079,70. Pris per januar 2007.

Sist endret: 04.01.2007

Referanse: 1) Preparatomtale



Postboks 398, 1326 Lysaker  
Besøksadresse: Ankerveien 209, 1359 Eiksmarka  
Telefon 67 16 64 50, Faks 67 16 64 66  
[www.remicade.no](http://www.remicade.no)

# Internett til helseformål

Seks av ti nordmenn har brukt internett for helseinformasjon, en dobling i løpet av fem år.

Nasjonalt senter for telemedisin leder en europeisk studie omkring vaner og trender vedrørende bruk av internett til helseformål blant befolkningen i sju europeiske land.

I den norske delen ble vel 1 000 personer over 15 år telefonintervjuet.

Bruken av internett til helseformål øker i alle aldersgrupper. Men fortsatt er leger og annet helsepersonell den viktigste kilden til helseinformasjon. Internett er et supplement, ikke erstatning, for andre kilder til helseinformasjon.

## Resultater:

58 % av alle nordmenn hadde brukt Internett i helsesammenheng i 2005 mot 31 % i 2001.

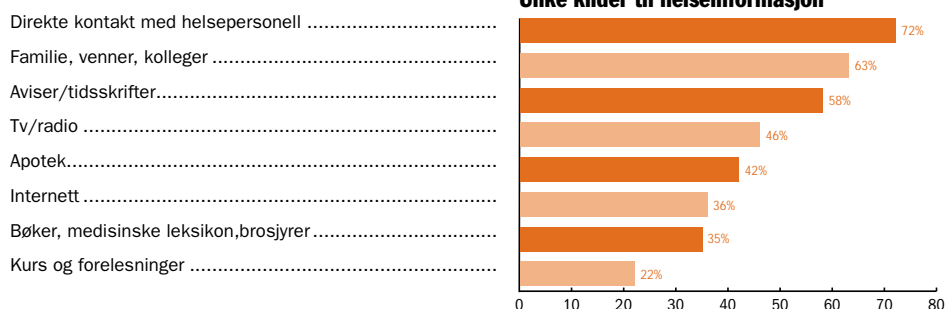
37 % mente at internett var en viktig eller svært viktig kanal for helseinformasjon. Andelen som vurderte direkte kommunikasjon med helsepersonell som viktig eller svært viktig var nesten dobbelt så stor - 72 %.

23 % opplyste å ha blitt beroliget av helseinformasjon de hadde funnet på internett, mens 10 % var blitt bekymret eller engstelige.

Hver tredje nordmann legger vekt på at legen tilbyr e-helsetjenester som e-post, informasjon på nett og online timebestilling.

For mer informasjon: [www.telem.no](http://www.telem.no)

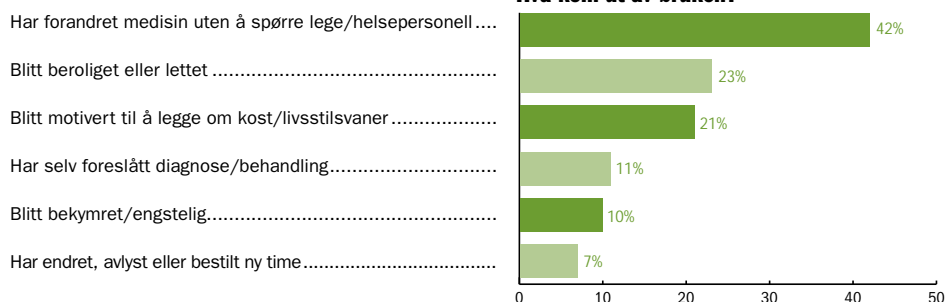
## Ulike kilder til helseinformasjon



## Bruk av internett



## Hva kom ut av bruken?



# Master i klinisk sykepleie

Høgskolen i Gjøvik (HiG) har som det første studiestedet i Norge fått godkjent et masterstudium i klinisk sykepleie som integrerer anestes- og operasjonssykepleie.

Det nye masterstudiet er nylig akkreditert av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (Nokut).

– Dette er en mastergrad som er etterspurt av både kommunehelsetjeneste og sykehus, skriver prosjektleder Solveig Struksnes på høgskolens nettsider.

Det spesielle med denne mastergraden er at den kan integrere spesial- og videreutdanninger som anestes- eller operasjonssykepleie, som tidligere ikke er godkjent.

– Nokut har nå gitt aksept for en helt ny tankegang, og vi er

først i landet med å få gjennomslag for dette, sier hun.

Struksnes mener det nye mastergradsstudiet er viktig også for lavere grader, fordi det er med på å heve det faglige nivået generelt. HiG har med klinisk sykepleie fått godkjent sitt sjette mastergradsstudium.

Høgskolen i Gjøvik har jobbet siden 2002 med godkjenning av masterstudiet, og med dette er de et steg nærmere å oppfylle de faglige kravene for opprettelsen av Innlandsuniversitetet.

## Minneord

### Inger Jarl Nielsen

Inger forlot verden 15. juli 2006 etter en tids sykdom.

Inger ble født i Narvik 19. juni 1943. Hun tok sin sykepleierutdanning ved Røde Kors Sykepleierskole, Sentralsykehuset i Akershus. Fra 1965 til 1993 jobbet hun i Mottagelsen ved samme sykehus, de siste årene som oversykepleier.

Fram til hun døde jobbet hun som nattavdelingssykepleier ved Lørenskog sykehjem. I denne perioden jobbet hun med å utvikle omsorgsarbeiderutdanninga i kommunen.

Inger var sterkt engasjert i faget sitt, hun satte høye krav til faglighet og faglig forvarlighet var hennes ledestjerne.

Inger var aktiv i fagforeningsarbeidet. I mange år var hun tillitsvalgt ved Lørenskog sykehjem. Hun var også med i den lokale gruppen som jobbet med omsorg ved livets slutt.

Da hun ble syk tok hun det med stor ro. Etter måneder med behandling begynte hun å jobbe litt. Dessverre blusset sykdommen opp igjen, og hun måtte gi tapt.

Tilbake sitter hennes mann Ragnar, barna Gøril og Vegard og fire barnebarn, det siste ble født 14 dager etter at Inger døde, samt venner og kolleger.

Vi savner deg, Inger.

Helga Stenbæk og Ragnhild S. Holm, venninner og kollegaer

## NSF FYLKESKONTORER

**Akershus**, fylkesleder Ragnhild Hegg, tlf. 22043304/90820872  
fax 22043121, Tollbugt 22, PB 456 Sentrum, 0104 Oslo,  
ragnhild.hegg@sykepleierforbundet.no

**Aust-Agder**, fylkesleder Cathrine M. Evensen, tlf. 37098780/91606535, fax 37098781, Møllebakken 15, 4841 Arendal,  
cathrine.evensen@sykepleierforbundet.no

**Buskerud**, fylkesleder Einar Vik Andersen, tlf. 32896650/91780334,  
fax. 32896651, Nedre Storgate 35, 3015 Drammen,  
einar.andersen@sykepleierforbundet.no

**Finnmark**, fylkesleder Leif Arne Hansen, tlf. 78417376, fax 78417381,  
Sjøgt. 10, PB 343, 9615 Hammerfest,  
leif.arne.hansen@sykepleierforbundet.no

**Hedmark**, fylkesleder Bente Irene Aaland, tlf. 62425520/ 95183595,  
fax 62425521, Kirkeveien 58, PB 106, 2401 Elverum,  
bente.aaland@sykepleierforbundet.no

**Hordaland**, fylkesleder May-Anne Golten, tlf. 55903920/91736304,  
fax 55903921, Lars Hillesgt. 19, 5008 Bergen,  
mary-anne.golten@sykepleierforbundet.no

**Møre og Romsdal**, fylkesleder Kirsten Gujord Meese, tlf. 71257370/  
90061518, fax 71257371, Strandgt. 3, PB 419, 6401 Molde, kirsten.  
meese@sykepleierforbundet.no

**Nordland**, fylkesleder Johnny Ødegaard, tlf. 75585100/90890393,  
fax: 75585101, NSF Nordland, 8038 BODØ, Storgt. 54,  
johnny.odegard@sykepleierforbundet.no

**Nord-Trøndelag**, fylkesleder Tove Sagnes, tlf. 74146880/91140943,  
fax 74146881, Skippergata 11 A, 7725 Steinkjer,  
tove.sagnes@sykepleierforbundet.no

**Oppland**, fylkesleder Jette Struck, tlf. 61188960/48057980,  
fax 61188961, Bjørnsonsgate 5, 2821 Gjøvik,  
jette.struck@sykepleierforbundet.no

**Oslo**, fylkesleder Eli Gunhild By, tlf. 22043304/41655087,  
fax 22043131, Tollbugt. 22, Pb. 539 Sentrum, 0105 Oslo,  
eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

**Rogaland**, fylkesleder Inger Skjæveland, tlf. 51537990/90759283,  
fax 51537991, Møllegt. 37, PB 494, 4003 Stavanger,  
inger.skjaveland@sykepleierforbundet.no

**Sogn og Fjordane**, fylkesleder Oddgeir Lunde, tlf. 57832270/  
97083517, fax 57832271, Hafstadvegen 34, PB 731, 6804 Førde,  
oddgeir.lunde@sykepleierforbundet.no

**Sør-Trøndelag**, fylkesleder Ragnhild Lien, tlf. 73536530/91593909,  
fax 73536531, Kjøbmannsgt. 40, PB 287, 7402 Trondheim,  
sor-trondelag@sykepleierforbundet.no

**Telemark**, fylkesleder Sigrunn Øygarden Gundersen Tlf: 35532774/  
90046381, Lundegt. 4c, 3724 Skien, sog@sykepleierforbundet.no

**Troms**, fylkesleder Hanne Marit Bergland, tlf. 77635940/91121519,  
fax 77635941, Storgata 61, Postboks 626, 9256 Tromsø,  
Hanne.Bergland@sykepleierforbundet.no

**Vest-Agder**, fylkesleder Reidun Kvanneid, tlf. 38072190/90205377,  
fax 38072191, Dronningens gate 12, PB 261, 4663 Kristiansand,  
reidun.kvanneid@sykepleierforbundet.no

**Vestfold**, fylkesleder Solveig Osland Sandvik, tlf. 33331844,  
fax 33331841, Grev Wedelsgate 12, 3111 Tønsberg,  
solveig.osland.sandvik@sykepleierforbundet.no

**Østfold**, fylkesleder Karen Brasetvik, tlf. 69132980,  
fax 69132981/95102240, Kirkegt. 69, PB 302, 1702 Sarpsborg,  
karen.brasetvik@sykepleierforbundet.no



# – Ikke gjør som morra di sier

Hva er egentlig ledelse? Hvorfor gidder noen å gjøre det andre sier de skal gjøre? spør sosialantropolog Tian Sørhaug.

På vintermøtet til Norsk Dagkirurgisk Forum snakket sosialantropolog Tian Sørhaug om ledelse. Til daglig arbeider han ved Universitetet i Oslo.

Sørhaug er vant til å snakke til helsepersonell og har gjort seg noen erfaringer både som pasient og pårørende. Sørhaug mener måten store deler av helsetjenesten er organisert på er lite heldig for pasientene.

– Det er et hierarkisk system som virker dårlig når det skjer noe som gjør at det kreves samarbeid på tvers av systemet, sier Sørhaug og legger første foil på overheaden som skal illustrere poenget. Som en forklaring på de rotete figurene som lyser opp på veggen, sier han tørrvittig:

– Dere skjønner jeg mistet alle foilene mine. Jeg har brukt dem i 20 år, men nå måtte jeg lage noen kjappe på strak arm.

## Tungvint

Poenget hans er likevel klart: Fru Hansen har brukket foten og havner på ortopedisk avdeling. I tillegg har hun diabetes og kreft. For å finne ut om eventuelle komplikasjoner før operasjon, må legen eller sykepleieren snakke med fagfolk som kan de andre diagnosene til fru Hansen. Men de kan ikke sende en e-post, eller ringe selv.

– Legen eller sykepleieren må ta saken opp med sin divisjonsleder. Han/hun kan være ingeniør, for alt jeg vet, og trenger ikke ha peiling på sykdom, sier Sørhaug. Han/hun snakker så med lederne av de aktuelle seksjonene. Disse

lederne har heller ikke peiling på sykdom. Disse må igjen formidle beskjeden ned til sine fagfolk og så skal informasjonen samme vei tilbake.

– Dette er jo skrekkelig tungvint. Dersom man hadde hatt en mer flat struktur, hadde dette kanskje vært lettere, sier han.

## Autoritet

Ledelse er noe interaktivt, ifølge Sørhaug.

– Det er økonomi, moral, politikk, fag og psykiatri. Kunsten er å vite hva det er som mobiliserer folk.

– En leder er avhengig av autoritet. Hva er egentlig det? spør han og gir selv svaret:

– Noe mer enn en overtalelse og noe mindre enn en ordre. En leder har ikke tid til å gå rundt å overtale folk hele tiden, sier han.

Sørhaug mener også at ledere er et slags substitutt for noe som mangler på en arbeidsplass.

– De fleste arbeidsoppgaver bør det finnes rutiner for. Det er når unntakene fra rutinene dukker opp at folk begynner å mase om ledelse, sier han.

## Ugh-ugh

Mang en leder har holdt festtaler som ansatte ikke helt kjenner seg igjen i. Sørhaug tror at det å kunne prate for seg er en fordel som leder, uansett kultur

– Jeg har en historie fra en indianerstamme i USA. Ordet de brukte på leder oversettes til: «Godt snakk - kastet til folket», forteller han og høster latter fra publikum.

En leder skal ha makt og tillit på samme tid.

– En vanskelig kombinasjon, om ikke umulig. Det er vanskelig å ha tillit til noen som har makt over deg, sier han.

– Jeg er selv en «periodeleder».



IKKE TRO for mye på ledelse, advarer Tian Sørhaug.

Jeg vet det er ting jeg er flink til, og ting jeg ikke er flink til. Når tingene jeg ikke er flink til dukker opp, har jeg tatt min hatt og gått. Mitt motto som leder er: Gå ut før du blir båret ut, sier han.

## Ikke tenk!

En leder handlet alltid på vegne av...

– Du handler på vegne av eiere, ansatte, markedet eller andre ting. Du handler aldri på vegne av deg selv. Å lede er et mandat som gis deg. For at det skal fungere må mandatet tas imot. Det betyr at du må være villig til å ta ansvar. Du må få jobben gjort på en god måte.

– Jeg tror det er viktig å ikke tenke for mye på dette. Da får du det i hvert fall ikke til noe, advarer Sørhaug.

## Fag og autoritet

I helsevesenet har profesjoner kjempet mot hverandre når det gjelder hvem som er mest kompetente til å lede. Sørhaug tror ikke nødvendigvis det alltid er den

beste fagmannen som skal være leder. Men man må kunne noe fag for å ha autoritet hos de ansatte, sier han og spør seg selv:

– Hvorfor er dette med ledelse plutselig blitt så kjempemorsomt å snakke om?

– Det kan ha sammenheng med alle endringene som skjer i arbeidslivet. Det virker som en tendens at en leder blir et substitutt for struktur. Når alle maser om ledelse betyr det sannsynligvis at bedriften mangler struktur og retningslinjer. Når verden blir uforutsigbar vil man ha en leder som inkarnasjonen på struktur. Da har man også noen å skyldte på når ting går galt.

– Du må ikke tro for mye på ledelse, proklamerer Tian Sørhaug som om han skulle ramse opp de ti bud, men fortsetter:

– Det betyr ikke at vi ikke trenger den.

**C Loette 28 Wyeth**

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A07

**TABLETTER, filmdrasjerte:** Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Antikonseptjon. **Dosering:** Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive 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 sædpreparat) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tabletfrie 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-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes for en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Trombofleitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, 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, udiagnostiserte normale vaginalblødninger, kolestisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkref, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagangfall). Ved uformale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkner, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (ischemi og blødningslag). Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røking, visse arvelige eller ervervede trombofilier, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migræne (spesielt migræne 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 behandling skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venos tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier. Eksempel på risikofaktorer for venetrombose og tromboembolier er: Enkelte arvelige eller ervervede trombofilier, overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarte delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retina vaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og årsaken vurderes. 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 normal vaginalblødning. Dersom patologisk er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemene. 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. Hos pasienter med familiære defekter i lipoproteinmetabolismen, kan østrogenterapi assosieres med signifikant økning i plasmalipidnivåer og føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan

**Referanser:** 1. Loette SPC. 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. PB. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 40 00 23 40. Telefax: 40 00 23 41 E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

**LOETTE**  
LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

KARI ANNE DOLONEN

# Nesten inge skiftarbeid

En Econ-rapport avdekker at få stillinger i syke- og pleiehjem blir berørt hvis turnusarbeid blir likestilt med skiftarbeid.

Rapporten er laget for Kommunesektor-ens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS). Det Econ har undersøkt, er hvilke konsekvenser det vil ha å innføre en slik definisjon i arbeidsmiljøloven, og ifølge rapporten vil 7 prosent av stillingene bli berørt.

Likevel synes ikke KS likestillingsideen er god. I brev til arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen skriver arbeidsgiverne: «KS mener at en ordning som foreslått vil svekke tjenestetilbudet i kommunene i betydelig grad, på kort og særlig på lengre sikt. Forslaget vil dessuten medføre en urimelig forskjellsbehandling av dem som arbeider i helkontinuerlig skift og sammenlignbar turnus. KS anbefaler sterkt at nåværende ordning videreføres.»

## NSF uenig

– Dette er krisemaksimering. Hadde de 7 prosentene av arbeidstakerne det i følge KS dreier seg om vært så avgjør-ende for tjenestetilbudet, burde det vært avspeilet i lønnsnivå og arbeidsvilkår for lenge siden. Det har vi ikke sett noe til, sier forbundsleder Bente Slaatten i Norsk Sykepleierforbund.

NSF har lenge krevd likestilling av skift- og turnusarbeid. Industri-



Sykepleierelev på Ullevål sykehus 1955



POTET: Elevene var fleksible med hensyn til arbeidsoppgaver, og de kunne benyttes til det meste.

## Bemannet med elever

«Som elev gikk vi nattevakt alene med 30 pasienter på avdelingen. Nattoversøster kunne kontaktes dersom det var noe spesielt. Det var sjelden vi gjorde det.»

Slik beskriver en sykepleierelev praksistiden på en medisinsk avdeling på midten av 1950-tallet i boka «Et fag i kamp for livet».

Elevene ble tillagt stort ansvar for pleien allerede fra første dag. De gikk alene nattevakt med ansvar for alle pasientene. De utførte det meste av de oppgaver som inngikk i pleien i avdelingen, bortsett fra å føre kurver som var avdelingssykepleierens ansvar.

Elevene var fleksible med

hensyn til arbeidsoppgaver, og de kunne benyttes til det meste. Blant annet ansvar for støvtørking, bandasjelegging, hjelp til pasienter som vil på toalettet og ærender utenfor avdelingen.

Støvtørking ble utført på aften- og senkvakt. Begrunnelsen for at dette var en viktig oppgave for elevene, var at det gir eleven mulighet til å skaffe seg «en basis for den psykologiske omsorgen for pasienten: Hun lærer å kjenne ham og forstå ham bedre enn før». I tillegg vil ansvar for støvtørking gi eleven forståelse for at det å holde det reint rundt pasienten er et viktig ansvarsområde for en sykepleier. Det gir henne også anled

ning til en ordentlig og systematisk iaktakelse av pasienten.

Tredjeårselever var en særlig viktig arbeidsressurs i avdelingene. Det ble stilt høye krav til sisteårs-eleven – det var en utbredt oppfatning at det man kan vente av en nyutdannet søster, må hun ha lært i sin utdanningstid.

En undersøkelse Helga Dagsland gjennomførte ved medisinske avdelinger i 1955 viste at elevene utgjorde halve bemanningen i avde

lingene. Avdelingene var helt avhengige av dem for å få driften til å gå. Ved den ene avdelingen Dagsland undersøkte var det for eksempel fire utdannede sykepleiere og sju elever.

Sykepleiermangelen var stor i 1950-årene, men det var først når elevenes arbeidstid i praksis ble redusert i 1962, at sykepleiermangelen ble uttalt offentlig som et problem.

tekst **Bjørn Arild Østby**  
foto utlånt av **Jorunn Mathisen**

## Debatt

### Brustad betaler ikke for det hun bestiller

Helse- og omsorgsministeren fastslår at ingen sykehus skal legges ned, men sier lite om innholdet og kvaliteten i sykehusene.

Sykehuset Innlandet HF må spare 216 millioner i 2007. Dette til tross for at sykehuset driver kostnadseffektivt. Innsparingen får store konsekvenser for helsetilbudet i innlandet. Kreftbehandling, lindrende behandling, habilitering, rehabilitering, behandling av eldre, kronikere, øyeblikkelig hjelp, psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres. Videre skal sykehuset ha samme aktivitet som i 2006. Slik lyder bestillingen fra statsråden. Hvordan kan vi klare å gi samme pasienttilbud med et krav om 216 millioner i innsparing? Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad kan ikke bare springe fra regningen for det hun har bestilt!

Det er på tide at overordnet myndighet bestemmer hvilke pasient-

grupper som ikke skal behandles slik at det blir samsvar mellom de oppgavene som skal løses og de ressursene vi får tildelt.

Sykehuset Innlandet ønsker å gi pasientene et best mulig helsetilbud. Budsjettkuttet gjør at valget står mellom å gi pasientene et generelt dårligere helsetilbud, eller å kutte ut noe av dagens tilbud for å opprettholde kvaliteten på det som blir igjen. Av den grunn blir pasienttilbud lagt ned.

Nedbemanning og stenging av poster vil gå utover utdanning av helsepersonell fordi antall praksisplaser vil gå ned. På sikt vil det medføre at vi får problemer med å rekruttere nok kvalifisert helsepersonell.

Arbeidspresset på de ansatte vil bli ytterligere økt. Det medfører stor risiko for høyere sykefravær og dermed større utgifter til ekstra hjelp, vikarer og overtid. Dette er dyrere enn å lønne fast ansatte!

Ventelistene vil øke og pasientene må slite med sykdommen/lidelsen over et lengre tidsrom enn nå.

Det er uheldig i et økonomisk perspektiv og er et samfunnsproblem fordi det medfører at sykemeldingsperioden blir forlenget på grunn av venting på behandling/operasjon.

Nedbemanning vil gå ut over den helhetlige omsorgen for pasientene. Vi vil få flere korridorpatienter. Selv om antallet senger reduseres vil pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp fortsette å komme. Flere pasienter må da legges i korridoren. Arbeidspresset på de ansatte øker og kvaliteten vil gå ned fordi de ikke er bemannet til å ta seg av korridorpatientene.

Samarbeidet med kommune- og spesialisthelsetjenesten vil bli en større utfordring å få til å fungere fordi innsparingene vil medføre økt press på kommunehelsetjenesten i form av kortere liggetid på sykehus.

Arbeidstilsynet leverte i november 2006 sluttrapporten etter tilsynskampanjen «God vakt». Konklusjonene er at alle landets sykehus bryter arbeidsmiljøloven. Rapporten påpeker tydelig at det

er misforhold mellom tilgjengelige ressurser og de oppgaver som skal utføres. Dette går ut over arbeidsmiljøet for ansatte i form av økt arbeidspres. Når de som skal ta vare på folks helse blir syke av jobben sin, er det alvorlig for den enkelte og for det arbeidet som skal utføres.

Sparetiltakene som nå er foreslått representerer en merbelastning for pasientene, deres pårørende og reduserer ansattes muligheter til å gi en helhetlig pasientbehandling. Skal vi akseptere alle disse negative konsekvensene som oppstår for å ha et budsjett i balanse? Helse reformen kom på bakgrunn av at pasientene skulle være i fokus og at vi skulle tilby mest mulig helsetjenester for hver krone. Nå er alt snudd på hodet. Vi må tilby pasientene behandling ut fra de kronene vi får.

Hvor er politikerne? Ikke si at dere ikke vet hva som skjer. Nå må dere ta ansvar og sørge for at det bevilges mer penger til sykehusene.

Liv Haugli, foretakstillingsvalgt,

# I det förflutna INGUN BJØRNSGAARD PROSJEKT

Dansere: Halldis Ólafsdóttir, Lone Torvik, Christopher Arcuni, Erik Rullin. Musiker: Bjørn Klakægge. Koreograf: Ingun Bjørnsgaard. Komponister: Bjørn Klakægge og Rolf Wallin.  
Scenografi og kostymer: Thomas Bjørk. Lyddesign: Morten Pettersen. Ljuddesign: Jean-Vincent Kerébel. Produsent: Kirce Arneberg.

Drammen 29.01,  
Skien 30.01,  
Bø 31.01,  
Horten 01.02,  
Arendal 03.02,  
Kristiansand 04.02,  
Sandnes 05.02,  
Haugesund 06.02,  
Namsos 19.02,  
Steinkjer 20.02,  
Tromsø 23.02,  
Harstad 25.02,  
Bodø 27.02,  
Molde 02.03,  
Ålesund 03.03,  
Ørsta 04.03,  
Sogndal 05.03,  
Ål 06.03,  
Raufoss 07.03,  
Elverum 08.03,  
Lillehammer 12.03,  
Jesseim 13.03,  
Nøtterøy 14.03

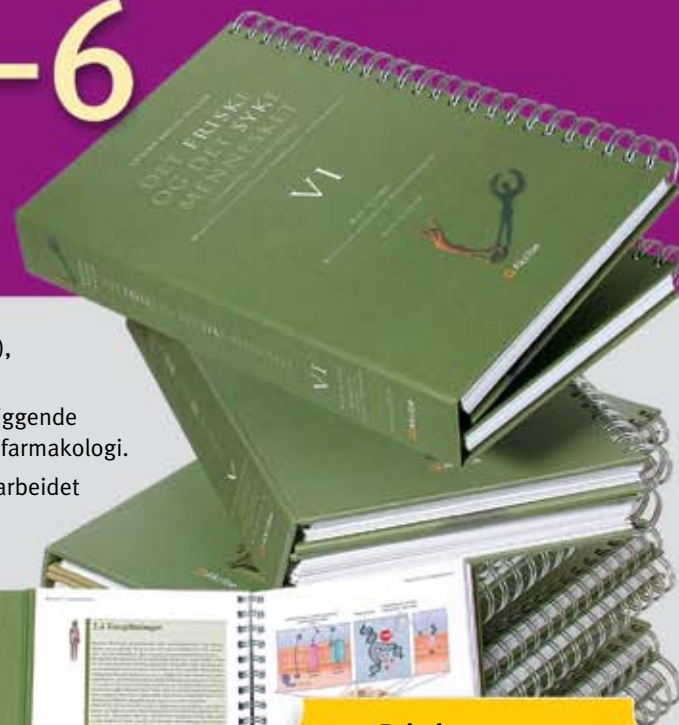
Ny danseforestilling fra en av Norges mest anerkjente koreografer.

Ingun Bjørnsgaard har skapt et utrykk i møtepunktet mellom klassisk ballett og samtidsdans. Koreografiene er sjarmerende og morsomme.

## VEGARD BRUUN WYLLER

# Det friske og Det syke mennesket 1-6

CELLEBIOLOGI, ANATOMI, FYSIOLOGI, MIKROBIOLOGI,  
PATOFYSIOLOGI, FARMAKOLOGI, KLINISK MEDISIN



- **Det friske mennesket** tar for seg normale forhold, med hovedvekt på bygning (anatomi), funksjon (fysiologi) og regulering av funksjonen for å opprettholde indre likevekt.
- **Det syke mennesket** omhandler sykdommer i de ulike organene og gjennomgår underliggende årsaksmekanismer (patofysiologi, mikrobiologi), undersøkelser og behandling, inkludert farmakologi.
- For å sikre en korrekt og oppdatert framstilling innenfor alle fagfelt har forfatteren samarbeidet nært med spesialister. • Rikelig illustrert • Innbundet med stålspiraler og stive permer.



Forfatter og cand.med. Vegard Bruun Wyller er under spesialisering i pediatri og arbeider med en doktorgrad ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

- Bind 1: Grunnleggende biologi og medisin
- Bind 2: Sirkulasjons- og respirasjonsorganene
- Bind 3: Fordøyelses- og utskillelsesorganene
- Bind 4: Hormon- og nervesystemet, bevegelsesapparatet
- Bind 5: Overflateorganet, infeksjonsforsvaret, forplantningsorganene
- Bind 6: Barn og gamle, biologi og medisin i et helhetsperspektiv.



Pris kr 2.985,-  
Avbetaling uten pristillegg.  
Portofritt tilsendt!  
Uforpliktende gjennom-  
syn i 15 dager

 Akribe



• Bestill portofritt med kupongen – eller på [haugenbok.no](http://haugenbok.no) • ISBN 8279500952

### JA! Jeg bestiller til uforpliktende gjennomsyn i 15 dager:

*Det friske og Det syke mennesket 1-6*  
pris kr 2.985,- portofritt tilsendt. ISBN 8279500952

### Beholder jeg verket, ønsker jeg å betale slik:


- Avbetaling uten pristillegg: 15 mnd å kr 199,-  
(i alt kr 2.985,-) Faktura følger verket.
- Kontant kr 2.985,- Faktura følger verket.

NAVN: \_\_\_\_\_

ADR.: \_\_\_\_\_

POSTNR./STED: \_\_\_\_\_

Adressaten betaler  
for sending i Norden

 Distribueres av  
Posten Norge

## Haugen Bok

VOLDA

Svarsending 8585

0097 OSLO

### SOM KUNDE HOS HAUGEN BOK HAR DU MANGE FORDELER:

- Avbetaling uten pristillegg • Uforpliktende gjennomsyn i 15 dager • Studentkonto: Spesialtilbud til studenter – se vår nettside!
- Kataloger med spesialtilbud gratis tilsendt.

**TRYGT OG GODT KJØP HOS NORGES  
RASKESTE NETTBOKHANDEL!**



## haugenbok.no

• Tlf 70 07 45 00 • Faks 70 07 45 50  
• [epost@haugenbok.no](mailto:epost@haugenbok.no)



# Under lupen

Side 16-18

Sykepleiere er en yrkesgruppe alle har et forhold til. Derfor er du et yndet forskningsobjekt. Ett funn er at Florence-faktoren synker jo lenger du jobber.



9

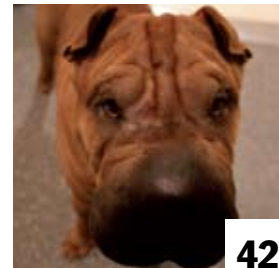
**Foreldre stjeler mens barnet er innlagt** side 7

**Siv Jensen vil gi deg fetere lommebok** side 9

**Aksepterer ikke nøkkelbokser** side 32

**Trøffel jobber skift på sykehjemmet** side 42

32



42

Adartrel "GlaxoSmithKline"  
Middel mot «restless legs»-syndrom.  
ATC-nr.: N04B C04

**TABLETTER 0,25 mg, 0,5 mg og 2 mg:** Hver tablett inneh.: Ropinirolhydroklorid tilsv. ropinirol 0,25 mg, resp. 0,5 mg og 2 mg, laktose. Fargestoff: 0,25 mg: Titandioksid (E 171). 0,5 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 2 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmrasiert.

**Indikasjoner:** Adartrel er indisert for symptomatisk behandling av moderat til alvorlig idiopatisk «restless legs»-syndrom (rastløse ben-syndrom).

**Dosering:** Individuell dosetitering mht. effekt og toleranse anbefales. Bør tas rett før sengetid, tidligst 3 timer før sengetid. Kan tas til mat for å øke gastrointestinal toleranse. Behandlingsstart (uke 1): 0,25 mg 1 gang daglig i 2 dager. Deretter 0,5 mg 1 gang daglig dag 3-7. Dosen kan deretter økes med 0,5 mg inntil optimal terapeutisk effekt oppnås etter følgende skjema:

Uke	Dose
2	1 mg 1 gang daglig
3	1,5 mg 1 gang daglig
4	2 mg 1 gang daglig
5*	2,5 mg 1 gang daglig
6*	3 mg 1 gang daglig
7*	4 mg 1 gang daglig

Gjennomsnittlig dose ved moderat til alvorlig «restless legs»-syndrom er 2 mg 1 gang daglig.\*Hos noen pasienter kan dosen økes gradvis opp til maks. 4 mg 1 gang daglig for optimal bedring. Pasientens respons bør evalueres etter 3 måneder. **Barn:** Ikke anbefalt til barn <18 år pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Eldre:** Ropinirolclearance er nedsatt hos pasienter >65 år. Dosen bør økes gradvis og titreres mht. symptomatisk respons. Dosejustering er ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl<sub>CR</sub> 30-50 ml/minutt).

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl<sub>CR</sub> <30 ml/minutt) eller nedsatt leverfunksjon.

**Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes for å behandle neuroleptisk akatysi, tasikinesi eller sekundært «restless legs»-syndrom. Under behandling med ropinirol kan en paradoksal forverring av symptomene forekomme ved enten augmentasjon eller «rebound»-effekt. Hvis dette forekommer, bør behandlingen gjennomgås og dosejustering eller seponering vurderes. Hos pasienter med Parkinsons sykdom er ropinirol i mindre vanlige tilfeller blitt assosiert med søvnighet og tilfeller av plutselig søvnanfall. Dette forekommer svært sjeldent hos pasienter med «restless legs»-syndrom. Pasienter må likevel informeres om dette og anbefales å vise forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner under ropinirolbehandling. Pasienter som er blitt søvnige og/eller har hatt tilfeller av plutselig søvnanfall må unngå bilkjøring og betjening av maskiner som krever skjerpet oppmerksomhet. Dosejustering eller seponering kan vurderes. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser bør kun behandles med dopaminagonister hvis potensielle fordeler oppveier mulig risiko. Forsiktighet ved bruk til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Bivirkninger bør monitoreres nøye. Pasienter med en sjelden arvelig galaktoseintoleranse (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke behandles med ropinirol. Pga. risiko for hypotensjon bør det utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med alvorlige kardiovaskulære sykdommer, spesielt koronarinsuffisiens.

**Interaksjoner:** Mulighet for interaksjon mellom ropinirol og inhibitorer av CYP 1A2 (ciprofloksacin, fluvoksamin, enoksacin og cimetidin). For pasienter som allerede får ropinirol, kan dosejustering være nødvendig når disse medikamentene introduseres eller seponeres. Røyking inducerer CYP 1A2-metabolismen. Dosejustering kan være nødvendig dersom pasienter slutter eller begynner å røyke under ropinirolbehandling. Forhøyet plasmakonsentrasjon av ropinirol er observert ved samtidig behandling med høye østrogendoser. Pasienter som allerede er under hormonell substitusjonsbehandling, kan starte ropinirolbehandling på vanlig måte. Det kan imidlertid bli nødvendig å justere ropinirol-dosen i samsvar med klinisk respons dersom hormonbehandling stanses eller introduseres under behandling med ropinirol. Neuroleptika og andre sentralstimulerende dopaminantagonister kan redusere effekten av ropinirol. Samtidig bruk av disse legemidlene bør derfor unngås. Ropinirol kan tas sammen med domperidon.

**Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Ikke tilstrekkelige data. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter. Anbefales ikke brukt under graviditet med mindre potensiell fordel for pasienten oppveier mulig risiko for foster. *Overgang i morsmelk:* Skal ikke brukes av ammende. Kan hemme laktasjonen.

**Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavesmerter. Neurologiske: Søvnighet, synkope, svimmelhet (inkl. vertigo). Psykiske: Nervøsitet. *Mindre hyppige:* Psykiske: Forvirring. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon, hypotensjon.

**Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Ved overdosering forventes symptomer relatert til den dopaminerge aktiviteten. *Behandling:* Symptomene kan lindres ved adekvat behandling med dopaminantagonister som neuroleptika eller metoklopramid.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Ikke-ergolin dopaminagonist. *Virkningsmekanisme:* Stimulerer dopaminreseptorene i striatum og hemmer prolaktinutskillelsen gjennom sin effekt på hypothalamus og hypofysen. *Absorpsjon:* Hurtig. Biotilgjengelighet ca. 50%. Mediantid til maks. plasmakonsentrasjon ca. 1½ time. Store individuelle variasjoner i farmakokinetiske egenskaper. *Proteinbinding:* <40%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 7 liter/kg. *Halveringstid:* Ca. 6 timer. *Metabolisme:* Hovedsakelig av cytokrom P-450 CYP 1A2. Hovedmetabolitten er minst 100 ganger mindre potent enn ropinirol. Utskillelse: Hovedsakelig i urin som metabolitter.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalpakningen.

**Pakninger og priser:** 0,25 mg: Startpakn.: 12 stk. kr. 53,50. 0,5 mg: 84 stk. kr. 346,50. 2 mg: 84 stk. kr. 879,40.

Sist endret: 17.11.2006

Priser av 1.11.2006



GlaxoSmithKline AS,  
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04  
www.gsk.no

# NYHET for pasienter med RLS (Restless Legs-Syndrom)

**ADARTREL®**  
Ropinirol

Fra urolige bein til rolige netter

Gi dine pasienter søvnen tilbake...

RLS er en vanlig årsak til søvnproblemer<sup>1</sup>

Pasienter med RLS presenterer ofte sin lidelse som søvnproblemer<sup>1</sup>

Ca. 11 % av den voksne befolkningen lider av RLS<sup>2</sup>

Adartrel® ropinirol

- behandler RLS-symptomer slik at pasienter med moderat til alvorlig RLS sovner raskere og sover lengre og bedre<sup>3</sup>
- er den eneste dopaminagonist med startpakning: 0,25 mg – 7 dagers startpakke<sup>4</sup>



Referanser:

- 1) Wellberry CE, Getting the facts on restless legs. Am Fam Physician 2000; 62: 51-2
- 2) Hening W et al. Sleep Med 2004; 5: 237-246
- 3) Giorgi L et al. Current Medical Research and Opinion. Vol. 22, No 10, 2006; 1867-1877
- 4) Preparatomtale 17.11.06



# I det förflutna INGUN BJØRNSGAARD PROSJEKT

Dansere: Halldis Olafsdóttir, Lone Torvik, Christopher Arcuni, Erik Rullin. Musiker: Bjørn Klakæg. Koreograf: Ingun Bjørnsgaard. Komponister: Bjørn Klakæg og Rolf Wallin.  
Scenografi og kostymer: Thomas Bjørk. Lyddesign: Morten Pettersen. Ljuddesign: Jean-Vincent Kerébel. Produsent: Kirste Arneberg.

Drammen 29.01,  
Skien 30.01,  
Bø 31.01,  
Horten 01.02,  
Arendal 03.02,  
Kristiansand 04.02,  
Sandnes 05.02,  
Haugesund 06.02,  
Namsos 19.02,  
Steinkjer 20.02,  
Tromsø 23.02,  
Harstad 25.02,  
Bodø 27.02,  
Molde 02.03,  
Ålesund 03.03,  
Ørsta 04.03,  
Sogndal 05.03,  
Ål 06.03,  
Raufoss 07.03,  
Elverum 08.03,  
Lillehammer 12.03,  
Jesseim 13.03,  
Nøtterøy 14.03

Ny danseforestilling fra en av Norges mest anerkjente koreografer.

Ingun Bjørnsgaard har skapt et utrykk i møtepunktet mellom klassisk ballett og samtidsdans. Koreografiene er sjarmerende og morsomme.