



Sykepleier på utlån

Bruken av vikarbyråer skal granskes. Helsetilsynet vil vite om vikarene holder mål, hvor ofte de brukes og hvordan de påvirker tjenestetilbudet.

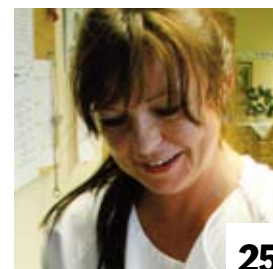
TEMA side 16-19



6

- Krever politianmeldelse** side 6
- Skal løse lønngåten** side 10
- Stem på sykepleierpartiet!** side 20
- Ti tiltak mot sykefravær** side 25

10



25



Nå har ED-pasienter og deres partnere sagt sitt. Hva sier du?

Er du sikker på at din ED-pasient og hans partner får best mulig behandling?

I en ny studie med 2425 ED-pasienter fikk både pasienter og partnere si om de foretrakk Cialis® (tadalafil) eller Viagra® (sildenafil). Studien viser at av de menn og partnere som fikk mulighet til å prøve Cialis® etter Viagra® ønsket minst 7 av 10 å fortsette med Cialis®.¹

De to viktigste årsakene til at både menn og deres partnere foretrakk Cialis® var hardere ereksjon og effektens varighet på opptil 36 timer² som øker muligheten til mer spontanitet og frihet i sexlivet.

Dersom dine ED-pasienter ikke har fått anledning til å forsøke Cialis®, la de prøve nå!



JA - DET ER FORSKJELL!

Referanser: 1. Lee J et al. Physician-rated patient preference and patient- and partner-rated preference for tadalafil or sildenafil citrate: results from the Canadian "Treatment of Erectile Dysfunction" observational study. 2006 BJU International; 98: 623-629.
2. Godkjent preparatomtale.

Se preparatomtale side 36



Våre lesere går i dybden

Når du har en annonse, vil du at de riktige menneskene skal finne den. Men det er ikke nok. Du vil at de skal være grundige, søkende. De skal se annonsen din. De skal høre hva den sier. De skal huske den.

Og hvis det var opp til deg, tok de til og med vare på budskapet ditt. Satt det inn i bokhylla og tok det frem igjen. Og igjen.

Sykepleien Forskning er for lesere som ønsker å gå i dybden. Med tidløst innhold som forskningsresultater, internasjonale fagartikler og aktuelle problemstillinger får sykepleiere en unik mulighet til å holde seg oppdatert innenfor fagområdet sitt.

I tillegg er formatet lite og praktisk. Det gjør Sykepleien Forskning til en lett tilgjengelig kunnskapskilde - som er verdt å samle på.

sykepleien

forskning



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



5 Minister taus om yrkesskader
6 Krever politianmeldelse
9 **Ni raske:** Bente Dahl Spidsberg
9 Jordmor-suksess på Ullevål
10 Skal løse lønns gåten
11 Trenger nasjonal dugnad
12 Kandidater til valg
13 Arbeidsgivers ansvar
14 – Vi er ikke på billigsalg
16 **Tema:** Vikarbyråer
– Godt nok med byrå-vikarer?
– Friheten er viktigst
20 Jeg stemmer på... en sykepleier
21 Forening for lymfekreftpasienter
21 Sverige vil konkurransenutsette sykehushus
22 **Lov og rett:** Om utdanningspermisjon
24 Pasientens hjem – din arbeidsplass
25 **Bedre hverdag:** Ti tiltak mot sykefravær
26 **Hans Nielsen Hauge** om å melde avvik
28 **Camilla Crone Leinebø** om pasienter som trenger tolk
29 Synger sakte sanger
30 **Revisjon av NSF:** Hvorfor bli medlem?
– Svar på minuttet
– Landets beste?
– You'll never walk alone
37 Når uhellet er ute
38 **Bente Slaatten** om lønnsfest
39 NSF: Fag og lønn

40 Debatt
42 Før: Koreakrigen
43 SykepleienJobb
Ledige stillinger
69 Meldinger, skoler, kurs

Tema: Vikarbyråer

Helsetilsynet vil nå ha oversikt over bruken av vikarbyråer. Byråene lokker sykepleiere med høyere lønn, men NSF maner til skepsis da byråene ikke har tariffavtale.

En jungel av tilbud

NSF lokker med en rekke fordeler for å få deg med i organisasjonen. Det handler om alt fra mobilavtaler og lyseblå T-skjorter til forsikringer og juridisk bistand i en nødssituasjon.



Foto: Stig Weston

Neste nummer: Sykepleien 7/07

Rusavvenning

Rus er blitt helsevesenets ansvar. Barbara Heyerdahl er sykepleier i landets eneste kvinnekollektiv for rusavhengige. Vi har vært på besøk.

Minister taus om yrkesskader

Dagens regelverk for yrkesskader oppfattes som enormt diskriminerende i forhold til kvinner. Men statsråd Bjarne Håkon Hanssen er ikke villig til å si noe om hvordan han vil gjøre det mer rettferdig.

5. mars hadde NSF og Fagforbundet møte med statssekretær Jan-Erik Støstad i Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Organisasjonene ønsker en forandring i regelverket for hvilke yrkesskader som kan utløse yrkesskadeerstatning.

– Vi fikk ingen klare signaler om at departementet vil gjøre noe konkret med regelverket med det første. Men vi fortsetter vårt arbeid for å presse fram en endring, sier forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, Bente G. H. Slaatten.

Gamle regler

I dag faller belastningslidelser utenfor regelverket, noe som utelukker mange skader som typisk kan oppstå i kvinneyrkene i helsevesenet.

Satt på spissen: En kjønns sykdom er en «yrkessykdom» i militæret, mens smitte påført en sykepleier under studietur til for eksempel et sykehus i Afrika, faller utenom.

Eller mer relevant: En industriarbeider som får belastningsskader på grunn av vibrerende verktøy, får yrkesskadeerstatning, mens tunge pasientløft for sykepleiere ikke gir den samme rettigheten.

– Det er ganske utrolig, sier Slaatten.

I et notat som ble overrakt statssekretæren under møtet heter det: «De mannsdominerte yrkene har forkjørsrett, mens arbeidstakere i kvinnedominerte yrker selv må bære risikoen for skader. Regelverket er så å si uendret siden 1935. Det tar ikke høyde for at kvinner deltar i yrkeslivet. Tiden er overmoden for et initiativ fra statens side».

Departementet tier

Slaatten forteller at NSF jobber langs to akser. Den ene er i forhold til regjeringen, den andre er et utredningsarbeid sammen med Fagforbundet.

– Vi ønsker å sjekke ut om det norske regelverket for yrkesska-



NEKTER: I møtet med departementet, fikk NSF og Fagforbundet ingen plan eller løfter om hvordan skjevheten i erstatningsreglene skal rettes opp.

deerstatning er i samsvar med likebehandlingsdirektivet i EU. Dersom det ikke er det, har vi i alle fall noe konkret og forpliktende å legge fram.

– Sykepleien har flere ganger forsøkt å få en kommentar fra departementet, men uten hell. Hva tenker du om det?

– Det betyr vel at de ikke er særlig interessert i å gi prosessen fart. Det er mange sykepleiere i Norge, og dette kan fort bli dyrt for staten. Men vi synes det er

rimelig at statsråden gir oss en tilbakemelding om hva departementet nå ønsker å gjøre, sier Slaatten.

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 Bjørn Helge Hansen

«Drektige dyr under transport er beskyttet av et regelverk. Derfor er de ganske utrolig at fødende kvinner er helt uten slike rettigheter.»

Regionrådssekretær i Helgeland Regionråd til Helgeland Arbeiderblad

Krever politianmeldelse

En sykepleier ble hepatitt C-smittet etter stikkskade på grunn av alvorlige brudd på arbeidsmiljøloven. Men Arbeidstilsynet har bestemt å ikke politianmelde sykehuset. Nå vil NSF påklage vedtaket.

I november 2005 stakk en sykepleier ved Ringerike sykehus seg på en sprøytespiss i forbindelse med en blodprøvetaking. Som en direkte følge av dette ble sykepleieren smittet med hepatitt C, bedre kjent som gulsott.

Sykepleierforbundet mener uheldet skjedde fordi Ringerike sykehus hadde pålagt sykepleierne ved avdelingen å bruke plasthetter flere ganger. Dette på tross av at sykehusets egne forskrifter for forebygging av blodsmitte tilsier at hettene er å anses som engangsvare.

Ringerike sykehus har innrømmet brudd på egne regler overfor Sykepleierforbundet og sier at dette er gjeldene praksis ved andre helseforetak.

– Da må vi reagere, sier 1. nestleder i Sykepleierforbundet, Erik Bårdseng, som er skuffet over Arbeidstilsynet.

Skuffet

Forbundet hadde forventet at Arbeidstilsynet ville tatt saken mer alvorlig.


– Arbeidstilsynet vil ikke anmelde Ringerike sykehus etter at sykehuset bevisst har brutt egne sikkerhetsforskrifter. Vi mener dette åpenbart skal være Arbeidstilsynets oppgave, og vi opplever denne avgjørelsen som en dramatisk underkjenning av sykepleieres og annet helsepersonells krav på vern på sin arbeidsplass, sier Bårdseng.

Han ser på hendelsen som et alvorlig brudd på arbeidsmiljøloven. Derfor vil NSF påklage vedtaket til Arbeidstilsynet sentralt. Bakgrunnen for at NSF vil førfølge saken er at sykehuset har pålagt de ansatte å bryte rutiner sykehuset selv hadde etablert for å forebygge blodsmitte. Bårdseng er redd en slik praksis kan være en sedvane også på andre sykehus. Dessuten førte ulykken til alvorlige helsemessige konsekvenser for den aktuelle sykepleieren.

Dårlig gangsyn

Bårdseng sammenligner denne saken med saker Arbeidstilsynet fører mot byggebransjen.

– Vi kjenner til at Arbeidstilsynet



DETTE ER HEPATITT C

Hepatitt C er en betennelse i leveren forårsaket av en infeksjon med hepatitt C-virus. Symptomer kan være milde influensaliknende plager, utslett, slapphet, leddsmerter og mageplager, men 75-80 prosent av de som smittes har ingen symptomer. Noen få pasienter får gulsott. Trolig har 20 000- 30 000 mennesker hepatitt C-infeksjon i Norge. På verdensbasis er omlag 170 millioner mennesker smittet med hepatitt C. Helsepersonell kan være utsatt ved stikkhell, sjansen er ca. 5 prosent for å bli smittet hvis pasienten har hepatitt C.

Kilde:legehandboka.no

net anmelder forsøk på å omgå minstelønnkravene i byggebransjen, og byggeplasser stenges hvis sikring mangler. Samtidig vurderer Arbeidstilsynet det ikke som nødvendig å påtale helseforetak

som neglisjerer smittevern for egne ansatte. Her mener jeg Arbeidstilsynet viser et sviktende gangsyn som må være ødeleggende for deres omdømme.



ALVORLIG: NSF vil ha samme vern for helsearbeidere som for bygningsarbeidere.



Fortsatt korridorpasienter

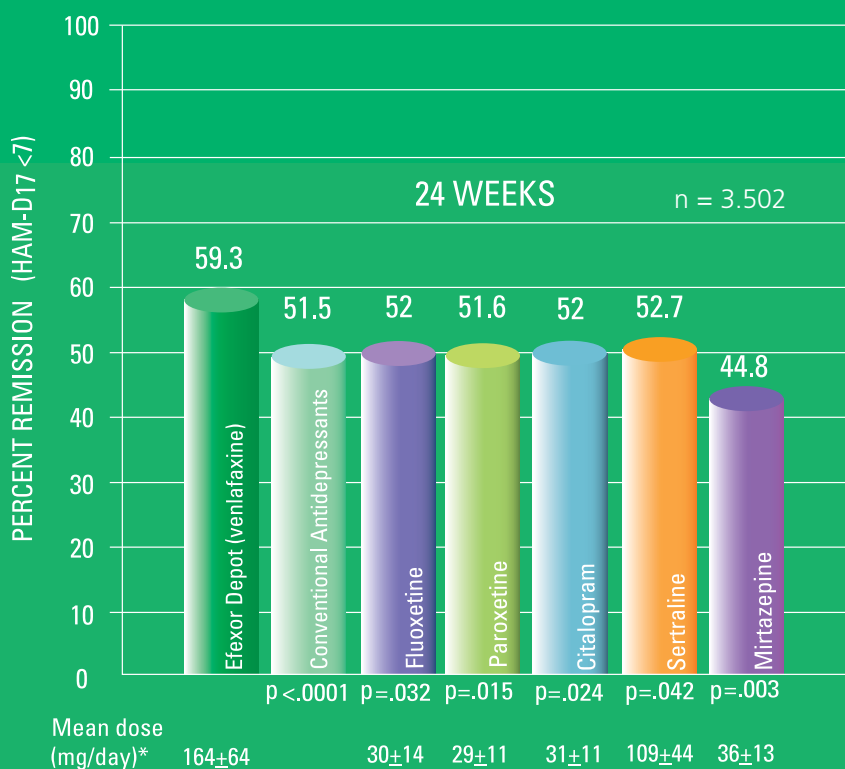
Til tross for stadige pålegg om å fjerne korridorpasienter, ligger det fremdeles rundt 200 bak skjerm Brett på norske sykehus. Assisterende direktør Bjørn Guldvog i Sosial- og helsedirektoratet sier til NRK at situasjonen er uakseptabel, og forlanger at foretakene rydder opp.

Mangler spesialsykepleiere

Mangel på spesialsykepleiere kan føre til lengre operasjonskøer. Det er ikke utdannet nok operasjons-, anestesio- og intensivsykepleiere. Norsk Sykepleierforbund krever strakstiltak for å få norske høgskoler til å utdanne flere.

Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) may be used as an alternative treatment for depressed patients who do not tolerate or respond adequately to treatment with a conventional antidepressant. This randomized, open-label, multicenter study compared the effectiveness of the SNRI venlafaxine extended release (VXR) with that of conventional antidepressants (CA) in patients who were referred to an outpatient psychiatric specialty care setting for treatment after failure to tolerate or respond to at least 4 weeks of treatment with a CA in a primary care setting. Patients with a Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D₁₇) score ≥ 17 were randomly assigned to treatment with an alternative CA or VXR. Remission was defined as a score ≤ 7 on the HAM-D₁₇. Efficacy analyses were carried out on 3,097 patients from the intent-to-treat (ITT) population (1,632 VXR; 1,465 CA). The antidepressants prescribed most frequently in the CA group were paroxetine (21.3%), citalopram (20.1%), sertraline (19.1%), fluoxetine (17.0%), and mirtazapine (7.9%). After 24 weeks of treatment, the VXR group demonstrated a significantly higher remission rate than did the CA group (59.3% VXR; 51.5% CA; $P < .0001$; odds ratio: 1.37; 95% CI: 1.19–1.58; $P < .01$).

Despite the limitations of the open design, the results of this study suggest that venlafaxine extended release may be more effective than the conventional antidepressants used in this study when treating depressed patients who do not tolerate or respond adequately to treatment with a conventional antidepressant.¹



*Visit 4 (24 weeks)

Ref. 1: Baldomero, E.B et al. ARGOS STUDY. Depression and Anxiety 2005; 22: 68-76. Grafisk gjengitt av Wyeth.

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

Wyeth

EFEXOR[®]
(venlafaxin) **DEPOT**

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 februar og mars 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



Vi spør Bente Dahl Spidsberg

Alder: 51 år

Aktuell som: Jordmor på Sykehuset i Vestfold og leder av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund.

Fakta: Jordmødrene har fått kritikk i helsetilsyns tilsynsrapport om fødselsomsorgen. Fra 2003 til 2006 behandlet tilsynet fødselssaker om 21 barn som døde, fem som fikk alvorlige fødselsskader og to døde mødre.

Spidsberg jobber i felten som kritiseres, og taler jordmødrenes sak som faggrupeleder.



Howdan føles kritikken av fødselsomsorgen?

– Både og. Bra fordi rapporten bidrar til en handlingsplan. Men det er ikke noe hyggelig lesning for jordmødrene. Ikke for gynekologene heller.

Kjenner du deg igjen?

– Ja og nei. Kjenner igjen at tidspress kan føre til feil. Man er mer utsatt med dårlig bemanning. Kritikk er på sin plass, men føles også vanskelig. Jeg vet at det skjer feil, men kjenner ingen slumsete jordmødre.

Hvorfor venter jordmødrene så lenge med å be om bistand fra leger?

– Skulle gjerne visst hvor mange dette gjelder. Min erfaring er at vi

ikke venter med å tilkalle gynekolog. Problemet er knyttet til den nye funksjonen «ansvarshavende jordmor», og hva som ligger i den.

Vil dere helst klare dere uten lege?

– Det er ikke representativt for min gruppe, selv om jordmødrenes autonomi er et velkjent sårt punkt. Men vi har klart definerte ansvarsområder.

Er det vanskelig å avgjøre når en fødsel ikke lenger er normal?

– Noen ganger ser vi det først i ettertid. Men her er det klare kriterier og prosedyrer å forholde seg til. Når fødselen trekker ut eller man har behov for å være to om å vurdere fosterlyden, skal vi ikke stå alene.

Vi gjør ikke det heller. Men vi har ingen tabbevote, kan ikke reparere etterpå. Derfor er det bedre å tilkalle lege en gang for mye enn en gang for lite.

I hvilken grad varsler jordmødre om systemsvikt?

– Vi er i hvert fall blitt flinkere til å melde avik på mitt arbeidssted. Det er kjempeviktig at det interne kontrollsystemet fungerer. Og det hjelper å si fra. Det ser vi hos oss, vi så det i Bergen nylig og på Ullevål.

Hva gjør faggruppen for å rette opp inntrykket?

– Vi er invitert til departementet og skal gi innspill.

Hva vil du si til Sylvia Brustad?

– At det handler mye om bemanning, og at vi må gå gjennom hele systemet.

Hvor trykker skoen mest i fødselsomsorgen?

– Lav grunnbemanning og høyt sykefravær sliter. Å skaffe kvalifiserte vikarer er en stressfaktor.

tekst og foto **Marit Fonn**

Nyhet Stillingsbrøk



Nesten alle jordmødre som ønsket det, og som sendte inn krav, har fått høyere stillingshjemmel ved Ullevål universitetssykehus.

Jordmor-suksess på Ullevål

I SykepleienJOBBA nr. 4 skrev vi om jordmødrene på Ullevål som hadde fått 3 millioner av ledelsen for å få bukt med ufrivillig deltid.

– 22. februar hadde vi hovedtillitsvalgte i NSF og DNJ møte sammen med ledelsen angående fordeling av midlene, sier hovetillitsvalgt ved Ullevål, Anne Hedvig Ødegård.

De 3 millionene ble fordelt i henhold til de kriteriene foreningene ble enige om i protokollen.

– Vi hadde ingen uenigheter underveis i fordelingen! sier en fornøyd hovedtillitsvalgt.

Suksess

Resultatet ble at alle jordmødre i faste stillinger nå har fått fulle stillinger!

– Noen få ønsket oppjustering av prosenten til tilnærmet fulle stillinger, og fikk det. Dette er kjempebra, sier Ødegård.

Til sammen rakk midlene til at 34 jordmødre fikk fulle/ tilnærmet fulle stillinger, både av NSF's og DNJ's medlemmer.

– Alle jordmødre i faste stillinger ble altså imøtekommet sine krav. NSF's jordmødre utgjorde ti av disse, sier hun.

Ta kontakt

Ødegård sier det kan være noen medlemmer som ikke har lagt inn krav, og fortsatt arbeider ufrivillig deltid.

– Det vet vi ingenting om på det nåværende tidspunkt. Dersom flere medlemmer tar kontakt med oss om ufrivillig deltid, vil vi selvsagt ta sakene deres videre, lover hun.

Flere av NSF's jordmødre har maillet og takket for innsatsen til NSF.

– Det er motiverende for oss. NSF er blitt veldig synlig ved Kvinneklinikken, sier hun.

tekst **Kari Anne Dolonen**

Skal løse lønns gåten



Kvinner tjener bare 85 prosent av menns lønn per time. Hvorfor?

Norge har fortsatt et betydelig likelønnsproblem. Mange tiår etter de første kravene om likelønn kom, ser statistikken fortsatt dystert ut. Dette til tross for at kvinner tar høyere utdanning og strømmer ut på arbeidsmarkedet som aldri før.

Hvordan kan dette lønns-gapet lukkes?
Det er blant spørsmålene Likelønnskommisjonen, som ble opprettet i juni i fjor, skal komme med innspill til. Kommisjonen skal levere sin rapport innen 1. mars 2008.

I en intervju serie har Like-lønnskommisjonen spurt de største arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene i Norge hvordan de vil løse likelønnsproblemet. Her følger utdrag fra Unio, Navo og KS sine svar (intervjuene finnes i sin helhet på www.likelonn.no):

– Verdsetting

– Hvorfor skal det være mindre verdt å jobbe med mennesker enn å jobbe med maskiner, spør Bente Slaatten, nestleder i Unio (og NSF-leder).

– Hovedgrunnen til at kvinner tjener mindre enn menn, er at kvinner og kvinnegrupper, særlig

de med høy utdanning, verdsettes lavere enn menn og mannsdominerte grupper med tilsvarende utdanning, sier Slaatten,

– Det er for eksempel helt urimelig at en sykepleier tjener 113 000 kroner mindre i året enn ansatte i den mannsdominerte industrien, når vi sammenlikner like utdanningsnivå.

– Utfordringen for kommisjonen er å slå fast at noen må få mindre hvis andre skal få mer. Om kvinner skal klare å ta igjen mennenes lønnsforsprang, må kvinne-

dominerte grupper prioriteres foran andre grupper, i alle fall i noen oppgjør. Dette er utfordrende, men nødvendig, for dagens yrkesaktive kvinner har et åpenbart krav på å få lik lønn for arbeid av lik verdi, avslutter Bente Slaatten.



PRIORITERE: Ved noen oppgjør må kvinne-dominerte yrker få høyest lønnsloft, mener Bente Slaatten.

– Fleksibilitet

– Hvis arbeidstakerne går med på mer fleksible arbeidstidsordninger, kan det løfte lønnsnivået i kvinnedominerte yrker, tror Svein Tore Valsø i Navo.

– Mange av de kvinnedominerte yrkesgruppene i offentlig sektor liker å sammenlikne seg med funk-

sjonærene i privat sektor og mener de er for lavt lønnet sammenliknet med funksjonærene. Dette blir ikke helt riktig når vi vet at funksjonærene i privat sektor, som for øvrig oftest er menn, har langt høyere krav til fleksibilitet med hensyn til arbeidstid, påpeker Valsø.

– I privat sektor er det stor grad av individuelle lønnsystemer og en lønnsdannelse som tar utgangspunkt i bedriftens økonomi og konkurransesituasjon.

For eksempel tror Valsø, som også er leder av Navos likestillings-

utvalg, at enkelte grupper kunne kompenseres med høyere lønn dersom de viste større vilje til å jobbe i mer fleksible arbeidstidsordninger.



FEIL: Det blir ikke helt riktig å sammenlikne funksjonæ-rer i privat sektor med kvinneryrker i det offentlige, mener Svein Tore Valsø i Navo.

– Marked

– Hensynet til markedet må få lov til å spille en rolle i lønnsdannelsen i kommunene, mener KSs sjefsøkonom Per Richard Johansen.

– Mange av mennene i kommunesektoren befinner seg i yrker som også etterspørres av markedet i privat sektor. Dette

gjelder for eksempel ingeniørene, sier Johansen og gir følgende eksempel:

– Vi vet fra den senere tid at høye oljeinvesteringer og høy aktivitet i byggenæringen gjør at mange selskaper nå forsøker å rekruttere ingeniører fra kommunene. Hvis kommunene skal klare å holde på kompetansen, må de svare med å sette opp lønna. Slike mekanismer kan føre til at mannsdominerte yrkesgrupper får et høyere lønnsnivå enn kvinnedominerte yrkesgrupper

som ikke er etterspurt av privat sektor på samme måte.

– For å sette det litt på spissen, så kan ikke kommunene legge ned teknisk sektor for å skape likelønn mellom kvinner og menn, poengterer sjefsøkonomen.



KONKURANSE: Etterspørsel driver lønningene opp for mannsdominerte yrker i det offentlige, påpeker Per Richard Johansen i KS.

– Trenger nasjonal dugnad

– Det blir snakket varmt om likelønn. Virkeligheten er at det ikke har skjedd noe de siste tiårene. Dette skal vi gjøre noe med.

Det var løftet fra likelønnskommisjonens leder, Anne Enger, på hennes første offisielle foredrag som kommisjonsleder under Unios 8. mars-konferanse i Oslo.

Solidaritet

Likelønnskommisjonen har frist til mars 2008 med å komme med forslag til virkemidler og tiltak til hvordan likelønnsgapet mellom menn og kvinner kan tettes.

– Forskjellen i timelønn mellom menn og kvinner er hovedfokus for kommisjonens arbeid. At lønnsforskjellene var så store, og har holdt seg stabile over så lang tid, overrasker meg. Kommisjonen har nettopp startet arbeidet, men en ting synes klart allerede: Når noen skal ha mer, må andre ta til takke med litt mindre. Her er det snakk om solidaritet, understreket Anne Enger.

For henne handler likelønn også om rettferdighet, makt og penger.

Mange myter

Det er mange myter om hvorfor kvinner tjener mindre enn menn.

– Det blir hevdet at menn tjener mer fordi de har høyere utdanning enn kvinner. Det er ikke riktig. I dag er det flere kvinner enn menn som tar høyere utdanning. Mens fakta er at lønnsforskjellene mellom kjønnene stiger med utdanning. Kvinner med fireårig høyskoleutdanning kommer dårligst ut, ifølge Enger.

I de statlige helseforetakene var

lønnsforskjellen for heltidsansatte menn og kvinner i snitt 22 000 kroner i 2005, og i kommunene hele 34 000 kroner.

– Videre blir det hevdet at lønnsforskjellene henger sammen med vårt kjønnsdelte arbeidsmarked. Dette er riktig, men innen dette kjønnsdelte arbeidsmarkedet befinner mennene seg høyere på rangstigen enn kvinnene, fortsatte hun.

En annen forklaring er kvinner og deres omsorg for barn.

– Det viser seg at kvinner uten barn tjener mer enn kvinner med barn. Men samtidig viser det seg at barn ikke påvirker menns lønn. Er det rett at kvinner som har eneansvar for den viktige reproduksjonen skal straffes økonomisk? spurte Enger retorisk.

Utfordrer organisasjonene

– Likelønn er ikke bare en utfordring for likelønnskomisjonen. Hva kan organisasjonene selv gjøre? var utfordringen fra Anne Enger.

– Her har de tillitsvalgte en viktig oppgave. Statlige helseforetak og kommunene er definert som egne virksomheter. Det åpner for at man kan sammenlikne lønn innen hele virksomheten. For eksempel om kvinner og menn har like sjanser ved ansettelse og opprykk. Grip denne muligheten, oppfordret likelønnskommisjonens leder.

IVSIA terapi
rehabilitering
trenning

Bekjemp trykksår

Dynamisk trykkavlastende madrasser

MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

Nils Hansensvei 4, 0611 Oslo
Telefon: 22 07 65 00
Telefaks: 22 07 65 05



LYDHØR: Blir Tone Elin Mekki valgt, lover hun å ha lange antenner i mange, ulike miljøer.

LANDSMØTE '07

Se kandidatene i Sykepleien

Frem til NSFs landsmøte som åpner 6. november 2007 vil Sykepleien presentere valgkandidatene til vervene i Sykepleierforbundet.

Forslag til kandidater må sendes via fylkeskontoret, som har frist til 6. september til å levere inn sentralt. Forslagene skal være begrunnet. Kandidatene skal skriftlig ha erklært seg villige til valg.

Disse vervene skal fylles:

- **forbundsleder**
- **nestleder**
- **2. nestleder**
- 6 forbundsstyremedlemmer og 6 varamedlemmer
- leder av kontrollutvalget, 3 medlemmer og 2 varamedlemmer
- leder av Rådet for sykepleietikk, 5 medlemmer og 5 varamedlemmer
- leder av nominasjonskomiteen, 6 medlemmer og 6 varamedlemmer

Leder:

– Vil påvirke med faglige argumenter

Første kvinne ut: Tone Elin Mekki er første offisielle kandidat til ledervervet i NSF.

Nåværende leder Bente Slaatten og nestleder Erik Bård-seng har forlenget sagt fra at de ikke stiller til gjenvalg. 2. nestleder Unni Hembre har vært i tenkeboksen, men sier nå til Sykepleien at hun *blir* kandidat – både til leder- og nestledervervet. Men den første som formelt er klar fra nominasjonskomiteens side er altså **Tone Elin Mekki**.

Det er østfoldingene som vil ha bergenseren Mekki som ny toppleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hun er også foreslått som kandidat til nestledervervet.

Utdannings-Mekki

Tone Elin Mekki ble sykepleier i 1980. Senere har hun utdannet seg innen pedagogikk og veiledning, og tok embetseksamen i sykepleievitenskap i Tromsø i 1992. Hun er nå førstelektor ved Høgskolen i Bergen.

Hun har vært både vara- og fast medlem av forbundsstyret

i NSF.

I 1999 ledet hun Mekki-utvalget nedsatt av regjeringen for å arbeide med rammeplan og praksisopplæring i sykepleierutdanningen, og hun har ellers vært medlem i mange utvalg og kommisjoner.

– Dyktig debattant

NSF Østfold viser til at Mekki er et engasjert menneske og en dyktig fagperson som kjenner Sykepleierforbundet godt.

«Blant annet har hun markert seg som en dyktig debattant med et tydelig budskap på flere landsmøter», skiver fylkesleder Karen Brasetvik.

Hun viser også til at Mekki i det siste har jobbet med kompetanseheving for å styrke sykepleietjenesten i kommunene. Hun har et bredt nettverk i ulike miljøer og er en god lagspiller, mener forslagsstilleren.

Mekki stilte til valg som 2.

nestleder i NSF i 1998, men da var ble Åse Jakobsen valgt.

– *Hvorfor vil du bli NSF-leder?*

– I fire år har jeg jobbet med kommuneprosjektet og sett at vi kan få gehør hvis vi argumenterer godt faglig overfor ledere og politikere. Jeg har sett at sykepleiernes bidrag er avgjørende for kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten. Men innflytelsen på tjenestenes rammebetingelser står ikke i forhold. Den manglende innflytelsen på organiseringen tror jeg er representativ for sykepleiere i hele helsevesenet. Her vil jeg være med på å påvirke, sier kandidaten og føyer optimistisk til:

– Jeg ser flere tegn på at kvalitet i omsorgen blir politisert i større grad.

Også NSF Hordaland støtter Makki, forteller fylkesleder Marianne Golten, som forbereder et forslag.

Rådsmedlem:

– Gir jordnære råd om etikk

Liv J. Dysthe er foreslått som medlem i Rådet for sykepleietikk. Hun er nå varamedlem i rådet.

Dysthe bor på Eina og arbeider på Steffensrud rehabiliteringssenter som avdelingsleder. Det er fylkestyret i Oppland som foreslår Dysthe til vervet.

Forslagsstilleren viser til Dysthes brede real- og for-

malkompetanse innen ledelse og at Dysthe nå skal studere etikk på universitet. Hun har videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, rehabilitering og dokumentasjon, og erfaring fra hjemmesykepleien og psykiatrien.

Fylkesleder Jette Struck skriver at Dysthe har evne til å motivere andre og er en

veiviser for sitt personale. Hennes brede erfaring fra praksis blir trukket fram.

«Hun skaper stort engasjement rundt etiske spørsmål og har på en jordnær måte gitt opplæring i metoder til løsning av etiske problemstillinger», skriver Struck.

Arbeidsgivers språkansvar

Utenlandske sykepleiere med godkjenning må kunne norsk. Å sjekke det er arbeidsgivers ansvar.

Direktør i Statens Autorisasjonskontor, Per Haugum, lurer av og til på om arbeidsgivere i det hele tatt har møtt enkelte av de sykepleierne de ansetter.

– Saken om sykepleieren fra Kongo som ble fratatt sin autorisasjon på grunn av mistanke om feilmedisinering og dårlig språkforståelse, er ett godt eksempel. Dersom en sykepleier ikke vet forskjellen på 50 milliliter og 50 milligram, er det graverende. Det er forskjellen mellom liv og død. Jeg vil jo tro at arbeidsgivere som gjennomfører ordentlige intervjuer før ansettelse ikke havner i slike situasjoner, sier han.

Straff

Spesielt i kommunehelsetjenesten er det mangel på sykepleiere og annet helsepersonell. Haugum ser det kan være fristende å ansette det man får tak i, men fraråder det på det sterkeste.

– Dersom arbeidsgiver ansetter sykepleiere som ikke kan norsk og noe går galt, kan de risikere å stå strafferettslig ansvarlig. De kan også være erstatningsansvarlige dersom det er snakk om erstatninger. I tillegg kan Helse-

tilsynet gi refs til institusjonen og i noen tilfeller gi tvangsmulkt til forholdene er rettet på, sier han.

Ikke SAFHs ansvar

Enkelte arbeidsgivere tror at når en sykepleier er godkjent av SAFH, er det bare å ansette.

– Det er ikke tilfelle. Vi møter aldri disse sykepleierne. Vi ser kun vitnemål og papirene de sender i posten. Om de er dyktige sykepleiere eller behersker norsk språk tilstrekkelig til å jobbe i det norske helsevesen, kan ikke vi bedømme, sier han.

Det var i 2000 det ble sendt ut en instruks om at SAFH kun skulle bedømme faglige kvalifikasjoner. Ikke språkkrav. Det skulle være opp til den enkelte og arbeidsgiver å vurdere.

20. oktober i år trer et nytt EU-direktiv i kraft.

– Det sier noenlunde det samme som instruksjonen som gjelder i dag, men med en presisering om at det er en forutsetning at sykepleiere og andre kan språket i det landet de søker godkjenning og jobb i, sier direktør Per Haugum i Statens Autorisasjonskontor.



Det kan lønne seg...

Ny samarbeidsavtale gir deg gunstige betingelser og egen nettfilial.

Se etter DnB NOR-logoen på www.sykepleierforbundet.no og klikk på den.

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

DnB NOR



Utenlandske sykepleiere

Statens autorisasjonskontor (SAFH) gav i 2006 godkjenning til 1 687 nordiske sykepleiere, 117 sykepleiere fra EØS-området og 172 sykepleiere fra andre land.



– Vi er ikke på billigsalg!

– Når ledere og industrifunksjonærer fikk nesten 5 prosent lønnsøkning i fjor, er det ingen grunn til at våre medlemmer skal ha mindre i det kommende oppgjøret, mener Unio-leder Anders Folkestad (bildet).

– Vi er ikke på billigsalg, Det står ikke «Made in China» på våre medlemmers kompetanse og arbeidsinnsats, understreket Folkestad på Unios tariffkonferanse i begynnelsen av mars.

Han fikk støtte av Norsk Sykepleierforbunds leder, Bente Slaatten.

– Skal helsetjenesten være med i konkurransen om kompetansen, er et lønnstillegg på i overkant av 5 prosent en rimelig investering.

– Sykepleiere har så lav avkastning på sin utdanning at noe må gjøres for at nok personer skal finne yrket attraktivt. Tariffoppgjøret i år bør være et naturlig startpunkt for at utdanningsgruppene i offentlig sektor skal komme opp på et lønnsnivå som er egnet til å rekruttere også i framtida, mener Slaatten.

Funksjonærene igjen

Tall fra Det tekniske beregningsutvalget viser at den gjennomsnittlige lønnsveksten i 2006 var 4,1 prosent, mens industrifunksjonærene hadde en vekst på 4,75 prosent i samme periode.

Årslønnsveksten i staten anslås til 4,5 prosent og i kommunene til 4,0 prosent. Tall for helseforetakene vil bli lagt fram seinere denne måneden.

Stort overheng

Et lønnskrav på vel 5 prosent betyr ikke at du får 5 prosent økning på dagens lønn.

For allerede før forhandlingene er kommet i gang har din reallønn for 2007 økt. Det sørger ikke minst det såkalte overhenge for. Dette tallet viser hvor mye av lønnsveksten som «dras med» fra ett år til et annet.

Årsaken til at overhenge oppstår, er følgende: Nye lønnsbetingelser gjelder vanligvis fra april/mai. Dermed er lønnen høyere ved slutten av året enn i årets tre første måneder, og også høyere enn gjennomsnittslønnen for året sett under ett.

Allerede lønnsøkning

Gode lønnstillegg i løpet av fjoråret innebærer en gjennomsnittlig lønnsøkning for 2007 på 1,75 prosent for alle grupper sett under ett. Og det før det er

lagt en eneste krone i potten i årets lønnsoppgjør. For ansatte i staten og kommunene er overhenge foreløpig anslått til henholdsvis 2,75 og 1,5 prosent.

I tillegg har enkelte grupper allerede avtalt tillegg for 2007. I KS-området utgjør denne type avtalte tillegg 1/3 prosentpoeng, mens slike tillegg bidrar med 1,25 prosentpoeng i helseforetakene.

For kommunesektoren betyr dette at de ansatte allerede har hatt en lønnsvekst på nærmere 3 prosent før forhandlingene har startet.



TBU

Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) er satt sammen av representanter for organisasjonene i arbeidslivet, samt representanter fra fire departementer og SSB. Gjennom utvalget kommer partene fram til en felles beskrivelse av økonomiske forhold som er viktige premisser for lønnsoppgjørene.



Lønnsoppgjøret

Årets oppgjør er et mellomoppgjør, hvor det kun forhandles om lønnsregulering sett i forhold til prisveksten. Resultatet skal ikke ut på uravstemning.

Avtalene mellom LO og NHO løper ut 1. april. Offentlig sektor og flere andre områder har avtaleutløp 1. mai. Går de til megling kan det eventuelt bli streik sent i mai.

Midlertidig ansettelse helsefarlig

Ny forskning viser at det å være midlertidig ansatt øker risikoen for stressplager, depresjoner og tidlig død. Midlertidig ansatte tar oftere medisin mot depresjoner enn de som har fast jobb, viser rapporten fra Finnish Institute of Occupational Health. Forskere har klarlagt bruk av antidepressiva blant 17 071 menn og 48 137 kvinner i ulike bransjer i offentlig sektor.

Idébanken God BHT

Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten ønsker å starte «Idébanken God BHT». Målet er å løfte fram de gode tiltakene bedriftshelsetjenesten får til i samarbeid med virksomhetene. Tiltak som bidrar til et bedre arbeidsmiljø og bedre helse for den yrkesaktive befolkning. Det vil bli publisert en kort beskrivelse av tiltak og gode løsninger hver måned. For mer informasjon: www.stami.no/BHT-sekretariatet/God_BHT/

Godt nok med



Midlertidig ansettelse

Det er tillatt med midlertidig ansettelse i følgende hovedtilfeller: Når arbeidets karakter tilsier det, og arbeidet atskiller seg fra det som ordinært utføres i bedriften. Det kan være sesongarbeid. Generelle svingninger i markedet, for eksempel ordrettlgang, er ikke god nok grunn til å ansette noen midlertidig. Men uforutsette situasjoner som gir kortvarige topper i arbeidsmengden, vil midlertidig ansettelse for å dekke opp dette være i orden. Vikariater: Det må vikarieres for bestemte personer, for eksempel ved sykdom, ferie eller permisjoner.

Kilde: Arbeidstilsynet

byrå-vikarer?

Fylkene må i 2007 følge ekstra godt med på bruken av vikarbyråer i helsevesenet. Helsetilsynet vil vite om private vikarer fører til forverring av tjenestetilbudet.

Økt behov for arbeidskraft, lav arbeidsledighet og tilpasninger til et felles europeisk arbeidsmarked, er medvirkende årsaker til at forbudet mot utleie av arbeidskraft ble opphevet i 2000.

– Per i dag vet vi ikke hvor stort omfanget av privat utleie- og formidlingsvirksomhet er, sier seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, Bjørn Jamtli.

Statens helsetilsyn forventer at ledere innen helsetjenesten tar nødvendige skritt for å sikre at bruken av vikarer ikke får negative konsekvenser for tjenestetilbudet.

– Vi kommer til å ha et ekstra fokus på bruken av vikarer i helsetjenesten i 2007, forteller Jamtli.

Statens helsetilsyn har blant annet sendt et brev til Helsetilsynet i fylkene og bedt dem registrere omfanget av tilsynssaker som er relatert til utleiebyråene. De vil også bli bedt om å registrere hvor lenge helsepersonell som blir rapportert til tilsynet har vært i jobb.

Også NSF ønsker å kartlegge bruken av vikarbyråer i helsetjenesten. Forbundet har hyret inn DeFacto til jobben, og rapporten ventes til høsten.

Hvem som har ansvar

Det Helsetilsynet på sin side opplever som det største problemet i forhold til utleiebyråer, handler om ansvar.

– Det er her vi opplever at det svikter. Vi har sett flere tilfeller hvor arbeidsgivere ansetter eller rekrutterer personell som sier de har annen kompetanse enn de faktisk har papirer på, understreker han.

– Det er arbeidsgivers ansvar å sjekke referanser og se at personen de enten leier inn, eller ansetter, har papirene i orden, sier Bjørn Jamtli.

Helsetilsynet har tidligere sendt brev til helseinstitusjoner og vikarbyråer hvor dette er presisert. Både vikarbyråer og arbeidsgivere i helsevesenet oppfordres til å bli flinkere til å sjekke papirer og kvalifikasjoner til helsepersonell.

Fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) mottok Helsetilsynet i 2004 i alt 55 meldinger om at helsepersonell fungerte i stillinger i helsevesenet uten nødvendig norsk autorisasjon eller lisens.

Tilsyn

Helsetilsynets erfaring viser at når man bruker vikarbyråer,

innebærer det en viss risiko for svikt.

– Grunnen til det er blant annet uklartheter om ansvarsfordeling mellom arbeidsgiver og oppdragsgiver. I tillegg har vi merket uklartheter om arbeidsgiveransvar, og oppdragsgivers instruksjonsrett overfor helsepersonellet. Vikarer får også i mange tilfeller mangelfull opplæring i lokale rutiner, sier Bjørn Jamtli.

En annen risiko er at pasientene ikke får god nok oppfølging eller kontinuitet under behandling.

Ressurs

Vikarbyråene utgjør en ressurs i forhold til å dekke opp vakante stillinger, sykefravær, ferieavvikling og aktivitetstopper i helsetjenesten. Enkelte virksomheter benyttet også vikarbyråer for å bemanne eller drive hele avdelinger eller enheter.

I en artikkel av høgskolelektor Eli Kvamme i Sykepleien forskning nr 1/07 - «Vikarbyråsykepleiere i sykehus, belastning eller avlastning» – går det fram at de fleste sykepleiere er positive til vikarbyråer som et



Fakta

Tall fra Arbeidsformidlings- og utleieregistret viste at det i 2001 ble utleid og formidlet omlag 1 100 helsepersonell fra 16 virksomheter. I 2002 var tallet økt til mellom 30 og 40 virksomheter. Disse omsatte for mellom 350 og 400 millioner kroner, ifølge Dagens Næringsliv. Antallet virksomheter er omtrent uendret siden 2002, ifølge Statens helsetilsyn.

vern mot overtid og overbelastning. Likevel foretrekker de fleste faste vikarer, eller at eget personell jobbet frivillig overtid. Artikkelen er et resultat av en kartlegging gjort på et stort norsk sykehus. Den konkluderer også med at sykepleierne som jobbet på sykehuset ikke kunne tenke seg å jobbe i vikarbyrå.

Flere undersøkelser tyder på at vikarbyråjobb ikke står øverst på ønskelisten. I en undersøkelse NSF Østfold har gjort, krysset ingen av sykepleierstudentene av vikarbyrå som førstevalg for hvor de ønsket å jobbe etter endt utdanning.

Utlandet

Vikarbyråene rekrutterer en stor andel av sine medarbeidere blant utenlandsk helsepersonell, særlig fra land innen EØS-



området. En vesentlig del er likevel utdannet i et land utenfor Europa/EØS.

– Rekruttering av utenlandsk helsepersonell gir oss en netto tilførsel av ny arbeidskraft til norsk helsetjeneste. Dette er ønskelig for å ivareta og forbedre helse-tjenestetilbudet nasjonalt, men innebærer samtidig en risiko for

å tappe andre land for kvalifisert helsepersonell, sier Jantli.

Han kan ikke si så mye til avisoppslaget som for eksempel dette: «Farlige sykdommer spres seg ved norske helseinstitusjoner fordi stadig flere jobber deltid flere steder. Økt bruk av vikarbyråer får skylda.»

– Vi har ikke tilsynserfaringer

som bekrefte eller avkrefte dette, sier Bjørn Jantli.

Avisoppslaget er hentet fra Dagsavisen i fjor høst.

Bjørn Marit Andersen fra Folkehelseinstituttet uttrykte sin bekymring på denne måten:

– Ikke bare MRSA, men også andre farlige sykdommer spres ved at helsepersonell har «nomade-

jobbing» ulike steder. Man kan være bærer uten å være syk selv.

Det kan dreie seg om alt fra tuberkulose og virusinfeksjoner til influensa og diaré.

– Selv tilsynelatende uskyldige mikrober kan være dødelige hvis de overføres til svekkede eldre, sier Bjørn Marit Andersen.



Arbeidsavtale

Dette er minimum en arbeidsavtale skal inneholde:

- ✓ Partenes identitet
- ✓ Arbeidsplassen
- ✓ En beskrivelse av arbeidet, tittel, stilling eller arbeidskategori
- ✓ Tidspunkt for arbeidsforholdets begynnelse og eventuell varighet
- ✓ Arbeidstakernes rettigheter til ferie og feriepenger, og reglene for fastsettelse av ferietidspunkt
- ✓ Oppsigelsesfrister
- ✓ Den gjeldende eller avtalte lønn, samt eventuelle tillegg som ikke inngår i lønnen
- ✓ Lengde og plassering av den avtalte daglige eller ukentlige arbeidstiden
- ✓ Lengden på pauser
- ✓ Avtale om særlige arbeidstidsordninger etter bestemmelsene om redusert arbeidstid, fleksibel arbeidstid, turnusordninger og lignende
- ✓ Eventuelle prøvetidsordninger
- ✓ Opplysninger om eventuelle tariffavtaler som regulerer arbeidsforholdet.

Mer informasjon finner du på www.arbeidstilsynet.no

Du får forslag til arbeidsavtaler på NSF's fylkeskontor eller NSF's forhandlingsavdeling.

Verdens største

Helse Sør kjøpte vikartjenester for 80 millioner av Adecco ASA i 2005. Adecco er verdens største leverandør av bemanningstjenester. Innen helse er selskapet etablert i 15 land.

Syk vikar

Blir du syk som vikar, er det ikke sikkert du har rett til lønn. I utgangspunktet skal du ha vært ansatt hos arbeidsgiver i to måneder før du har anledning til å bruke egenmelding, melder Dine Penger.

Pengefeber

Aftenposten meldte i januar i år om: «Eks-politiker rik på sykepleier-utleie.» Saken handlet om KrF-politiker Svein Konstali som omsetter for 100 millioner i året på å leie ut helsepersonell via firmaet Helsenor. Achima og Helsenor er de eneste norskeide aktørene på markedet etter at de andre ble kjøpt opp av internasjonale selskaper eller lagt ned.

– Friheten er viktigst

Ingegerd Månsson vil aldri bytte bort vikarlivet med fast ansettelse, selv om tilbudene ikke har manglet. Men NSF ber deg sjekke betingelsene nøye hvis du lar deg hyre av et vikarbyrå.



OMREISENDE:
Etter Oslo vil Ingegerd Månsson se Vestlandet og Nord-Norge som sykepleiervikar.

Det er flere fordeler ved å være vikar. Derfor har Ingegerd hele sitt yrkesaktive liv har vært på farten i arbeidssammenheng. Mens barna var små, bodde hun i hjembyen Malmö i Sør-Sverige, der hun tok forskjellige vikariater som sykepleier og jordmor, som er hennes spesialutdanning. Men nå passer den voksne sønnen på leiligheten hjemme.

Ingegerd vil se hele Norge, og ba vikarbyrået Helsenor Personal om å få begynne nederst. Det første engasjementet, i fjor sommer, ble i en kommune på Sørlandet. Nå er hun noen uker i Oslo i hjemmetjenesten i Frogner bydel. Hun får jevnlig tilsend informasjon om ledige oppdrag, og kan melde seg flere måneder i forveien der det dukker opp noe interessant. Oppdragsgiver ordner gratis bosted og reise.

– Jobben blir mer dynamisk når jeg stadig må forholde meg til nye omgivelser. For meg passer det å ha det slik. For andre som er mer avhengige av faste rutiner, passer det ikke.

Slipper konflikter

Når hun begynner et nytt sted, går hun gjennom en fast spørsmålsliste. Det er viktig å ha sentrale telefonnumre for hånden fra første stund. Så er det jo bare å spørre seg fram, mener hun. Selv om rutinene, journalføring og medisinalister kan variere fra sted til sted, er det også mye som er likt.

– Jeg har blitt godt mottatt overalt hvor jeg har kommet, forteller hun.

Det beste er at hun kan ta ferie når hun vil. Og hun får feriepenger på vanlig måte. Hun synes også det er en fordel at hun slipper å involvere seg for mye i arbeidsmiljøet. Noen steder er det konflikter. Da bruker personalet mye energi på det.

– Jeg kommer på jobb med en positiv innstilling og konsentrere meg om jobben jeg skal gjøre.

Hun påpeker at en vikar bør ha mye faglig og personlig trygghet og kunne strukturere arbeidet godt. Hun fraråder nyutdannede å basere seg på å være vikar fordi man ennå ikke har denne tryggheten.

Ingegerd jobber med timebe-

taling og får 175 kroner timen. Lønnen gir pensjonspoeng på vanlig måte. Hun fører timelister, og får ubekvemstillegg for kvelds- og helgejobbing.

Ingen tariffavtale

Gulroten til vikarbyråene er ofte høyere lønn enn i det offentlige.

Vikarbyråer fikk lov å leie ut helsepersonell fra 1. juli 2000. For Norsk Sykepleierforbund ble det viktig å få til tariffavtaler med utleiebyråene. På det meste hadde NSF avtaler med ni byråer. I dag har ingen byråer tariffavtale med NSF. En av grunnene er at flere byråer er kjøpt opp av store internasjonale selskaper.

– Vi har en del medlemmer som jobber for vikarbyråer, og tror det ville vært en fordel for bransjen å være omfattet av en tariffavtale, sier seniorrådgiver i NSF's forhandlingsavdeling, Anne-Lise Wien.

Vær obs

NSF har ingen fullstendig oversikt over hvilke avtaler de forskjellige byråene tilbyr sykepleiere. Men her er noen råd fra forhandlings-

avdelingen som vikarsykepleiere bør sjekke:

- ✓ Sjekk pensjonsavtalen byrået har.
- ✓ Sjekk at du er dekket av en sykelønnsordning som gjør at du får full lønn om du skulle bli syk.
- ✓ Pass også på at ubekvemstilleggene er definert i arbeidsavtalen, og at tilleggene minimum er på samme nivå som ubekvemstilleggene i offentlig sektor
- ✓ Sjekke hva slags overtidsgodtgjøring du får.
- ✓ Den femte ferieuken er ikke lovfestet i ferieloven, og må derfor være en del av avtalen/tariffavtalen for at du skal få den.

Wien sier at NSF er behjelpelig med å skaffe forslag til kontrakter som sykepleiere bør inngå med arbeidsgiver dersom de jobber, eller vurderer å ta jobb i vikarbyrå.

tekst **Kari Anne Dolonen** og **Ellen Morland**
foto **Ellen Morland**

– Må vi ha så mange vikarer?

Nestleder i Sykehuset Innlandets styre, Sigmund Thue, vil ikke lenger bare se på den store bruken av innleide vikarer. Han ønsker andre løsninger, ifølge Gudbrandsdølen Dagningen.

– UNN starter eget vikarbyrå

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) startet sitt eget vikarbyrå i fjor høst for å tette hull i vaktlister og for å hindre at vikarer går tre og fire skift i slengen, ifølge Radio Tromsø.

Vikarstopp ved Sykehuset Østfold

For å redusere det økonomiske underskuddet har ledelsen bestemt at det ikke lenger skal settes inn vikarer på dagtid. Konstituert kommunikasjonsdirektør sa i fjor høst til NRK Østfold at dette ikke ville føre til problemer. – Bemanningen er god nok, uttalte hun.

Jeg stemmer på... en sykepleier

Det er kommunevalg til høsten. I Horten er sykepleierstudenter og pårørende lei av å klage. Nå stiller de egen liste for at helse SKAL prioriteres.

Horten – en omsorgskommune! I hvert fall hvis Helselista slår an blant velgerne i kommunen. Sykepleierstudenter og pårørende har gått sammen for å sikre at helsetjenesten blir prioritert i neste valgperiode.

– Målet er å få inn åtte representanter av kommunestyrets 41 plasser. Klarer vi det er begge politiske fløyer nødt til å få oss med for å få flertall i sakene sine, sier Børre Stabell, som er ferdig utdannet sykepleier til våren.

Han sier at de ikke tilhører noen politisk fløy.

– Vi inngår samarbeid med det partiet som tilbyr oss den beste og mest forpliktende avtale, sier Stabell.

Bakgrunn

For vel ett år siden hadde VG flere artikler om helsetilbudet i Horten kommune.

– De avdekket den ene skandalen etter den andre. I tillegg ble et avlastningssenter for psykisk utviklingshemmede lagt ned. Frustrasjonen hos de pårørende er stor, sier Stabell.

Dyre vikarer

Sykepleierstudenten mener de etablerte politiske partiene ikke prioriterer helsesektoren på en

forpliktende måte. De pårørende til dem som mistet sitt avlastnings-tilbud og Stabells medstudenter er enige med ham.

– Det gjøres kutt i budsjetter uten konsekvensanalyser. I 2005 kuttet flertallet i kommunestyret bemanningen i hjemmetjenesten med 30 årsverk. Resultatet ble at det måtte leies inn dyre vikarer. Etter et halvt år måtte bemanningen økes med 18 årsverk og kommunen sparte 10 millioner kroner på å få inn igjen fast ansatte, forteller han.

Demokrati

Å klage nyttet ikke.

– Jeg påpekte at vi lever i et demokrati og at det er fullt mulig å stille en alternativ liste til kommunevalget. De pårørende syntes det var en god ide, og lurte på om ikke jeg kunne ta initiativ til det. Jeg sa jeg skulle høre med mine medstudenter. Jeg trodde det skulle bli vanskelig. Det ble det ikke, sier han.

Helselista har 40 kandidater hvor 13 er sykepleierstudenter og to nyutdannede sykepleiere.

– Ikke verst det, konstaterer Stabell.

At sykepleiere ikke er politisk engasjert er altså en myte sykepleierstudentene i Horten har gjort til skamme.



60 prosent

Mens partiene sliter med å få kvinner til å stille på listene på «sikker» plass. Har ikke Helselista det problemet. 60 prosent av listekandidatene er kvinner og tre av de fem kumulerte er sykepleierstudenter.

– Mens vi måtte kvotere menn inn på lista vår har Arbeiderpartiets bare 10 kvinner, forteller Stabell.

I disse tider har partiet så vidt begynt å snuse på valgkampopplegget.

– Vi begynner vel valgkampen i mai.

– *Hvordan tror dere lista blir mottatt?*

– Vi har fått mange positive tilbakemeldinger, så til det motsatte er bevist, er jeg optimistisk til at vi får inn åtte representanter, sier Stabell.

Oppfordring

Sykepleierstudenten vil også komme med en appell til NSF:

– Jeg synes ikke NSF er aktive nok til å påvirke politikere i kommunene. De er ikke med å sette dagsorden. De burde sende informasjon til kommunepolitikere med hva NSF synes er viktig og hvorfor. Mange politikere har ikke kunnskap om helsesektoren, sier han.

– Sykepleierforbundet må også være en mye mer aktiv støttespiller for de lokale tillitsvalgte for å sette den politiske dagsorden i fylker og kommuner. Vårt fagforbund må være noe mer enn en utdanningsinstitusjon, men et reelt fagforbund som hele tiden setter medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår på dagsorden, lyder sykepleierstudentens oppfordring.

Barns psykiske helse

Nesten halvparten av helsesøstrene sier de vet for lite om hvordan de skal gripe an barn av psykisk syke foreldre. Fire av ti har behov for mer kunnskap om hvordan de

skal oppdage psykiske problemer på et tidlig tidspunkt. Det er Sintef Helse som står bak undersøkelsen, i samarbeid med NSF's landsgruppe av helsesøstre.

Pris til Sykehuset Telemark

Seksjon for hjertesykdommer ved Sykehuset Telemark hadde et sykefravær på bare 4 prosent i fjor. Det gjorde seksjonen fortjent til KLPs arbeidsmiljøpris for 2006. Suksessen ligger i fokus på ledelse, kompetanse og sosialt miljø. Prisen er på 100 000 kroner.

Forening for lymfekreftpasienter

Under paraplyen til Den Norske Kreftforening (DNK) er det nå startet opp en egen forening for pasienter med diagnosen lymfekreft.

I dag lever det om lag 6 000 mennesker som har, eller har hatt lymfekreft i Norge. Hvert år oppdages ytterligere 800 tilfeller.

Lymfekreftpasienter har sammen med representanter fra Kreftforeningen og Radiumhospitalet satt ned en prosjektgruppe for å få den nye pasientforeningen på beina. Overlege Alexander Fosså på Radiumhospitalet er initiativtageren bak prosjektet.

– Å nå sykepleierne med informasjon om at vi eksisterer er viktig. De er en stor gruppe som jobber nært pasientene, sier

Klaus Døscher.

Han er også med i prosjektgruppen og fikk diagnosen lavgradig Non-Hodgkin lymfom for ni år siden.

Røff behandling

Da Døscher fikk diagnosen var sykdommen på stadium 4B og prognosene var ikke gode.

– Jeg har gjennomgått mange og røffe behandlinger, sier han.

For to og ett halvt år siden transformerte sykdommen seg til høygradig.

– Høsten 2004 fikk jeg via bekjente høre om en ny behand-

lingstype i USA – benmargstransplantasjon med benmarg fra donator – såkalt «mini-allo». Tilfellet ville at Radiumhospitalet/Rikshospitalet kort tid etter startet samme type behandling. Dr. Arne Kolstad ved Radiumhospitalet har vært primus motor sammen med professor Lorentz Brinch på Rikshospitalet, sier Døscher.

Eksperimentell behandling

I løpet av disse to årene har rundt tolv personer vært behandlet.

– Jeg var nummer fem. Behandlingen er eksperimentell og heftig. Jeg ble transplantert 13. juni 2005 med min yngste søster som donator. Etter noen kritiske episoder underveis, er utviklingen nå meget oppmuntrende. Hvis denne type behandling over tid viser seg



Fakta

Mer informasjon om den nye pasientforeningen finner du på www.lymfekreft.no. Du finner også informasjon om på www.kreftforeningen.no

vellykket er den epokegjørende på verdensbasis, fordi legene håper og tror at den kan ta knekken på en kreftsykdom som hittil ikke har vært kurabel, forteller han.

Døscher håper at den nye pasientforeningen vil bli et fint forum.

– Målet er at her skal pasienter og pårørende finne informasjon om sykdommen og mulighet til å finne noen å dele tanker med, sier han.

Pasientorganisasjonen håper også å bli et viktig talerør overfor helsemyndighetene.

Sverige vil konkurranseutsette sykehus

Den svenske regjeringen foreslår at det fra i sommer skal bli anledning til å sette driften av hele sykehus ut på anbud.

Forslaget om konkurranseutsetting gjelder drift av hele sykehus, enten de er landsdekkende eller regionale, akuttstusykehus eller regionale klinikker, melder Doffin.no.

Til sommeren

Regjeringen ønsker også å fjerne bestemmelser i lovverket som hindrer konkurranseutsetting av driften av helse- og sosialtjenester ved sykehusene.

Dersom forslaget går helskinnet gjennom, vil lovendringene tre i kraft fra 1. juni i år.

Erfaring

Det har vært mye frem og tilbake i Sverige når det gjelder mulighetene for å sette bort drift av sykehus eller drift av helse- og

sosialtjenester i sykehus.

Privatiseringen gjennom alternative driftsformer i Sverige har økt i omfang siden 1990-årene. Det er først og fremst i primærhelsetjenesten man finner private, men også hele sykehus drives av private – St. Görans sjukhus i Stockholm og sykehuset i Simrishamn.

Omfanget av private som tilbyr helse- og sosialtjenester i dag varierer stort fra landsting til landsting. Størst andel finner man i landstinget i Stockholms län.

Forbud

I årene 2001 og 2002 var det en lov som begrenset landstingenes (fylkeskommunenes) muligheter til å sette bort driften av akuttstusykehus til andre, med forbud mot å sette bort driften til kommersielle selskap.

Fra 1. januar 2006 ble det satt begrensninger i landstingenes muligheter til å la andre drifte helse- og sykehustjenester.

Helsekonferansen

– Sammen for en bedre helsetjeneste



8. og 9. mai Radisson SAS Plaza Hotel i Oslo

Regjeringen la i fjor høst fram Nasjonal helseplan for perioden 2007-2010. Målet er å samordne innsatsen for bedre helse. En viktig ambisjon for regjeringen er å skape bedre samhandling mellom de ulike delene av helsevesenet og å øke kvaliteten i tjenestene.

Derfor inviterer nå Helse- og omsorgsdepartementet til Helsekonferansen 2007 på Radisson SAS Plaza Hotel 8. og 9. mai 2007. Les mer på www.helsekonferansen.no

Litt fra programmet:

- **Hvorfor helseplan?** v/ Sylvia Brustad, helse- og omsorgsminister
- **Norsk helse og velferd - har vi noe å lære bort?** v/ Jonas Gahr Støre, utenriksminister
- **Norsk helsesystem – best i verden?** v/ Josep Figueras, direktør European Observatory on Health Systems and Policies
- **Kvinnehelse - én helse for kvinner en annen for menn?** Gro Nylander, overlege dr.med Rikshospitalet
- **Status for norske helseforhold - «Utviklingstrekk i sosial- og helse sektoren – 2007»** v/ Bjørn-Inge Larsen, direktør Sosial- og helsedirektoratet.
- **Visjoner for helseovervåking** v/ Geir Stene-Larsen, direktør Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- **Morgendagens pasienter - Helsetilstanden i befolkningen og sosial ulikhet i helse** v/ Camilla Stoltenberg, divisjonsdirektør Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- **Morgendagens helseprofesjoner – hvilke endringer må til?** Stein Evensen, prof.dr. ved på UiO

Konferanseleder er Anne Kari Lande Hasle, departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet. Konferansen arrangeres av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Pris for konferansen er kr 800,- (inkluderer deltakelse og lunsj begge dager). Tirsdag kveld serveres det tre retters middag på Radisson SAS Plaza Hotel. Vi håper flest mulig har anledning til å delta på middagen. Pris for middag kr 300,-.

Påmelding, program og praktisk informasjon: www.helsekonferansen.no

NSH, Norsk sykehus- og helsetjenesteforening, tar imot påmeldinger til Helsekonferansen 2007. Har du spørsmål om påmelding eller betaling, ta kontakt med NSH

Tel: 22402550 Faks: 22402551

e-post: nsh@nsh.no





STUDENT: Vil du bli student, må du ha vært i arbeidslivet minst tre år for å ha rett til permisjon fra jobben.

Skulle hatt mer utdanning

Arbeidsmiljøloven har en egen bestemmelse som gir alle arbeidstakere med en viss arbeidserfaring rett til utdanning.

Du har rett til utdanningspermisjon etter arbeidsmiljølovens § 12-11 hvis følgende to vilkår er oppfylt:

- du må ha vært i arbeidslivet i minst tre år
- du må ha vært hos den arbeidsgiver det søkes permisjon fra de siste to år.

Retten til utdanningspermisjon gjelder både for fast ansatte, midlertidig ansatte og deltidsansatte.

Permisjonsretten gjelder også for personer i nøkkelstillinger. Det er viktig at slike permisjo-

ner planlegges i god tid, og da i samråd med arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som har det overordnede ansvar for planlegging av driften i virksomheten. Og utdanningspermisjon kan ikke kreves hvis det er til hinder for forsvarlig planlegging av virksomhetens drift og personaldisponeringer.

Hvilke utdanning?

For at arbeidstakere som ønsker utdanning utover grunnskole eller videregående opplæring skal ha rett til utdanningspermisjon,

må den aktuelle utdanning være yrkesrelatert og organisert av en utdanningsinstitusjon. Yrkesrelatert utdanning omfatter alle typer etter- og videreutdanning som er relevant i forhold til arbeidsmarkedet generelt. Det kreves med andre ord ikke at utdanningen er relevant for den stilling eller arbeidsplass arbeidstakeren har.

Arbeidstakeren har rett til utdanningspermisjon inntil tre år, men ikke lenger enn utdanningen varer. Rammen på tre år er satt ut fra at det skal være mulig å fullføre høyere utdanning.

Hvordan søke?

En arbeidstaker som ønsker å benytte retten til utdanningspermi-

sjon må gi arbeidsgiver et skriftlig varsel om dette. I varselet skal arbeidstaker gjøre rede for sine studieplaner. Det skal inneholde opplysninger om utdanningens faglig innhold og varighet, og eventuell dokumentasjon av opp- tak ved utdanningsinstitusjon.

Det er ikke satt noen frist for hvor lenge før planlagt utdanningspermisjon et varsel må sendes til arbeidsgiver. Men arbeidsgiver har en frist på seks måneder til å gi svar. Dersom varselet permisjon er kortere enn seks måneder, skal slik underretning foreligge innen tre måneder etter at varsel er mottatt, men innen to måneder når varselet permisjon er kortere enn en måned.

Spørsmål fra leserne

Gravid i vikariat

Jeg har jobbet som vikar på et sykehus i over ett år. Vanligvis blir vikariatet fornyet for seks måneder av gangen. Nå er jeg gravid og vikariatet går ut om noen måneder. Jeg har søkt om nytt vikariat - hvilke rettigheter har jeg?

Svar:

Som vikar har du ingen automatisk rett på fornyelse, men hvis det vanlige er at vikariatet blir fornyet, så er det ikke lov å endre praksis på grunn av din graviditet. Det er da arbeidsgiver som må dokumentere at det er en saklig grunn til ikke å fornye vikariatet, og at dette ikke har sammenheng med din graviditet.

Gravides rettigheter i arbeidslivet er behandlet i likestillingsloven § 3, hvor det bl.a. står:

«Direkte eller indirekte forskjellsbehandling av kvinner og menn er ikke tillatt. Med direkte forskjellsbehandling menes handlinger som «... setter en kvinne i en dårligere stilling enn hun ellers ville ha vært på grunn av graviditet eller

fødsel, eller setter en kvinne eller en mann i en dårligere stilling enn vedkommende ellers ville ha vært på grunn av utnyttelse av permisjonsrettigheter som er forbeholdt det ene kjønn.»

For at du skal slippe å bekymre deg mer enn nødvendig, bør du ta opp saken med din tillitsvalgte. Du eller den tillitsvalgte kan også ta kontakt med oss og få veiledning. Ombudet kan behandle saken som en klagesak om ønskelig, og vil da gi en uttalelse om hvorvidt det har skjedd et brudd på likestillingsloven. Dokumentasjon er alltid viktig. Det gjør du ved å skrive ned hvordan fornyingen av vikariatene har skjedd til nå og annen informasjon som tyder på at avslaget på søknaden om fornyelse av vikariatet henger sammen med din graviditet. Ta tak i saken med en gang; vi kan fatte hastevedtak om nødvendig.

Hvis du har spørsmål til Likestillings- og diskrimineringsombud, send dem til: post@ldo.no
Beate Gangås, Likestillings- og diskrimineringsombud

Kontingent og permisjon

Eg byrja på jordmorutdanninga hausten 2006. I år søkte eg om permisjon då eg skal ut i svangerskapspermisjon til sommeren. Korleis blir det med medlemskapet mitt? Kva betaler eg? Eg har meldt meg arbeidssøkande, men har ikkje enda noko fast jobb, men jobbar nokre vakter på ein sjukeheim.

Medl.nr. 1209717

Svar:

Så lenge du er jordmorstudent har du gratis medlemskap i Norsk Sykepleierforbund, maksimalt to år. Dersom du tar permisjon fra studiene følges vanlige regler. Når du har permisjon uten lønn er kontingenten 42 kroner per måned. Permisjon med lønn, feriepenger, sykepenger, fødselspenger er lønnet permisjon, og du skal da betale som vanlig.

NSFs Grunnforsikring kommer i tillegg og koster 128 kroner per måned.
NSF, avdeling for medlemstjenester

Visste du at over 10.000 sykepleiere leter etter ledige stillinger på www.sykepleien.no?



VINN
bærbar PC!
På www.sykepleien.no

Det vet i hvert fall mange av de arbeidsgiverne som har ledige stillinger for sykepleiere.

Derfor velger stadig flere av dem å annonsere her. Vi har mange stillingsannonser i bladet vårt, også.

Men på nettsidene våre er det enda flere av dem – og de kommer oftere og raskere. Slik at du kan være først til mølla. Og det kan jo være godt å vite.

Når du ikke vil gå glipp av drømmejobben, for eksempel.

Pasientens hjem – din arbeidsplass

Hvordan virker arbeidsmiljøloven når arbeidsplassen din er andres private hjem? Dette var tema på Vestfolds fylkeskonferanse 8. mars.

Dilemmaene er mange når sykepleiere skal gjøre jobben sin i hjemme hos brukere.

– Hensynet til brukeren må veies opp mot hensynet til den ansatte, sier virksomhetsleder ved hjemmetjenesten i Tønsberg kommune, Ingerd Saasen Backe.

Rundt 200 deltakere møtte til konferansen som var lagt til Sandefjord på kvinnedagen.

– Det var stinn brakke, kan man vel si. Vi er kjempefornøyde, sier Saasen Backe.

Konferansen ble arrangert av tolv kommuners PLO-nettverk i samarbeid med Fylkesmannen i Vestfold og Arbeidstilsynet.

Arbeidslivssenteret har også vært med i planleggingen.

Vurdering

I hjemmetjenesten er det en utfordring at arbeidsplassene er spredt og at det er mye alenarbeid.

For hver ny bruker som tildeles vedtak om tjenesteyting, skal det gjennomføres en egen arbeidsmiljøvurdering.

– Dersom du finner ut at

arbeidsmiljøet i hjemmet til brukeren ikke tilfredstiller kravet om en sikker arbeidsplass, må du prøve å finne andre løsninger, sier Saasen Backe.

Det kan eventuelt være å få hjelpemidler til hjemmet, og bidra til hensiktsmessig møblering i stue og soverom. Dersom arbeidsmiljøet ikke ivaretas etter loven, kan oppdrag som for eksempel sårstell utføres på et annet sted.

– Hvilke løsninger man velger blir avhengig av hvilke behov brukeren har, kunnskap og dialog, sier hun.

Andre forhold i hjemmetjenesten må også vurderes. Både vinteren i år og i fjor har økt behovet for tjenestebiler, garasjer, behov for snømåking og bekledning.

Sjekkliste

Sykepleiere skal ha en fullt ansvarlig arbeidsplass, selv om de jobber i private hjem.

Sosial- og helsedirektoratet har laget en egen veileder for arbeidsmiljø i hjemmetjenesten og egne skjema til det som kan lastes ned

fra www.shdir.no

Direktoratets sjekkliste kan gi en ide om hvilke områder man trenger å jobbe med:

Egen beredskap: Har du...

- oversikt over de arbeidsmiljøvurderingene som er aktuelle for ditt arbeid?
- lagt inn nummer for lege, brannvesen og politi på hurtigtast på mobilen din?
- sørget for at navn og nummer til dine pårørende er lett tilgjengelig på arbeidsplassen?
- opplyst om eventuelle sykdommer slik at du raskt kan få hjelp ved sykdomsfall?
- tilgang til relevant førstehjelpsutstyr, og kan du bruke det?
- kontrollert om du har dekning på mobiltelefonen din alle steder du ferdes i arbeidet?

Sjekk også dette:

- Kjenner du til arbeidsplassens HMS-plan?
- Har dere møteplasser for erfaringsoverføring og drøfting av arbeidsmiljø saker?



FAKTA

Mer informasjon om arbeidsmiljø og veilederen finner du på www.shdir.no, www.arbeidstilsynet.no http://www.12k.no/konferanse_080307.htm Aktiv HMS – arbeidsplassen som læringsarena

- Har du deltatt på opplæring og øvelse i bruken av de hjelpemidlene du skal bruke på jobben?
- Har du deltatt i arbeidsmiljøvurderinger av arbeidsplassene du skal jobbe på?
- Har du hensiktsmessig utstyr og nødvendige hjelpemidler til arbeidet du skal utføre?
- Veksler du mellom tungt og lett arbeid og for å unngå ensidig gjentatt arbeid?
- Kjenner du arbeidsplassens rutiner vedrørende trakassering, trusler, utskjelling eller vold?
- Kjenner du arbeidsplassens rutiner vedrørende hvilket renholdsutstyr dere skal bruke?
- Kjenner du arbeidsplassens retningslinjer vedrørende håndtering av røykfritt arbeidsmiljø i brukers hjem?
- Tillater arbeidssituasjonen at du kan avvike de planlagte pausene dine?
- Bruker du egnet verneutstyr? Blir svaret nei på mange av spørsmålene, bør du drøfte vurderingene med lederen din.



“På fonusnet.no kunne vi i ro og mak gå gjennom spørsmål som følte viktige før begravelsen”

Fonusnet.no gir god veiledning og hjelp før og ved dødsfall.

Døgnet rundt • Hvor du enn er

www.fonusnet.no

FONUS
BEGRAVELSESBYRÅ

Ti tiltak mot sykefravær

Tolv kommuner er plukket ut som pilotkommuner i Kvalitetskommuneprosjektet. De skal vise vei ut av det høye sykefraværet i kommunesektoren.

Kvalitetskommuneprosjektet ble satt i gang av Kommunal- og Regionaldepartementet i fjor høst etter avtale med KS og hovedsammenslutningene. Målet er å utvikle kvaliteten i kommunene.

Som en del av prosjektet er tolv kommuner plukket ut som pilotkommuner i arbeidet med å redusere sykefraværet i kommunesektoren. Unio har kommet med følgende ti tiltak i det videre arbeidet:

1. Intensivering av HMS

HMS-arbeidet må intensiveres. Dette er spesielt viktig i forbindelse med store omorganiseringer, strukturendringer, ved lederutvikling og arbeidsmiljøutvikling.

2. IA-plasser og utdanning

Kvalitetskommunene bør i samarbeid med NAV og de tillitsvalgte etablere IA-plasser i virksomhetene. Eldre arbeidstakere i kvalitetskommunene bør gis tilbud om utdanningspermisjoner i kombinasjon med at det tilsettes utdanningsvikariater.

3. Arbeidsplassvurdering

Kvalitetskommunene bør systematisk gjennomføre arbeidsplassvurdering med sikte på aktiv tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon. Dette gjelder ansatte som er sykmeldte i mer enn to uker på grunn av muskel/skjelettlidelser. Utgifter dekkes av Folketrygden.

4. Bedriftshelsetjeneste

Alle kvalitetskommuner tilknyttes Bedriftshelsetjenesten som bør brukes aktivt i alle kommunale enheter for å forebygge sykefravær.

5. Fagfolk til funksjonsvurdering

Det må tilrettelegges bedre for at den sykemeldte og arbeidsgiver sammen kan møte lege/sykmelder/annen behandler i forbindelse med tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Det må legges til rette for mer aktiv bruk av bedriftshelsetjeneste, fysioterapeut og ergoterapeut i forbindelse med funksjonsvurdering på arbeidsplassen.

6. Fysisk aktivitet

Kvalitetskommunene bør sette i verk tiltak som fremmer fysisk aktivitet blant arbeidstakere. Fysisk aktivitet har stor betydning for folkehelsen, og kan bidra til å forebygge og lindre både psykiske og fysiske lidelser.

7. Tidligere på attføring

Sykemeldte må komme tidligere i gang med bedriftsintern attføring, men uten at dette innskrenker noen av arbeidstakerens rettigheter.

8. Arbeidstidsordninger

Alle institusjoner i helse- og omsorgssektoren som har hatt en økning i sykefraværet siste år, bør innen utgangen av 2. kvartal 2007 gjennomgå og eventuelt endre arbeidstidsordninger og grunnbemanning. Gjennomgang og praktisk oppfølging må skje i tråd med arbeidslivsforskningens anbefalinger.

9. Alltid vikar

Refusjoner for sykepenger i kvalitetskommuner må øremerkes i



PILOT: Notodden kommune er plukket ut som en av pilotkommunene. Bildet er fra Haugmotun sjukeheim.
Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk

budsjett til ekstrabemanning i den resultatenheten som har fraværet slik at forsvarlig bemanning kan sikres. Også i arbeidsgiverperioden bør arbeidsgiver alltid sette inn vikar for arbeidstaker med sykefravær.

10. Soria Moria i kommunene

Samtlige kvalitetskommuner vurderer sammen med tillitsvalgte bemannings- og arbeidssituasjonen i den kommunale virksomheten. Det tas utgangspunkt i SoriaMoria-erklæringen om bemanningsøkning i offentlig sektor.

Intern HMS-revisjon

Leder i en virksomhet har ansvar for at det med jevne mellomrom gjennomføres en fullstendig gjennomgang av hele det systematiske arbeidet med helse, miljø og sikker-

het (HMS). Næringslivets sikkerhetsorganisasjon (NSO) har laget et skjema som hjelper deg i arbeidet med revisjonen. Skjemaet har de lagt ut på sitt nettsted www.nso.no

Ansvar for tabber

Statens helsetilsyn har etablert et toårig prosjekt med metodeutvikling for å vurdere virksomhetens ansvar når det oppstår uønskede hendelser. Flere internasjonale

studier konkluderer med at opptil 10 prosent av alle sykehusinnleggelser, og at kanskje 500-1 000 dødsfall kunne vært avverget i Norge.

Hans Nielsen Hauge om å melde avvik

Yrke: Helsefaglig direktør, Sykehuset Østfold HF

E-post: hanhau@so-hf.no



Sykehuset – et farlig sted å være?

Det er stadig vanskeligere å skjule det reelle bildet av et helsevesen som har store problemer med å skape troverdighet. Feil som følge av medisinske tiltak blir oftere og oftere omtalt på avisenes førstesider.

Troen på sykehuset som en trygghetsfaktor i samfunnet er dypt grunnfestet i den norske befolkning og hos politikerne i særdeleshet. Sykehuset som ufeilbarlig institusjon er tydeligst når debatten dreier seg om nedleggelse av lokalsykehus og funksjonsfordeling mellom enheter i de nye foretakene. Helsepersonell deltar gjerne i debatten, ofte avbildet i hvitt med stetoskop om halsen og alvor i blikket. Det er imidlertid stadig vanskeligere å skjule det reelle bildet av et helsevesen som har store problemer med å skape troverdighet fordi feil som følge av medisinske tiltak blir oftere og oftere omtalt på avisenes førstesider.

Det finnes etter hvert mye dokumentasjon som forteller om risiko ved sykehusinnleggelse. Dessverre finnes det lite fra vårt eget land, men det er gjort store undersøkelser med høy troverdighet i våre naboland. Vi har ingen grunn til å tro at forholdene i Norge skiller seg vesentlig fra forholdene i for eksempel Danmark.

I en dansk undersøkelse publisert i 2001 fant man at 9 prosent av innlagte pasienter i sykehus

hadde vært utsatt for uønskede hendelser. Som uønskede hendelse er det vanlig å bruke denne definisjonen: *hendelse der medisinsk behandling og pleie, mer enn sykdommen selv, er årsak til skade*. 40 prosent av disse uønskede hendelsene kunne ha vært forebygget. Hendelsene førte i gjennomsnitt til en forlengelse av liggetiden med ca sju dager. I over 20 prosent av tilfellene førte de uønskede hendelsene til varige mén eller død for pasienten.

En amerikansk undersøkelse publisert i JAMA i 2001 konkluderte med at 23 prosent av alle dødsfall i sykehus skyldtes medisinske feil som kunne vært forebygget. 6 prosent av alle dødsfall i samfunnet skyldtes feil som kunne vært forebygget.

Ser man på nyhetsoppslagene knyttet til avvik i sykehuset er det åpenbart at Sykehuset Østfold har betalt en høy pris for sin meldekultur.

Peter F. Hjort skrev en rapport for Helse- og omsorgsdepartementet for få år siden der han, etter gjennomgang av internasjonal litteratur, anslo tallene i Norge til å være ca 70 000 uønskede hendelser per år. Av disse kunne kanskje 35 000 forebygges, mens 3 500 pasienter sannsynligvis dør hvert år, med ca 490 000 liggedager ekstra som følge av hendelsene. Tallene baserer seg på et anslag gjort med utgangspunkt i internasjonale tall fra land som vi gjerne sammenligner oss med. Tallene er så dramatiske, og inneholder så

mye sår lidelse og smerte, mest for pasienter og pårørende, men også for helsepersonell, at de et stykke på vei synes å ha blitt fortrenget.

Meldesystemene i Norge har vært lovpålagt og gjenstand for oppmerksomhet i mange år. Faktum er imidlertid at den praksis som sykehusene og helsepersonell til nå har utvist for å få frem reelle tall knapt berører overflaten av problemet. Enhver uønsket hendelse er etter dagens lovtekst meldepliktig. Likevel ser vi at store sykehus i Norge kan komme unna med å melde noen titalls hendelser per år. Selv det sykehuset i landet som til nå har kommet lengst med å utvikle en meldekultur, Sykehuset Østfold, sendte bare inn 260 meldinger om uønskede hendelser i 2005.

For å bli best i Norge til nå har Sykehuset Østfold i mange år arbeidet systematisk med å utvikle en slik kultur, og med å synliggjøre at meldinger er nødvendig og viktig for å forbedre kvaliteten i helsevesenet. Vi har altså langt igjen til å finne de ca 5 000 uønskede hendelsene som sannsynligvis finnes i dette sykehuset, dersom vi tror på de mange internasjonale undersøkelsene som etter hvert finnes om dette temaet.

Hvorfor fungerer ikke melde-systemet? Jeg vil peke på noen årsaker. Ser man på nyhetsoppsla-

gene knyttet til avvik i sykehuset er det åpenbart at Sykehuset Østfold har betalt en høy pris for sin meldekultur. Det er liten trøst at vi hvert år får ros fra Helsetilsynet når vi i landets største avis stadig omtales som skandalesykehuset og verstingen i norsk helsevesen. Det kreves stor innsikt og mot hos den sykehusdirektør som med vilje stiller seg åpen for hogg ved å utvikle en meldekultur. Dette medfører mange avviksmeldinger til Helsetilsynet, og et umiddelbart mediepress. Det er et tankekors at Helsetilsynet i Østfold får ca 1 300 forespørsler fra avisene om innsyn i dokumenter per måned mens tallet for Helsetilsynet i Oslo og Akershus ligger på ca 130.

For den enkelte helsearbeider oppleves ofte en uønsket hendelse som en personlig feil. Det kan være lettere å skjule feilene enn å melde dem. Det er først med en systematisk opplæring at man kan få frem forståelsen for at feil forekommer for alle, at de kun kan forebygges når vi kjenner dem, og at systemene for avvikshåndtering og melding er det første skrittet mot et bedre og trygger helsevesen både for pasienter og de som har fått privilegiet å ta vare på dem og gi dem hjelp. Det er min påstand at universitetene og høyskolene som utdanner personellet til sykehusene har sviktet sin oppgave når det gjelder å skape holdninger og kultur for å melde og bearbeide de uønskede hendelsene de møter i sin yrkesutøvelse.

Det som ikke etterspørres blir heller ikke målt. Så lenge landets sykehus får lov av myndighetene til å slippe unna å melde om

Hvorfor har våre myndigheter ikke tatt rapporten fra Peter F. Hjort på alvor og forlangt troverdige tall fra sykehusene?

avvik, vil heller ikke avvikene komme frem. Kanskje burde det være straff til det sykehus som melder om 15 – 30 avvik per år med titusenvis av behandlede pasienter? Hvorfor har våre myndigheter ikke tatt rapporten fra Peter F. Hjort på alvor og forlangt troverdige tall fra sykehusene? Riktignok ser vi at det nå opprettes et senter i Norge for pasientsikkerhet, men hvor mange pasienter skal dø av uønskede hendelser i sykehus før vi får de reelle tallene på bordet? Det fremstilles som en skandale når et antall mennesker dør i veitrafikken på en veistrekning. I Østfold har vi stor forståelse for dette etter mange år med urimelig høye ulykkestall på E6, men hvorfor er det ikke en skandale at kanskje både en og to av 100 innlagte pasienter på ditt sykehus dør hvert år som følge av uønskede hendelser som kunne vært forebygget?

Vi har hatt et bilde av sykehuset som en trygghetsfaktor i samfunnet. Ved alvorlig sykdom og skade må det fortsatt være det. En forutsetning for at sykehus i fremtiden skal ha tillit hos befolkningen er imidlertid at vi beholder den troverdigheten som vi nå er i ferd med å miste. Etter min mening er det kun ved å skape åpenhet rundt de uønskede hendelsene at vi kan ha håp om å beholde troverdighet.

Sykehus kommer alltid til å være et farlig sted å være. Det skyldes både tilstanden til dem som trenger tjenestene og aktiviteten som forgår der. Når nesten halvparten av de uønskede hendelsene kunne vært forebygget, har vi et stort potensial for å gjøre frem-

tidens sykehus tryggere. Det er en sammenheng mellom lengden på sykehusopphold og risiko for uønskede hendelser. Jo lenger oppholdet varer, jo større er risikoen. Vi kjenner sammenhengen mellom lengden på sykehusopphold og infeksjoner. Vi vet også at jo lenger en pasient oppholder seg i sykehus før et elektivt inngrep, jo større er risikoen for en infeksjon. Risikoen øker fra time til time. Likevel blir fortsatt mange pasienter innlagt i sykehus både ett og to døgn før planlagte inngrep. Det finnes god dokumentasjon på at liggetidene ved norske sykehus er lenger enn i land vi ellers sammenligner oss med.

Det er to viktige tiltak vi i dag må gjennomføre for å bedre sikkerheten i sykehusene våre. Det ene er å dyrke frem en meldekultur som gir oss muligheter for forbedring og reduksjon av antallet uønskede hendelser. Det andre er å forstå at det er farlig å ligge i sykehus. Derfor må vi alle bidra til å korte ned sykehusoppholdene så mye som mulig. Begge tiltakene vil spare pasienter og pårørende for lidelse, og samfunnet for store unødige utgifter til behandling av uønskede hendelser. Vi har dessverre ingen grunn til å tro at forholdene i Norge skiller seg det som er kommet frem i undersøkelser fra andre land. Vi vet ingenting om de uønskede hendelsene, og vi har for lange liggetider i sykehus. En liten trøst kan det kanskje være at det her er store muligheter for å både spre penger og samtidig heve kvaliteten.

Føler du deg trett og slapp?



Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden

Floradix Formula med siff innhold av jern gir.....

- bedre jerndepoer
- økt oksygenopptak
- øker bloddannelsen
- øker vitaliteten
- bedrer konsentrasjonsevnen
- rent vegetabilisk
- uten konserveringsmidler
- alkoholfri

Jernmangel er ofte en grunn til slapphet og tretthet.

Floradix Formula jernekstrakt er et rent naturprodukt som er fremstilt av firkvæstede safter fra vitamin- og mineralrike vekster, grønnaker, frukter, hvetekeim og jernrik gjærekstrakt med høy opptagelighet.

Floradix Formula finnes i to størrelser og tablettform. Du får den i dagligvareforretningene, apotek og i helsekostforretninger.



NYHET!
Forbedret innhold



FLORADIX® FORMULA
JERNEKSTRAKT
VITAMIN- OG
MINERALTILSKUDD

med jern,
B- og C-vitaminer

Floradix® formuleres av et skandinavisk og autorisert lekemiddel selskap som gir god trykksikkerhet.

Norges
mest solgte
jerntilskudd



Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
epost: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Camilla Crone Leinebø

Alder: 24 år

Yrke: Sykepleierstudent

E-post: leiniken@yahoo.no

Utdannelse: Etter at hun i fjor 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.



Se på den du snakker til!

Aldri hadde jeg trodd at jeg i høst skulle holde min første forelesning på en høgskole.

E-posten fra mammas gode venninne var ikke til å misforstå. «Kan du være så snill å holde en forelesning for studentene mine, Camilla?» Som født og oppdratt av to døve foreldre, har jeg kanskje en annerledes oppvekst enn de fleste andre. Nå skulle jeg altså til pers foran 30 tegnspråktolkstudenter. Fortelle en høyst personlig fortelling om hvordan jeg har erfart tolkeproblematikken på nært hold.

Og det var først etter å ha stått der, skjelvende i stemmen og knæserød i trynet av nervøsitet, at jeg innså at det er et aktuelt område for sykepleiere og studenter også.

Som liten drittunge havnet jeg stadig i tilfeldige situasjoner der jeg måtte tolke for mine foreldre. Allerede som fireåring gjorde jeg mamma flau ved å si høylytt og fryktløst som bare fireåringer kan, til en vilt fremmed i banken: «Se på mamma når du snakker. Hun kan lese på leppene dine», etter at han automatisk så på meg og forventet at jeg skulle oversette det han sa, da han merket at mamma ikke kunne høre.

I en arbeidssituasjon der noen ikke kan høre, eller ikke kan språket, må vi forholde oss til en

tredjeperson, nemlig tolken. Da tenker jeg ikke kun på tolkeforhold med døve eller tunghørte, men også i forbindelse med etniske minoritetsgrupper.

Når for eksempel en hørselshemmet eller ikke-norskaltalende person skal på sykehus, er det vanlig å ha med seg en tolk. Sykepleieren må plutselig forholde seg til to personer, en som oppfatter det du sier, og en som gjerne ikke gjør det. Hvis sykepleieren da sier: «Kan du si til henne at...», lager man et skille mellom «oss» som snakker samme språk, og «hun» eller «han» som ikke gjør det. Den som skal på sykehuset er ofte allerede i en sårbar sykdomssituasjon, og ved å henvende seg til tolken på denne måten, kan det skapes en enorm avstand mellom deg som sykepleier og vedkommende du egentlig skal støtte og informere. Se på personen du skal fortelle ting til! Vær henvendt til den det gjelder. Det kan føles rart at den du snakker til ser på tolken, men det er normalt sett av rent kommunikasjonsmessige årsaker.

Banalt, tenker du kanskje? Klart det er lett å bli usikker når man oppdager at den du prater til ikke forstår det du sier. Ut fra egen er-

faring som barn av døve foreldre, er dette en feil utrolig mange gjør i kommunikasjon med mennesker som ikke oppfatter det du sier.

Som sykepleierstudent klarer jeg på en eller annen merkelig måte å relatere mye av det som skjer rundt meg, til å dreie seg om nettopp sykepleie. Nysgjerrigheten bringer meg i kontakt med Marita Eidsnes (21). Hun er første års student ved Betanien diakonale høgskole og skal ha praksis på Konows senter, døve og døvblindes aldershjem og bofellesskap i Bergen.

Ryktene forteller at Konows senter er et populært praksissted og at det er kamp om plassene.

– Egentlig var det ganske tilfeldig at jeg havnet på Konows. Fra før har jeg to og et halvt års erfaring i arbeid med døvblinde, så det er godt mulig at det har spilt en rolle da jeg fikk plassen. Uansett gleder jeg meg veldig og har gått på forberedelseskurs i tegnspråk i forkant av praksisperioden, forteller en spent Eidsnes.

Marita sier at hun tror hun i mye større grad må lære seg å tyde kroppsspråk, og ha bedre tid enn med andre typer brukere.

– Nå forbereder jeg meg først og fremst på tegnspråket ettersom

det er tospråklig miljø også blant de ansatte. Det er både døve og hørende som jobber der, og de som hører bruker tegnspråk i tillegg til stemme selv når ikke det er andre døve tilstede. Det blir en kjempeutfordring å lære et nytt språk og å hele tiden skulle forholde seg til dette, sier hun.

I tillegg poengterer Marita: – Hvis ikke jeg lærer meg noe tegnspråk, vil jeg ekskludere de døve fra kommunikasjonen med meg, og det er jo det verste som kan skje. Jeg er jo der for å hjelpe dem. Også håper jeg at vi får god tid til å kommunisere slik at brukerne forstår hva som skal skje. Tålmodighet fra alle hold er nok det viktigste stikkordet.

Om hun vil jobbe med denne pasientgruppen i fremtiden har hun ikke bestemt seg for, men det er ikke utenkelig. På samme måte som meg – og andre førstisser – gleder hun seg til videre praksis der man får prøve å jobbe med forskjellige mennesker under ulike omstendigheter. Uansett hva fremtiden skulle bringe av jobbsituasjoner, skal jeg ikke miste min barndoms klokhet. Jeg skal se (på) pasienten. Selv om pasienten måtte være aldri så blind.





SAKTE SAMMEN: Sykepleier og psykoterapeut Anne Lande og pianist Per Husby gir ut CD.

Synger sakte sanger

- Menneskene løper så fort, og alle ser ut som de vet hvor de skal, sier Anne Lande.
- Eller kanskje de bare virrer rundt?

«Sakte sanger» er tittelen på Anne Landes debutalbum, utgitt sammen med pianist Per Husby.

- Vi lever i en bråkete tid der ting går i høyt tempo og med mye støy. CD-en vår er vårt lille bidrag til å skape en slags motvekt mot alt dette hastverket, sier Lande.

Sykepleier

Av yrke er Anne Lande sykepleier og psykoterapeut.

- Det er mye terapi i musikk, understreker hun overfor Hamar Arbeiderblad.

Tekstmaterialet på CD-en spenner fra ukjente tekster av Alf Prøysen, Inger Hagerup og Kjell Aukrust, til Landes originaltekster og norske versjoner av Jacques Prevert, Antonio Carlos Jobim og Abbey Lincoln.

- Utgangspunktet for tekstvalget har vært å finne tekster som utforsker overgangene i livet, forklarer hun.

- Det er aldri så krevende å være menneske som når ting forandrer seg.

Plata begynner med møte, og fortsetter med savn.

Godt mottatt

Lande og Husby har fått strålende anmeldelser for sine sakte sanger.

- Et vakkert knippe sanger som det oser empati av. «Sakte sanger» er blitt en inderlig opplevelse – en liten perle, intet mindre, skriver TV nettavisens anmelder Tor Hammerø.

Krever politiattest

Norsk Sykepleierforbund mener det bør kreves politiattest fra dem som vil arbeide med eldre, demente og alvorlig syke.

- Dette er veldig sårbare grupper som er spesielt utsatt, sier forbundsleder Bente Slaatten. Hun mener også at politiattestene bør omfatte flere typer lovbrudd enn barneporno og seksualforbrytelser.

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/
97534946, fax: 75585101, NSF Nordland, Sjøgata 27, 8038 BODØ
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 Nina Horpestad, tlf. 51537990,
fax 51537991, Mølleg. 37, PB 494, 4003 Stavanger,
nina.horpestad@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, Lundeg. 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 Anne Britt Jansen, tlf. 38072190/
92664367, fax 38072191, Dronningens gate 12, PB 261,
4663 Kristiansand, anne.britt.jansen@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

Kontingent

Medlemmer i lønnet arbeid som deltar i trekk av kontingent via lønnen skal månedlig trekkes 1,45 prosent av brutto lønn. Minimumssatsen er 624 kroner og maksimumssatsen er 4 440 kroner per år. Nyutdannede medlemmer får 50 prosent kontingentreduksjon av maksimumsbeløpet i to år etter endt utdanning. Æresmedlemmer betaler ingen kontingent. Øvrige medlemmer (uten lønnet arbeid, under attføring, uføretrygdede, pensjonister, studenter etc) skal betale 504 kroner per år.

NSF-REVISJON:

Fram mot NSF's landsmøte i november 2007 vil Sykepleien ha en serie hvor vi ser på hvordan organisasjonen fungerer og blir oppfattet blant medlemmene.

Vi vil sette søkelys på NSF's prioriteringer, organisatoriske forhold, pengebruk og medlems-service.

Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

NSF's medlemsfordeler er tema i denne utgaven.

Bli medlem, sier du! Hvorfor?

Kontingenten er inngangsbilletten for å bli medlem i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Men hva får du egentlig for pengene?

Medlemsnålen du får er liten, men den representerer et stort og slagkraftig fellesskap. Det er det tydeligste argumentet til Norsk Sykepleierforbund for at du som sykepleier skal melde deg inn i organisasjonen.

Biter du på, blir du en del av en organisasjon som omfatter over 82 000 av landets 118 000 registrerte sykepleiere, en maktfaktor myndigheter og arbeidsgivere ikke kan se bort fra når lønns- og arbeidsvilkår står på dagsorden.

Det er også her den sykepleiefaglige kompetansen i Norge finnes. Som medlem kan du bli med i en av NSF's 31 faggrupper. Det gir mulighet til fagtilknytning og faglig fordypning.

Sikkerhet

«Sikkerhet i en travel arbeidsdag» er et annet viktig slagord NSF bruker for å få deg som medlem.

Omorganiseringer og stadige krav om økt effektivitet er blitt en del av hverdagen på arbeidsplassene, særlig i helsevesenet, viser undersøkelser. Du har sannsynligvis også merket dette på din arbeidsplass og i ditt eget arbeidsforhold. Og hvordan kan NSF-medlemskapet gjøre noe med det? NSF har rundt 3 000 hovedtillitsvalgte og tillitsvalgte rundt om på de fleste arbeidsplasser. De skal ivareta dine rettigheter og interesser og påse at avtaler og overenskomster blir overholdt. Sammen med NSF's 19 fylkeskontorene har de tillitsvalgte den nødvendige nærhet og lokalkunnskap til å kunne bistå deg.

«Som medlem i NSF vil du ikke stå alene», lover organisasjonen som også kan bistå med juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet ditt.

Personlige goder

Men du har også et liv utenfor jobben. NSF lokker med et omfattende forsikringstilbud til medlemmene. Daglig blir du som forbrukere bombardert med «gode» tilbud av alle slag, men NSF's tilbud er forhandlet fram spesielt for medlemmene. Her kan det være mye å spare, både på hus-, bil- og reiseforsikring.

På de neste sidene går vi mer inn i hva du får igjen som medlem av NSF.

tekst **Bjørn Arild Østby**
illustrasjon **Hege Holt**

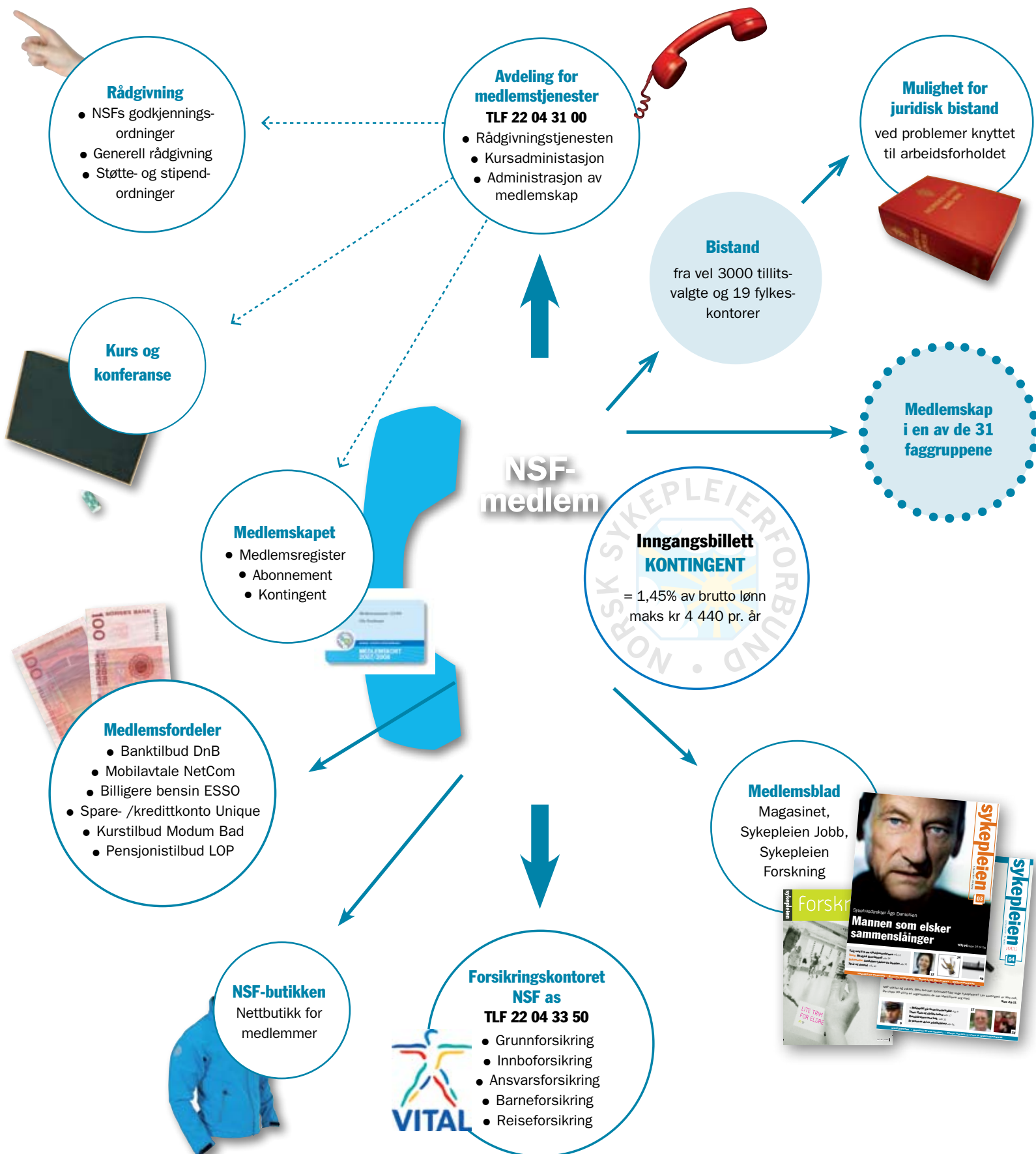


Grunnforsikring

I tillegg til ordinær kontingent betales det 128 kroner per måned/1 536 kroner per år i premie for NSF's grunnforsikring (gruppelivs-/familieulykkesforsikring). Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen dersom de ikke reserverer seg. De medlemmer som ikke ønsker forsikring, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

Forsikring

Norsk Sykepleierforbund gikk 1. januar i år over fra Vesta Forsikring til Vital Skade. Alle kollektive forsikringer (som innbo-, reise-, ansvars- og barneforsikring) du har kjøpt gjennom ditt medlemskap i NSF er automatisk overført til Vital Skade AS. Som medlem av NSF vil du merke lite til overgangen til nytt forsikringsselskap.



Banktilbud

NSF har forhandlet fram tilbud med DnB NOR hvor du som medlem kan få inntil 30 prosent rabatt på bankens kundeprogrammer: Student, Total, Total pluss og SAGA. Ønsker du å benytte deg av dette tilbudet kan du ringe DnB NOR på telefon 04800, eller henvend deg til nærmeste bankkontor. Vis til NSF's BFA-avtale 1160.



Svar på minuttet

Du kan være fornøyd eller misfornøyd med svaret. Men du forventer i alle fall at noen svarer når du ringer til ditt eget forbund.

– Du skal ikke vente mer enn ett minutt, lover Avdeling for medlemstjenester.

Telefonhenvendelser Rådgivningstjenesten februar 2007

OM SYKEPLEIERFAG	ANTALL
Grunnutdanning	8
Videreutdanning	15
Mastergrad/universitet	2
Jobbe som sykepleier i Norge	6
Jobbe i utlandet	7
Autorisasjon	5
Medlemstilbud	39
Godkjenningsordninger	79
Taushetsplikt	2
Funksjonsbeskrivelse	4
Medlemskap	10
Diverse	25
Totalt	202

OM ARBEIDSLIV	ANTALL
Ansettelse	8
Oppsigelse	5
Ansiennitet	6
Arbeidstid	7
Lønn	33
Honorar	5
Permisjon	11
Ferie	3
Pensjon	6
Trygd	4
Sykdom	3
Diverse	24
Totalt	115

– Det er snakk om respekt for det enkelte medlem, sier organisasjonssjef Lars Erik Wærstad. Han er leder for Norsk Sykepleierforbunds (NSF) Avdeling for medlemstjenester ved hovedkontoret i Oslo.

– Avdeling for medlemstjenester er et sted hvor medlemmene skal kunne henvende seg og være garantert å få svar. Og det innen rimelig tid, sier Wærstad.

– *Kan medlemmene stole på det?*

– Vi stiller i alle fall høye krav til vår egen virksomhet. Målet er at 90 prosent av telefonene skal bli besvart innen ett minutt. Henvendelser som kommer per e-post skal bli besvart innen 48 timer, og brev innen en uke, sier organisasjonssjefen, og forteller at sist måned fikk 93 prosent av dem som ringte svar i løpet av ett minutt.

Flere tusen

Avdeling for medlemstjenester består av rådgivningstjeneste, kursadministrasjon og administrasjon av medlemskap. Avdelingen ble opprettet i 2006, og per i dag har den 16 ansatte.

I tillegg til å svare medlemmene innen rimelig tid, skal medlemmene også være sikret tjenester av høy kvalitet. Med flere tusen henvendelser i form av telefon, e-post og brev i løpet av en måned er dette en stor utfordring for de

tre enhetene i avdelingen.

– Avdelingen som administrerer medlemskapet får naturlig nok flest henvendelser. Det gjelder spørsmål angående kontingent, adresseendring eller abonnement. Men selv om rådgivningstjenesten nå får langt færre henvendelser, er spørsmålene svært forskjellige og uforutsigbare. Det krever både omfattende og høy kompetanse. For å lette effektivisere og kvalitetssikre svarene holder vi på å bygge opp en kunnskapsdatabase med fakta-ark. Her tar vi utgangspunktet i spørsmålene avdelingen har fått fra medlemmene siden avdelingen kom i drift, sier Wærstad.

Han mener det er viktig at avdelingen framstår samstemt overfor medlemmene.

– *Så her finner man oraklene i NSF som kan svare medlemmene på alt?*

– De er dyktige, og medlemmene er garantert kvalifiserte svar. Spørsmål som krever lokal kunnskap må medlemmet ta opp med sin lokale tillitsvalgt eller det fylkeskontoret vedkommende tilhører. Vi svarer heller ikke på spørsmål som krever spisskompetanse, for eksempel spørsmål om faglige prosedyrer. Men avdelingen vil være behjelpelig med hvor du kan finne svar eller henvende deg for å få svar, sier Lars Erik Wærstad.

Generell rådgivning

– *Har et medlem spørsmål knyttet til arbeidsforholdet eller sykepleie-faget så er Rådgivningstjenesten stedet å henvende seg?*

– Er det snakk om generelle problemstillinger, er svaret ja. Men husk at vi ikke er saksbehandlere. Vi kan gi råd og veiledning i jungelen av lov- og avtaleverk og hva den enkelte bør gjøre. Hva medlemmet eventuelt gjør videre, er deres eget valg, sier rådgiverne Berit Berg, Lise Færevaa, Wenche Jensen og Mette Høiland.

De fire sykepleierne ser på seg selv som en form for lavterskeltilbud for medlemmene.

– Vi får alle typer spørsmål. Men de fleste spørsmålene knyttet til arbeidsforhold gjelder lønn, arbeidstid og ansettelse. Men vi har også hatt mange henvendelser knyttet til graviditet og svangerskap, sier Mette Høiland.

Spørsmål om lønn kan være: Hvordan skal jeg argumentere for høyere lønn? Hvorfor får vi ikke nattillegg ut vaktens slutt? Kan jeg kreve tillegg når jeg er stedfortreder?

– Av sykepleiefaglig spørsmål går ikke overraskende svært mange spørsmål på grunn- og videreutdanning. Andre typiske spørsmål er knyttet til kompetanse, faglig forsvarlighet og

Unique-konto

NSF Unique har du i tillegg til din lønnskonto og kan brukes både som sparekonto og kredittkonto. Per i dag får du 3,75 prosent sparerente fra første krone, ingen begrensninger i antall uttak, gebyrfrie varekjøp og du kan søke om kredittreserve på inntil 75 000 kroner. For mer informasjon: www.nsf-unique.no/unique.html

Billigere bensin

NSF medlemmer får 35 øre rabatt per liter bensin og diesel på Esso-stasjonene. I tillegg får du 20 prosent rabatt bilvask, 10 prosent på smørølje og 15 prosent på fyringsolje og parafin hos Esso Energi. Ønsker du søknadsskjema for Esso-avtalen, send e-post til: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no eller ta kontakt med ditt fylkeskontor.



HALLO: Her sitter damene i den andre enden av røret.

taushetsplikt. I den siste tiden har det også vært en del saker fra sykepleiere med utenlandsk utdanning som vil jobbe i Norge, sier Wenche Jensen.

Eksempel på spørsmål knyttet til faglig forsvarlighet er:

- Hvilke individuelt ansvar har jeg som sykepleier?
- Kan andre pålegge meg oppgaver jeg ikke føler meg kompetent til?
- Har jeg lov å delegere bort egne oppgaver?

Ellers opplever de fire rådgiverne at type spørsmål er sesongbestemt. For eksempel forventer de nå en økning i antall spørsmål knyttet til ferieavviklingen.

Godkjenningsordninger

NSF har også egne godkjenningsordninger for kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie og i faglig veiledning i sykepleie (tidligere sykepleiefaglig veiledning).

– En slik godkjenning vil være et kvalitetsstempel og en anerkjennelse av den enkelte sykepleiers kompetanse. Ordningene er gratis og administreres av rådgivningstjenesten, forteller Lise Færevaa.

Godkjenningsordningen for klinisk spesialist er også et tilbud til helseforetak og kommuner som ønsker å utarbeide et systematisk program for kompetanseutvikling for sine sykepleiere.

Blant kriteriene for godkjenning som klinisk spesialist er etterutdanning i form av kurstimer. For å få kurset godkjent må det ha et sykepleiefaglig innhold. Det må dokumenteres gjennom kursbevis hvor antall godkjente kurstimer står spesifisert. Rådgivningstjenesten kan forhåndsgodkjenne kurs.

Gjennom godkjenningsordningen for faglig veiledning i sykepleie vil den enkelte sykepleier få dokumentert og anerkjent sin veilederkompetanse. Ordningene viser seg å være svært ettertraktede. Bare i februar i år fikk avdelingen 79 henvendelser omkring de to godkjenningsordningene.

Stipend

Også økonomisk kan du som medlem dra fordeler av ditt medlemskap.

NSF kan tilby stipend til forskning og forskerutdanning. For 2007 er det satt av til sammen 500 000 kroner. I 2007 deler NSF også ut 700 000 kroner til faglige prosjekter. Midlene skal bidra til å utvikle og forbedre sykepleiepraksis og –utdanning, og kan søkes av faggrupper og enkeltmedlemmer i NSF. Øvre grense for søknadsbeløpet er satt til 50 000 kroner per prosjekt.

Som medlem kan du videre søke om støtte til å delta i sykepleie-faglige møter, kurs, kongresser eller studiebesøk. Kursstøtten er på inntil 2 500 kroner, mens du kan få støtte til internasjonale konferanser inntil 5 000 kroner.

Spørsmål kan rettes til rådgivningstjenesten.

Litt bensin og mobil

– Å jobbe for rabatt på bensin og billigere mobiltelefoni er det en oppgave for NSF?

– Det er absolutt ingen prioritert oppgave for forbundet. Men svært mange medlemmer etterlyser denne type medlemsfordeler, eller «krydder» om du vil, sier Lars Erik Wærstad.

– Bonusfordeler er blitt en naturlig del av pakken ved å melde seg inn i en organisasjon. Dette gjelder like mye fagforeninger som ideelle organisasjoner. Og store organisasjoner har muligheter til å forhandle seg fram gunstige ordninger for sine medlemmer.

– Tilbakemeldingen er at de fleste medlemmene setter pris på dette. Men vi får også kritikk fra medlemmer som mener de allerede har bedre ordninger. Dette er ikke til å unngå, da vi ved inngåelse av slike avtaler må ta utgangspunkt i «gjennomsnittsykepleieren». Det er heller ikke lett å vite om tilbudet vi har forhandlet oss fram til er det beste på markedet, sier Wærstad.

Men avdelingen får også hurrarop fra fornøyde medlemmer. Et medlem kunne for eksempel fortelle at hun etter å ha sjekket med DnB Nor hva medlemsfordelen innebar sparte opp mot 10 000 kroner på avtalen bare i år.

– Det vil aldri være aktuelt for NSF å tilby medlemmene en flora av medlemstilbud. Her er vi restriktive og tilbud som ikke fungerer blir raskt sagt opp, sier organisasjonssjefen, og nevner at NSF har et par nye tilbud på gang.

tekst **Bjørn Arild Østby**
foto **Stig Weston**

Kurstilbud

Ressurssenteret Villa Sana på Modum Bad og NSF har inngått avtale om kurstillbud for medlemmer av NSF. Målsettingen er å bidra til å styrke sykepleiernes bevissthet i forhold til sykepleierrollen, forebygge utbredning og fremme sykepleiernes helse og livskvalitet. Opplegget består i ukeskurs for åtte sykepleiere. Kursavgiften og reiseutgifter dekkes av NSF. Nærmere opplysninger om kurstillbudet og søknadsskjema fås ved henvendelse til telefon 32 74 97 00 eller 32 74 98 89. Se også www.modum-bad.no under Villa Sana - kurs for sykepleiere.

Landets beste?

Innbo, reise, barn, død, uførhet...Du kan forsikre deg mot det meste. Også Forsikringskontoret NSF as tilbyr deg forsikringer. – Meget gunstige, ifølge dem selv. Kan vi stole på det?

Norsk Sykepleierforbund kan gjennom Vital Skade as tilby deg som medlem et omfattende forsikringstilbud.

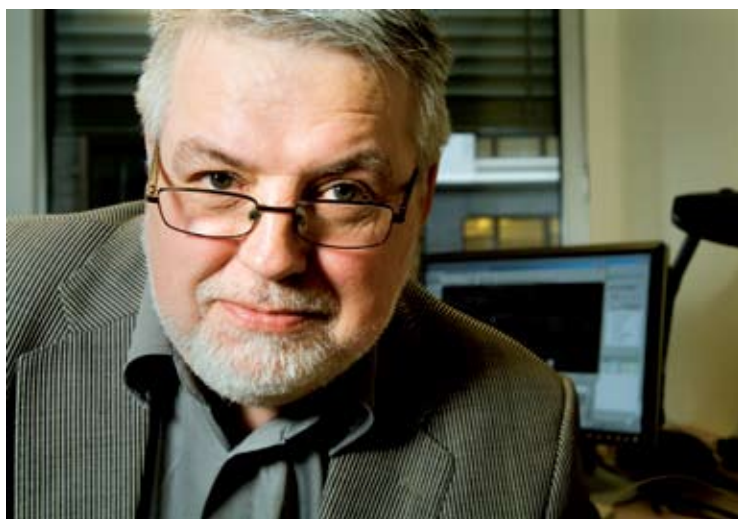
– Når det gjelder innboforsikring, reiseforsikring, barneforsikring og livsforsikring er vi meget gode. Vil ikke overraske meg om vi ligger helt på topp i landet, sier daglig leder Sigfred Mittet i Forsikringskontoret NSF as.

– Bare ved å benytte deg av innboforsikringen og grunnforsikringen vil du sannsynlig, sammenlignet med tilbud du vil få i andre selskap, ha spart inn det du betaler i årlig kontingent til NSF, lover Mittet.

Til å stole på?

Har vi hørt det før? Kan vi stole på forsikringselskap som skal selge oss uslåelige gode tilbud?

SykepleienJOBBA har kontaktet forsikringselskapene Gjensidig, If, Vesta og Sparebank 1 for å



FORSIKRER: Sigfred Mittet lover gode ordninger til medlemmene.

få deres tilbud på innboforsikring opp til 2 millioner kroner, familereiseforsikring og barneforsikring.

Dommen er klar. Ditt medlemskap i NSF gir deg svært gode forsikringer.

Vital Skade as har det laveste tilbudet på alle de tre typer forsikringer. Og samlet sett er forskjellen mellom det dyreste tilbudet (Vesta) og Vital Skade as på over 7 000 kroner i året. Sammenlignet med det nest beste tilbudet (Sparebank 1) kan du gjennom forsikring i Vital Skade as spare rundt 4 000 kroner per år.

– Det er ikke fordi forsikringselskapet vil være snille mot sykepleierne. Den viktigste årsaken er at NSF er en stor forsikringspartner. Videre viser skadestatistikken at sykepleiere er ryddige mennesker. De ligger godt under gjennomsnittet på skadestatikken. Så slik sett har medlemmene selv vært med på å legge grunnlaget for gunstige forsikringer, sier Mittet.

– Er alle tilbudene like gunstige?

– Nei. På villa- og hytteforsikring er vi ennå ikke fornøyd.

Byttet selskap

– Forsikringsmarkedet er i stadig endring. Derfor sjekker vi stadig om tilbudene vi tilbyr er konkurransedyktige i markedet, sier Mittet.

I fjor foretok NSF en anbudsrunde blant flere forsikringselskap. Resultatet ble at NSF skiftet selskap fra Vesta til Vital fra 1. januar 2007. Da skifte av selskap ble formidlet til medlemmene, var det ingen tvil om at forsikringer engasjerer. Telefonene til de ni medarbeiderne på Forsikringskontoret glødet hele januar.

– Hva gjør dere for å verve flere medlemmer?

– Lite. Forsikringene er tilbud til enkeltmedlemmet. Tilbudet står helt fritt å si ja eller nei til. Å gå ut med aktiv kampanje med noe medlemmene ikke konkret har bedt om, kan virke provoserende, sier Mittet.

– Hvilke råd har du til medlemmene?

– Gjør deg kjent med hvilke forsikringer du har, både privat og gjennom arbeidsgiver. Da får du oversikt over hva du eventuelt mangler. Samtidig kan du lettere sammenligne vårt tilbud med den forsikringsordningen du har fra før, råder Sigfred Mittet.

Ønsker du mer informasjon om tilbudene finnes det på www.sykepleierforbundet.no/forsikring. Forsikringskontoret NSF kan gi deg råd og svar på spørsmål du måtte ha.

tekst Bjørn Arild Østby og Odd Letnes

Type forsikring (kroner pr år)	FORSIKRINGSSELSKAP				
	Gjensidige	If	Vesta	Sparebank1	Vital*
Innboforsikring (opp til 2 mill., Oslo)	3 691	4 671	6 215	3 451	696
Familiereiseforsikring	1 092	1 080	1 047	1 350	744
Barneforsikring pr barn	1 548	2 130	2 090	1 355	708

*) Prisen gjelder for medlemmer av NSF. Prisene fra de andre selskapene er uten rabatter. Norsk Sykepleierforbund gikk 1. januar 2007 over til Vital Skade as. Alle kollektive forsikringer du har kjøpt gjennom ditt medlemskap i NSF er automatisk blitt overført til Vital Skade as.

Nettbutikk

NSFs medlemsbutikk tilbyr ulike produkter til bruk for medlemmer. For å få tilgang til Organisasjonsbutikken, gå via NSFs nettsider www.sykepleierforbundet.no. Gå via Logg inn, skriv ditt medlemsnummer og passord og du finner Organisasjonsbutikken på en knapp. For oversikt over alle medlems-tilbud: www.sykepleierforbundet.no > Medlemstjenester > Medlemstilbud.

Historikk

Norsk Sykepleierskeforbunds Byrå for arbeidsformidling ble opprettet i 1919. I det første driftsåret kunne byrået berette om mange udekkede behov. Og i løpet av 20-årene var antall sykepleiere som ble beskjefliget gjennom byrået opp i 140. Ut over på 30-tallet sank tallet på sykepleiersker som fikk sitt le-vebrød gjennom organisasjonen til kun 30. Etter krigen ble byrået avviklet.



You´ll never walk alone

Medlemskapet gir deg mulighet til juridisk bistand fra Norsk Sykepleierforbund. Og du har fått en garanti for at tillitsvalgte og fylkeskontor tar tak i ditt problem eller svarer på dine spørsmål.

– De fleste saker knyttet til enkeltmedlemmenes arbeidsforhold har et lokalt utspring, og bør så vidt mulig løses lokalt. Og som medlem vil du ikke stå alene med problemer eller spørsmål. Hjelp får du først og fremst hos din tillitsvalgt på arbeidsplassen eller på fylkeskontoret. De kjenner arbeidsforholdene og dine rettigheter og har den nødvendige nærhet til arbeidsgiver, sier advokat Even Kokkvoll i NSFs forhandlingsavdeling.

Individuelle saker

NSF yter bistand til deg som enkeltmedlem i saker knyttet til ditt arbeidsforhold. Det kan være enkeltsaker som for eksempel feil utbetaling av lønn. Dette lar seg nesten alltid løse lokalt. Men skulle det gå så langt at arbeidsgiver true med rettslig inkasso ved utbetaling av for mye lønn, vil saken bli vurdert av fylkeskontor og eventuelt forhandlingsavdeling.

Andre saker kan det være naturlig å flytte vekk fra lokalapparatet til fylkeskontor eller forhandlingsavdeling, for eksempel spørsmål rundt oppsigelse,

avskjed, erstatning og yrkesskade.

– Hvis det ikke er mulig å oppnå enighet lokalt, vil forhandlingsavdelingen vurdere om det i slike saker er grunnlag for å reise søksmål for domstolene, sier Even Kokkvoll.

Avgjørelsen vil eventuelt bli tatt av organisasjonens forhandlings-sjef. Ved anke til lagmannsrett eller høyere rettsinstans samt saker til tingretten hvor ekstern advokat skal benyttes, må samtykke innhentes fra NSFs forbundsstyre.

– *Kan du gi et eksempel på en slik sak?*

– Det kan være oppsigelse og avskjed av et medlem på grunn av medikamenttyveri og rusproblematikk. Denne type saker inneholder ofte flere elementer. Det kan være snakk om stillingsvern for den enkelte, politianmeldelse og tilbakekalling av autorisasjon, sier Kokkvoll.

– Det er et fåtall saker som havner i rettsapparatet. Men det er ingen tvil om at de medlemmer som kommer i en situasjon hvor de står i fare for å miste arbeid og autorisasjon, samt bli truet med straffereaksjon, er takknemlige for å få bistand av NSF.

De medlemmer som kommer i en situasjon hvor de står i fare for å miste arbeid og autorisasjon, samt blir truet med straffereaksjon, er takknemlige for å få bistand av NSF.

Kollektive saker

Som medlem vil du også få hjelp fra NSF i saker knyttet til lønns- og arbeidsvilkår.

Selv om store deler av arbeidsforholdet ditt er regulert av avtaler, vil det oppstå rettsvister mellom arbeidsgiver og NSF knyttet til forståelsen av inngåtte avtaler.

Her vil du også få hjelp fra hovedtillitsvalgt eller fylkeskontor. Og her kommer partene i de aller fleste tilfeller fram til en løsning.

– Dersom det ikke oppnås enighet lokalt, kan saken bringes videre til forhandlingsavdeling som vil vurdere om det for eksempel er grunnlag for å ta saken inn for arbeidsretten, sier Kokkvoll.

Saksomkostninger

– *Det er også et spørsmål om penger. Hvem dekker omkostningene hvis saken havner i rettsapparatet?*

– NSF dekker alle utgifter i kollektive saker, herunder eventuelt idømte saksomkostninger. Ved individuelle saker dekker NSF utgifter til egen advokat og egne omkostninger. Eventuelle idømte saksomkostninger dekkes av medlemmet selv. I særlige tilfeller kan også disse omkostningene bli dekket av NSF, sier Even Kokkvoll.

Byttehandel

Penger er byttemiddel. Det er også kontingenten vi betaler for å bli medlem av en fagforening eller organisasjon. Vi forventer å få noe tilbake.

I senmiddelalderen betalte de avlat for å kjøpe seg fri fra de evige syndestrafte. I dag krever medlemmene å få igjen noe mer håndfast for kontingenten. Knapper og glansbilder er ikke nok. Heller ikke løfte om lønn i himmelen.

Medlemmene er opptatt av arbeidsmiljø og rettigheter. For å oppnå dette er det viktig å kunne sette makt bak kravene. Det kan en stor organisasjon. Utfordringen for NSF er å vise hva organisasjonen bidrar eller kan bidra med på dette området. Det er aldri lett å dokumentere effekten av denne type «forebyggende arbeid». Hvordan ville arbeidsmiljøet vært uten en organisasjon som NSF?

Andre utfordringer er derimot langt mer konkrete. Nemlig lønn. Det er medlemmene opptatt av. Det viser de mange forespørsle-lene som daglig kommer til Rådgivningstjenesten i NSF. Og her kan medlemmet sjekke og selv vurdere innsatsen til NSF.

Nå er et nytt lønnsoppgjør i start-gropen. Mediene har lovet lønnsfest allerede før partene har hatt sitt første møte. Tariffoppgjørene er viktige for organisasjonen NSF. Det er nå den skal «betale tilbake» kontingenten. Medlemmene takker ja til forsikringer og medlemsgoder som billig bensin og mobiltjenester. Men innholdet i lønningssposen er viktigere.

C SPIRIVA® «Boehringer Ingelheim, Pfizer» Antikolinergikum.

ATC-nr.: R03B B04

Inhalasjonspulver, harde kapsler 18 µg: Hver kapsel inneholder: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.

Indikasjoner: Bronkodialiserende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Dosering: Innholdet i 1 kapsel inhaleres 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Inhaleres vha. HandiHaler. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter under 18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium, eller overfor hjelpestoffet laktosemonohydrat.

Forsiktighetsregler: Tiotropiumbromid skal ikke brukes til innledende behandling av akutte episoder av bronkospasme, f.eks. til behandling ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon

av preparatet. Brukes med forsiktighet hos pasienter med trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruksjon. Legemidler som inhaleres kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme. Hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50 ml/minutt) øker plasmakonsentrasjonen når nyrefunksjonen reduseres. Tiotropiumbromid skal derfor kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier den potensielle risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulveret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i cornea. Hvis symptomer på trangvinkelglaukom skulle oppstå, skal pasienten slutte å bruke tiotropiumbromid og kontakte lege umiddelbart.

Munnørthet, som er observert ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid forårsake karies. Tiotropiumbromid skal ikke brukes oftere enn 1 gang pr. døgn.

Interaksjoner: Samtidig administrering av tiotropiumbromid og andre antikolinerge legemidler er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Graviditet/Amning: Kliniske data mangler. Preparatet skal derfor ikke brukes ved graviditet eller amning hvis ikke den forventede nytten av behandlingen oppveier den eventuelle risikoen for fosteret eller det nyfødte barnet.

Bivirkninger: Munnørthet forekommer hos ca. 14%, er vanligvis mild og opphører ofte ved vedvarende behandling.

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munnørthet, forstoppelse. Luftveier: Sinusitt, faryngitt, epistakse, hoste.

Øvrige: Moniliasis. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Takykardi, palpitasjoner. Urogenitale: Vannlatingsproblemer, urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner som angioødem, hudutslett, urticaria og kløe. Urinretensjon forekommer vanligvis hos eldre menn med predisponerende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi). Kvalme, heshet, svimmelhet og hodepine er rapportert. Sjeldne bivirkninger som supraventrikulær takykardi og atrieflimmer er rapportert i forbindelse med bruk av tiotropiumbromid, vanligvis hos følsomme pasienter. Tiotropium kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme.

Overdosering/Forgiftning: Høye doser tiotropiumbromid kan føre til antikolinerge symptomer. Akutt forgiftning ved utilsiktet oralt inntak av tiotropiumbromid kapsler er usannsynlig pga. lav oral biotilgjengelighet.

Egenskaper: Klassifisering: Langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist.

Virkningsmekanisme: Tiotropiumbromid bindes til de muskarine reseptorene i bronkienees glatte muskulatur, og hemmer de kolinerge effektene (bronkokonstriksjon) av acetylkolin. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som fører til relaksering. Effekten er doseavhengig og varer i mer enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes sannsynligvis den langsomme frisettingen fra M3-reseptorer. Bronkodialisasjonen er primært en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk.

Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en signifikant bedring i lungefunksjonen (FEV1 og FVC) innen 30 minutter etter første dose. Vanligvis observeres maks. bronkodialisasjon fra 3. dag. Ingen tegn til toleranseutvikling er sett ved bruk over en ettårsperiode. Dyspné bedres signifikant. En signifikant reduksjon i andel pasienter som får eksacerbasjoner og i antall eksacerbasjoner er vist.

Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet: 19,5%. Lav absorpsjon fra mave-tarmkanalen (10-15%). Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 5 minutter. **Proteinbinding:** 72%.

Fordeling: Distribusjonsvolum: 32 liter/kg. **Halveringstid:** Den terminale eliminasjonshalveringstiden etter inhalasjon er 5-6 dager.

Total clearance: 880 ml/minutt. «Steady state» oppnås etter 2-3 uker. Ingen akkumulering.

Metabolisme: Metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spalting til inaktive metabolitter.

Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4) er involvert i metabolismen av en mindre del av dosen.

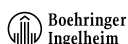
Utskillelse: 14% via urin, resten via fæces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares <25°C. Holdbarhet etter anbrudd av blister: 9 dager.

Pakninger og priser: Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 458,50, 30 doser kr 441,10.

Sist endret: 16.05.2006

Referanser: 1. Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB, Witek TJ Jr, Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest. 2005;127:809-817. 2. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 2002;19:217-224. 3. Celli B, ZuWallack R, Wang S, Kesten S. Improvement in resting inspiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. Chest. 2003;124:1743-1748. 4. SPIRIVA® SPC (02.05.2006) 5. Niewoehner DE, Rice K, Cote C, et al. Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator: a randomized trial. Ann Intern Med. 2005;143:317-326. 6. Vincken W, van Noord JA, Greefhorst APM, et al, on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J. 2002;19:209-216.



SPIRIVA® er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett.

SP1 060919/0851-2006

Cialis Lilly ICOS

Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 10 mg, resp. 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner. **Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg tatt for forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tablett 20 mg forsøkes. Tabletten kan tas med eller uten mat. Preparatet kan tas minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Maks. dosering er 1 gang daglig. Daglig bruk frarådes sterkt da sikkerhet ved langtidsbruk ikke er klarlagt, og også fordi effekten av tadalafil vanligvis varer lenger enn en dag. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Nedsatt leverfunksjon: Anbefalt dose er 10 mg tatt for forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av fordeler og risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg, se forøvrig Forsiktighetsregler. Eldre eller diabetikere: Dosejustering er ikke påkrevd. Barn og ungdom: Bør ikke brukes av personer under 18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tadalafil eller noen av hjelpestoffene. Kan forsterke den blodtrykksenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte-problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse/hjertelidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mmHg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. Flesteparten av disse pasientene hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, til seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Det anbefales ikke bruk av PDE5-hemmere til pasienter som tidligere har erfart episoder med non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION). Det foreligger begrenset sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), og en grundig individuell evaluering av fordeler og risiko bør utføres før ev. forskrivning. Pasienter som får ereksjon som varer i 4 timer eller mer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med varsomhet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernosis fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Det er ikke kjent om tadalafil har effekt hos pasienter med ryggmargsskader og pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostektomi. Bør ikke brukes hos pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, lappisk laktasemangel eller glukose/galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa1-blokkere som doxazosin kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte pasienter. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakinavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils AUC uten endringer i C_{max}. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakinavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induserende, rifampicin, reduserer tadalafils AUC med 88%. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-induserende som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Effekter av tadalafil på andre legemidler: Tadalafil forsterker den hypotensive effekt av nitrater. Interaksjonen varer i mer enn 24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Dersom en pasient som har fått tadalafil trenger livreddende behandling med nitrater, bør det derfor gå gitt minst 48 timer før nitratbehandlingen igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil er vist å øke oral biotilgjengelighet av etinylestradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av tadalafil. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil er brukt samtidig med warfarin, acetylsalicylsyre, angiotensin II reseptorblokkere og amlopidin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiva. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiva synes det som endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal gis til pasienter når de behandles med antihypertensiva. Ved samtidig bruk av doxazosin (8 mg) er det sett en forsterkning av den blodtrykkreduserende effekten av doxazosin. Denne effekten er fremdeles tilstede 12 timer etter dosering og er vanligvis forsvunnet etter 24 timer. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Er brukt sammen med tamsulosin (selektiv alfa1A-blokker) uten blodtrykkssendringer forårsaket av tamsulosin. Det er ikke kjent om resultatet kan overføres til andre alfaA-blokkere. Tadalafil er brukt samtidig med alkohol (0,08% uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det er ikke utført studier på gravide kvinner. Det er ikke funnet holdpunkter for teratogenisitet, embryotoksisitet eller fostertoksisitet i rotter eller mus som ble gitt opp til 1000 mg/kg/dag. **Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter over 75 år er begrenset. Mest vanlig (>1/10) er hodepine og dyspepsi. Hyppige (>1/100): Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Sentralnervesystemet: Svimmelhet.

Sirkulatoriske: Mindre hyppige: Hovne øyelokk (beskrevet som øyemeserte), konjunktival hyperemi. Svært sjelden: Gastrointestinale: Mavesmerter og gastroøsofageal refluks. Hud: Hyperhidrose. **Sirkulatoriske:** Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkludert myokardinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag, transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpitasjoner og takykardi. De fleste av pasientene som opplevde noe av dette hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Hypotensjon (hyppigere rapportert når tadalafil ble gitt til pasienter som allerede brukte antihypertensiva), hypertensjon og synkope. Syn: Non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uklart syn, synsfeltforandring, retinal vaskulær okklusjon. Urogenitale: Priapisme og forlenget ereksjon. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. utslett, urticaria, anksitsødemer, Stevens-Johnsons syndrom og ekfoliativ dermatitt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er gitt enkelt-doser på opptil 500 mg til friske, og multiple daglige doser på opptil 100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. Behandling: Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafiliminering. ose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske. **Pakninger og priser:** 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00, 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00, 8 stk. kr 687,70, 12 stk. kr 1014,30. Sist endret: 03.04.2006

Eli Lilly Norge A.S, Grenseveien 99, 0601 Oslo, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo, telefon 22 88 18 00, telefaks 22 88 18 59, e-post: kundeservice@lilly.no, www.lilly.no

Når uhellet er ute

Helsetilsynet i fylkene har mottatt 1 902 meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten i 2005.

Fra 2001 til 2004 økte antall meldinger til meldesentralen med 59 prosent.

Per 1. september 2006 var det registrert 1902 meldinger om hendelser som fant sted i 2005.

Om lag en tredjedel av meldingene (34 prosent) gjelder betydelig personskade, mens over halvparten av meldingene (52 prosent) gjelder forhold som kunne ført til betydelig personskade.

Unaturlig

Det er registrert 191 meldinger om unaturlig dødsfall. I 51 prosent av disse meldingene er det registrert at dødsfall skjedde under utøvelse av helsehjelp. I 26 prosent er dødsfallet registrert som følge av selvpåførte skader.

Psykiatri

Fjorten prosent av meldingene omhandlet hendelser fra psykisk helsevern, og 63 prosent av disse gjaldt hendelser knyttet til selvpåførte skader, det vil si selvskaading, selvmord og selvmordsforsøk.

Gi beskjed

Mange meldepliktige hendelser blir fortsatt ikke meldt, ifølge Helsetilsynet.

Åpenhet rundt uønskede hendelser, skader og nestenuhell og systematisk bruk av informasjon, er en forutsetning for et godt pasientsikkerhetsarbeid.

– Da må man ha god meldekultur. Det er også viktig at ledelsen fokuserer på og etterspør det systematiske arbeidet, ifølge Helsetilsynet.

Lovens bokstav

Statens helsetilsyn understreker i sin årsrapport helseforetakenes ansvar for at den lovpålagte meldeplikten overholdes og fungerer etter hensikten. Helsetilsynet forventer at foretakene sørger for at informasjon til pasientene om skader, og om Norsk pasientskadeerstatning (NPE), blir ivare tatt i tråd med pasientrettighetslovens bestemmelser.

C Efexor® Wyeth C Efexor® Depot Wyeth

Antidepressivum, serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer.

ATC-nr.: N06AX16

T TABLETTER 37,5 mg: Efexor: Hver tablett inneh.: Venlafaxin, hydroklorid, aeqv. venlafaxin, 37,5 mg, lactos, 27,5 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

T DEPOTKAPSLER 37,5 mg, 75 mg og 150 mg: Efexor Depot: Hver depotkapsel inneh.: Venlafaxin, hydroklorid, aeqv. venlafaxin, 37,5 mg, resp. 75 mg og 150 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 171). **Indikasjoner:** Efexor: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Efexor Depot: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Generalisert angstlidelse (GAD). Sosial fobi (SAD). Panikkilidelse, med eller uten agorafobi. **Dosering: Depotkapsler: Bør svelges hele.** Kan åpnes, men innholdet må ikke tygges eller knuses. Depotkapslene tas 1 gang daglig. Initial dosering er 75 mg daglig. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg daglig. **Depresjon:** Ved behov kan den daglige dosen økes med 75 mg med minst 4 dagers mellomrom. Maks. døgndose er 375 mg i høyst 4 uker. **Panikkilidelse:** Anbefalt dose er 75 mg 1 gang daglig. Behandling bør startes med 37,5 mg daglig. Etter 4-7 dager, bør dosen økes til 75 mg 1 gang daglig. Pasienter som ikke responderer på 75 mg/dag kan ha fordel av å øke dosen til maks. 225 mg/dag. Økning av døgndosen kan gjennomføres med 75 mg med intervaller på ca. 2 uker eller mer, men med minst 4 dagers mellomrom. **Tabletter:** Initial dosering er 75 mg/døgn fordelt på 2 doser. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg/døgn (75 mg ? 2). Når rask effekt er ønskelig, f.eks. ved moderat til alvorlig depresjon, kan en raskere opptapping gis. Initialt gis 75-150 mg/døgn fordelt på 2 eller 3 doser. Deretter økes dosen med inntil 75 mg/døgn med 2-3 dagers mellomrom slik at det oppnås en dose på 300 mg/døgn i løpet av en uke. Maks. dose er 375 mg. Doser over 300 mg/døgn bør fordeles på 3 doser. Når ønsket effekt er oppnådd, reduseres dosen gradvis til laveste effektive vedlikeholdsdose (vanligvis 75-150 mg). Venlafaxin bør tas i forbindelse med måltid. Til pasienter med nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales redusert dose. Ved kreatininclearance 10-70 ml/minutt bør dosen reduseres med 25-50% og ved moderat leverskade bør døgndosen reduseres med 50%. Døgndosen kan da gis samlet 1 gang/døgn. Ved alvorlig leverskade kan ytterligere dose-reduksjon være nødvendig. For disse pasienter kan tablettene brukes. Hos hemodialysepasienter må den totale døgndosen reduseres med 50%. Administrering skal ikke skje under dialyse. Sponerang av preparatet bør skje seksuivt. Dersom venlafaxin er brukt lenger enn 6 uker, anbefales nedtrapping over minst en 2 ukers periode. Nedtrappings-perioden kan avvende av dose, behandlingstid og den enkelte pasient. En har ingen erfaring med behandling av barn (<18 år). **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for venlafaxin eller noen av hjelpestoffene. Samtidig behandling med MAO-hemmer, akutt hjerteinfarkt, akutt cerebrovaskulær sykdom, uttalt hypertoni. **Forsiktighetsregler:** Eldre >65 år. Pasienter med kjent stabil kardiokulær-/cerebrovaskulær sykdom inkl. velkontrollert hypertoni. Venlafaxin kan hos noen pasienter gi blodtrykkstigning. Blodtrykket bør kontrolleres for pasienter som behandles med doser over 200 mg/døgn. Økning i hjertefrekvens kan forekomme, spesielt ved høyere doser. Ved nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales dosereduksjon. Hyponatremi og/eller SIADH («syndrom of inappropriate antidiuretic hormone secretion») er rapportert ved behandling med antidepressiva, inkl. serotoninreopptakshemmere, spesielt hos eldre og ved samtidig behandling med diuretika. Krampor kan oppstå under behandlingen. Venlafaxin bør introduseres med forsiktighet til pasienter som har, eller har hatt krampor. Pasienter med epilepsi skal ha adekvat antiepileptisk medisinering under behandlingen. Ved overgang fra MAO-hemmer til venlafaxin skal det gjøres et opphold i behandlingen på minst 14 dager. Om overgangen skjer fra venlafaxin til MAO-hemmer anbefales 7 dagers opphold. Erfaring fra venlafaxinbehandling i sammenheng med samtidig systemisk sykdom er begrenset, og forsiktighet bør utvises. Andre serotoninerge medikamenter bør ikke brukes sammen med venlafaxin. Oppmerksomhet må utvises for selvmordsrisiko. Den depressive sykdommen i seg selv innebærer risiko for selvmordsforsøk, og denne risikoen opprettholdes inntil signifikant remisjon er nådd. Pasienter som behandles med venlafaxin må observeres nøye for klinisk forverring og suicidalitet, spesielt ved igangsettelse av behandling og/eller ved dosering. Mydriasis kan forekomme. En har ingen erfaring med behandling av schizofrenie pasienter eller pasienter med bipolare tilstander. Hos pasienter med manisk depressiv psykose kan forskyvning mot manisk fase forekomme. Barn og ungdom <18 år: Det er ikke påvist terapeutisk effekt av venlafaxin. I tillegg er det hyppigere rapportert om fiendtlighet og spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte virkninger som selvmordstanker og egenskade. Risiko for blødninger i hud og slimhinner øker ved behandling med venlafaxin og preparatet bør benyttes med forsiktighet til pasienter som samtidig tar orale antikoagulantia, NSAIDs eller andre legemidler som kan øke blødningsfasen samt ved kjente blødningsforstyrrelser. Kan innvirke på reaksjonsevnen; forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Abstinenseffekter forekommer ved bruk av antidepressiva. Det anbefales derfor at dosereduksjon skjer gradvis, samt at pasienten monitoreres. **Interaksjoner:** Venlafaxin metaboliseres av isoenzymet CYP 2D6 til O-desmetylvenlafaxin og av isoenzymet CYP 3A3/4 til N-desmetylvenlafaxin. Samtidig behandling med medikamenter som inhiberer CYP 2D6 (paroxetin) eller CYP 3A3/4 (f.eks. ketokonazol) kan øke plasmakonsentrasjonen av venlafaxin. Venlafaxin og N-desmetylvenlafaxin er svake inhibitorer av CYP 2D6 og kan dermed hemme metabolismen av medikamenter som metaboliseres av dette enzymet, f.eks. visse antiarytmika og psykoleptika. Pga. muligheten for serotoninerg syndrom, bør det utvises forsiktighet ved samtidig bruk med legemidler som kan påvirke serotoninerge transmittersystemer (f.eks. triptaner, litium eller SSRIs). Sikkerhet og effekt ved samtidig bruk med vekstreduksjonsmidler, inkl. fentermin, er ikke fastlagt og kombinasjonen anbefales ikke. Økning i serumkolesterol er observert. Hos pasienter hvor endringer i serumkolesterol kan være av klinisk interesse bør serumkolesterol monitoreres ved langtidsbehandling. **Graaviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Sikkerhet ved bruk under graaviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. I dyreforsøk er det sett redusert fostervekst og -størrelse, samt redusert fosteroverlevelse, trolig pga. toksisitet. Preparatet bør ikke anvendes av gravide annet enn etter nøye overveelse. Dersom venlafaxin anvendes kort tid før, evt. helt opptil fødsel, bør den nyfødte vurderes mht. seponerings symptomer. Nyfødte som utsettes for venlafaxin sent i 3. trimester utvikler komplikasjoner, som krever pustehjelp eller forlenget sykehusopphold. *Overgang i morsmelk:* Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin går over. Preparatet bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Asteni, anoreksi, hodepine, buksmerter, vekttap, søvnløshet, kvalme, nervøsitet, sedasjon, tremor. Gastrointestinale: Uvelhet, brekninger, obstipasjon, dyspepsi, munntørhet. Hud: Utslett. Luftveier: Gjesping. Metabolske: Økning i serumkolesterol (spesielt ved langvarig behandling og muligens ved høyere doser), vekttap. Sentralnervesystemet: Forvirring, mareritt, redusert libido, økt muskeltonus, insomni, parese, angst, nervøsitet, sedasjon. Sirkulatoriske: Hypertoni, postural hypotensjon, takykardi, vasodilatasjon, palpitasjoner. Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser, mydriasis, synsforstyrrelser. Urogenitale: Ejakulasjons-/orgasmeavgivning, impotens, svekket urinering (hovedsakelig veiring). *Mindre hyppige (<1/100):* Diminert blod. Slimhinneblødninger. Gastrointestinale: Øsofagitt, gastritt, gingivitt, smaksforandring, bruxisme, diaré. Hode: Alopeci, fotofosensitivitet, urticaria, ekkytose. Lever: Økte transaminaseverdier. Luftveier: Astma. Metabolske: Unormale leverfunksjonsverdier, hyponatremi. Sentralnervesystemet: Apati, ataksi, hyperkinesi, hallusinasjoner, mani, agitasjon. Sirkulatoriske: Hypotoni, synkope. Syn: Konjunktivitt. Urogenitale: Menoragi, urinretensjon. *Sjeldne (<1/1000):* Stupor, anafylaksi. Blod: Forlenget blødningsstid, trombotopeni. Metabolske: Hepatitt, SIADH. Sentralnervesystemet: Krampetilstand, ekstrapyramidale symptomer, personlighetsforandring, NMS (Neuroleptisk malignt syndrom), serotoninerg syndrom. Sirkulatoriske: EKG-forandring (F-/STsegment, AV-blokk I). Syn: Glaukom. Bivirkninger som er sett meget sjeldne (<1/10000) er dyskriasi (inkl. agranulocytose, aplastisk anemi, nøytropeni og pancytopeni), delirium, ekstrapyramidale symptomer (inkl. dystoni og dyskinesi), tardive dyskinesier, pankreatitt, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, pruritus, økt prolaktin, rabdomyolose, pulmonær eosinofili, forlenget QT-tid, ventrikulær fibrillasjon og ventrikulær takykardi (inkl. «torsades de pointes»). Ved depresjon foreligger alltid vanskeligheter med å skille mellom bivirkninger forårsaket av farmaka og den depressive tilstanden. Bivirkningene uvelhet og brekninger er doserelatert og ved høy initialdose kan høyere frekvens av uvelhet sees. Under behandlingens gang reduseres vanligvis graden og frekvensen av denne bivirkning. Seponeringsreaksjoner er sett ved bruk av venlafaxin. Følgende symptomer er rapportert i forbindelse med plutselig avbrudd, dosereduksjon eller nedtrapping i behandling: Hypomani, angst, agitasjon, nervøsitet, forvirring, insomni eller andre søvnforstyrrelser, tretthet, somnolens, parese, svimmelhet, vertigo, hodepine, søvnløshet, munntørhet, anoreksi, diaré, kvalme og brekninger. Majoriteten av disse symptomene er milde og forsvinner uten behandling. Økt forekomst av fiendtlighet og, spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte virkninger som selvmordstanker og egenskade. **Egenskaper: Klassifisering:** Antidepressivum. **Virkningsmekanisme:** Effekten av venlafaxin og dets aktive hovedmetabolitt O-desmetylvenlafaxin oppnås i hovedsak gjennom hemming av reopptak av serotonin og noradrenalin i CNS, men også en svak hemming av dopaminreopptak kan sees. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin reduserer følsomheten hos beta-adrenerge reseptorer både ved korttids- og langtids. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc 3 behandling. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin er ekvipotente med hensyn på reopptakshemming av neurotransmittere og reseptorbinding. Venlafaxin har ingen affinitet til kolinerge (muskarin), histamin- eller alfa-adrenerge reseptorer. **Absorpsjon:** Efexor: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 2,4 timer, og av O-desmetylvenlafaxin etter 4,3 timer. Efexor Depot: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 6 timer og av O-desmetylvenlafaxin etter 9 timer. **Proteinbinding:** Venlafaxin: 27%. O-desmetylvenlafaxin: 30%. **Halveringstid:** Efexor: Venlafaxin: Ca. 5 timer. O-desmetylvenlafaxin: Ca. 11 timer. Efexor Depot: Venlafaxin: Ca. 15 timer. **Metabolisme:** I leveren. **Utskillelse:** Venlafaxin og metabolittene utskilles i hovedsak via nyrene. 87% av dosen gjenfinnes i urinen innen 48 timer. Den farmakologiske profilen hos eldre skiller seg ikke fra den hos yngre, forutsatt at det ikke foreligger nedsatt nyre- og leverfunksjon. Depotkapslene inneholder færre og gradvis frisettede legemiddel i gastrointestinaltractus. Den uønskede delen av disse stoffene blir skilt ut og kan sees i avføring. **Pakninger og priser: Efexor: Tabletter:** Enpac: 28 stk. kr. 192,10. **Efexor Depot: Depotkapsler: 37,5 mg:** Datopakn.: 7 stk. kr. 67,10. **75 mg:** Datopakn.: 28 stk. kr. 292,60, 98 stk. kr. 938,50. **150 mg:** Datopakn.: 28 stk. kr. 523,30, 98 stk. kr. 1745,60. T: 18b).

Refusjon: Gjelder ikke depotkapsler 37,5 mg. Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt. **Sist endret:** 01.02.2007.

Referanser: 1. Baldomero, E. B. et al. Venlafaxine Extended Release versus conventional antidepressants in the remission of depressive disorders after previous antidepressant failure: Argos Study. Depression and Anxiety 2005; 22: 68-76.



P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 4000 2340. Telefaks: 4000 2341. E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Far er på lønnsfest – hvor er mor?

Er kvinnedagen utgått på dato? Jeg skulle ønske svaret var ja. Men kvinner verden rundt lever dessverre fortsatt under forhold der mange diskrimineres. Også her hjemme er likestillingsutfordringene så store at vi fortsatt trenger minst én dag i året der lampelyset rettes på problemer, muligheter og løsninger.

I Norge er fordelingen av omsorgsoppgaver i hjemmet fortsatt skjev. Det er slett ikke rart. I de fleste familier gir valget seg selv. Det er billigst at kvinnene tar hovedtyngden av arbeidet i «A/S familien», og mest å hente på at mannen sørger for inntektsarbeidet. Bare et fåtall av oss har et reelt valg i forhold til om det er mor eller far som skal prioritere jobb eller omsorgsoppgaver. Slik vil

det forbli, dersom man ikke løfter lønnen til de store kvinnedominererte yrkesgruppene og gir far like permisjonsrettigheter som mor.

Tenk bare hvor urimelig det er at nybakte fedre i barslpermisjon, får permisjonspengene beregnet ut fra barnemorens lønn. Hadde det enda vært omvendt! Dagens ordning bidrar kun til at det tradisjonelle fordelingsmønsteret opprettholdes. Mor blir hjemme, far jobber.

Det bør være en smal sak å sørge for at fedre får permisjonspenger ut fra sin egen lønn og pålegges en like stor del av permisjonstiden som mødrene. Men likestilling kommer heller ikke før arbeidsvilkårene for kvinner bedres betraktelig!

Norge har et av de mest kjønns-

delte arbeidsmarkedene i verden. Få steder er det så definerte «kvinneyrker» og «mannsyarker» som her. Med «kvinneyrkene» følger lavere lønn, mindre mulighet til heltidsarbeid, flere midlertidige stillinger, mer belastende arbeidstidsordninger og arbeidsforhold som øker sannsynligheten for å bli oftere sykemeldt og tidligere ufør.

Sykepleiere og andre utdanningsgrupper tjener ca 100 000 kroner mindre i året enn manddominerte yrkesgrupper med tilsvarende utdanning, kompetanse og ansvar. Sykepleiergruppen er kvinnedominert, mens grupper med like lang utdanning i privat sektor er manddominert. Lønnsforskjellene kan godt forklares historisk, men det gir ingen rett til å la dem vedvare! Utjevning av

likelønnsgapet må starte nå! Like-lønnskommissjonen med sin leder Anne Enger har her en historisk mulighet!

Samtidig må innsatsen intensiveres for at flere skal få anledning til heltidsjobb. Lave stillingsbrøker gjør det vanskelige å forsørge seg selv, det begrenser muligheten til å ta del i prosesser som skjer på arbeidsplassen, og det hindrer deltakelse og innflytelse i arbeidslivet.

Men flere heltidstillinger hjelper lite hvis arbeidsforholdene gjør at man likevel ikke orker full jobb. Bemanningen må styrkes. Dessuten må den etter hvert svært så berømte skift/turnussaken løses. Det er uakseptabelt at arbeidstakere i tredelt turnus (ofte kvinner) jobber to timer mer i uka enn skiftarbeiderne (stort sett menn).

Rundt kvinnedagen registrerte jeg i år en rekke gode debatter om viktige likestillingsutfordringer som permisjonsrettigheter, likelønn og deltid. Erkjennelse er første skritt på vei mot løsning. Derfor håper jeg vi snart ser konkrete tiltak som kan bidra til likestilling mellom kvinner og menn! Jeg gjør gjerne statsråd Karita Bekkemellems ord til mine, når hun i Dagsavisen 8. mars spør om kvinnene blir bedt på lønnsfesten og slår fast dette: «Det er mer enn 40 år siden vi nedfelte et prinsipp om likelønn mellom kvinner og menn. Det er særlig aktuelt å ha i minne når vi nå står foran lønnsoppgjørene.»

Send mor på lønnsfest!

Bente G.H. Slaatten



PÅ LØNNSFEST: At mors lønn er grunnlag for fødselspenger er en av ordningene som motvirker likestilling, skriver Slaatten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Fag og lønn

For NSF er det å kjenne sin egen medlemsmasse et nødvendig og viktig styringsverktøy.

Synspunkter fra medlemsmassen innhentes derfor regelmessig og systematisk. NSF spør medlemmene om en rekke ulike forhold, blant annet knyttet til lønn og fag.

Medlemmenes svar

Blant funnene ser vi at 43 prosent av medlemmene prioriterer lønn når de blir spurt hva NSF burde jobbe mer med (MMI, 2004). Medlemsundersøkelsene som er foretatt siden den gang viser en økende misnøye med eget lønnsnivå.

Medlemmene er også bedt om å uttale seg om NSF's innsats på ulike områder. 58 prosent er enige i at NSF ivaretar en god lønnsutvikling for sykepleierne, mens 63 prosent er enige i at NSF er dyktig til å synliggjøre syke-

pleierfaget (TNS Gallup, 2005).

Vi finner to jevnstore mindretallsgrupper, der den ene mener at NSF er for opptatt av lønn, og den andre at NSF er for opptatt av fag.

Det er altså ikke mulig å finne belegg for at medlemmene er langt mer interessert i fag enn i klassisk fagforeningsarbeid, som dreier seg om lønn, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår for øvrig. Tvert imot viser foreløpige analyser av de ferskeste medlemsundersøkelsene at arbeidsmiljø og bemanning er tema der medlemmene ønsker seg en økt innsats fra NSF (TNS Gallup, 2007).

Samarbeid – ikke konflikt

For NSF er det en naturlig og selvfølgelig sammenheng mellom de formål organisasjonen har

vedtektsfestet. NSF skal jobbe - og jobber - fagpolitisk, samfunns- politisk og interessepolitisk.

Det er naturlig med debatt og interessemotsetninger i en medlemsmasse på over 80 000 medlemmer. Medlemmene prioriterer ulikt og har ulike interesser, og ingen bør bli overrasket over at de fronter sine egne interesser inn mot organisasjonen. Det skal likevel ikke hindre hele organisasjonen i å samarbeide godt om målsettinger som gjensidig styrker hverandre.

NSF på nett

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

Tiltak mot sosial dumping

Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter regjeringens forslag om obligatorisk godkjennings- og kontrollordning for vikarbyråer. NSF frykter at eventuell sosial dumping på sikt kan ramme rekrutteringen til sykepleieryrket.

– Handler om rettferdighet, makt og penger

Det sier leder av Likelønnskomisjonen Anne Enger. – Det må være et mål at kvinners utdanning, ansvar og erfaring måles og vurderes etter samme skala som menn, forsatte Enger på Unios 8. mars-arrangement.

Må godkjennes som yrkesskade

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Fagforbundet stilte krav om at belastningslidelser må kunne godkjennes som yrkesskade i et møte med statssekretær Jan-Erik Støstad i Arbeids- og inkluderingsdepartementet 5. mars.

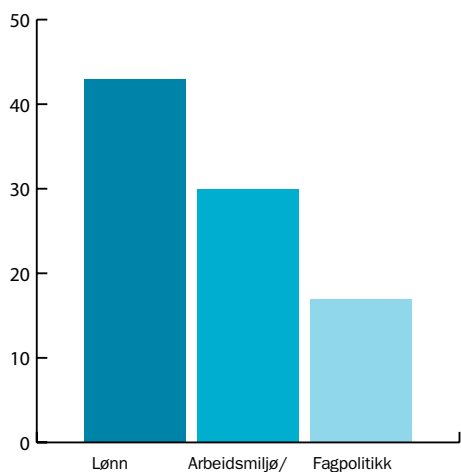
Krever drøyt 5 prosent lønnsvekst

– Skal helsetjenesten være med i konkurransen om kompetansen, er et lønnstillegg på i overkant av 5 prosent til sykepleierne en rimelig investering, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund

Melder fra om for lite

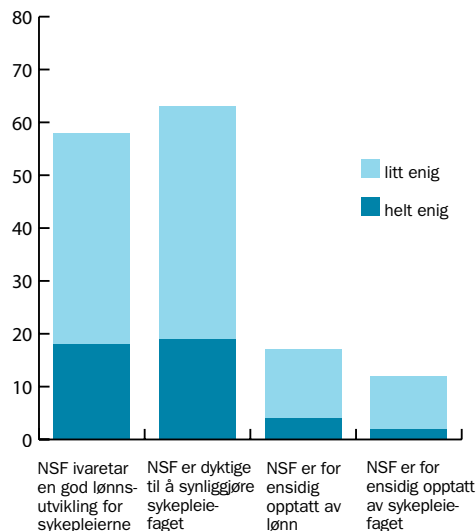
Helsetilsynet fikk beskjed om 1900 uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten i 2005. Det er for lite, mener tilsynet og hevder at mange meldepliktige hendelser fortsatt ikke blir meldt. – Med tanke på at sykepleiere opplever en betydelig begrensning i ytringsfriheten, er det grunn til å anta at det eksisterer en underreportering, bekrefter forbundsleder Bente

Hvilke områder synes du at NSF bør arbeide mer med?



Kilde: MMI, 2004

Medlemmenes støtte til utsagn:



C Loette 28 Wyeth

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A07

© 2015 MARKEN UNIO RSCG

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).
Indikasjon: 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 tableten 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): Mediseringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Mediseringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenerpreparat (minipille, progestogenerinjeksjon/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: Mediseringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendige. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg. **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, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkret, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familiehennelse. 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 unormale 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 blødningsslag). 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 migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystsmertner, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-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, mylig 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 incidensen 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, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. 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 blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og 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 unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. Hos pasienter med familiære defekter i lipoproteinmetabolismen, kan østrogenterapi assosieres med signifikant økning i plasmatriglyserider og føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan

nodvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen returnerer til normalt. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylobutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramant, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalgveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, atrovastatin, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyclin). Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkjenning, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasma konsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Bruk av ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Gjennombruddsblødninger er rapportert hos pasienter som har tatt p-piller og johannesurt (hypericum perforatum) samtidig. Dersom bruk av johannesurt ledsages av p-pillebruk anbefales en ikke-hormonell tilleggsbeskyttelse som prevensjonsmetode. (I: G03A A/AB progestogener og østrogener (p-piller), faste kombinasjoner og sekvenspreparater). **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogenen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming. **Bivirkninger:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse trombober og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, venos tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodpine, inkl. migrene, væskeretensjon, odemer, brystsmertner, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. **Mindre hypypige:** Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallestein, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarinoma. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedemer, forverring av systemisk lupus erythematosus. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Overdosering kan forårsake kvalme, og hos kvinner kan bortfallsblødning inntreffe. Det er ikke rapportert om alvorlige skader hos barn som følge av akutt inntak av store doser av p-piller. **Egenskaper: Klassifisering:** Monofasisk østrogen/progestogen kombinasjons-p-pille. Lavdosepreparat. **Virkningsmekanisme:** Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervixslimhinnen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdoserende p-piller (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). **Absorpsjon:** Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert etter oral administrering. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mave-tarmtrakt, men pga. «first pass»-metabolisme i tarmmucosa og lever, er biotilgjengeligheten til etinyløstradiol mellom 38% og 48%. **Proteinbinding:** Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG (kjønnsormonbindende globulin). Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men inducerer SHBG-syntese. **Halveringstid:** Halveringstiden for levonorgestrel er ved «steady state» ca. 36 timer, for etinyløstradiol ca. 18 timer. **Metabolisme:** Levonorgestrel og etinyløstradiol metaboliseres i lever, etinyløstradiol hovedsakelig via CYP 3A4. **Utskillelse:** Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i fæces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca 60% blir utskilt i fæces. **Andre opplysninger:** Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoproteinfraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. kr 207,30, 6 x 28 stk. kr 385,30. **Sist endret: 01.09.2006**

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).



Drammensveien 145b, 0277 Oslo. P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 40 00 23 40. Telefax: 40 00 23 41 E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

«Utskyka» 3

Viser til «Utskyka» 1 og 2 under spalten «Siden sist» i Sykepleien nr 3/07. Det å sette fingeren på konsekvenser av politikken den borgerlige regjeringen førte er ikke å «rakke» ned på noen. Høyrefolk må jo stå for politikken de fører også i et fagtidsskrift.

Dette leses av dem som nettopp rammes av politikken som til enhver tid føres og som merker konsekvensen denne har for den enkelte og samfunnet generelt.

At en politiker er kynisk er heller ikke feil å si når man vet hva som ble sagt fra Solberg om hvordan kommunene hadde det. Derfor kan ikke et Høyre-medlem bli fornærmet når man faktisk påpeker Høyre sin politikk og konsekvensene av denne. Høyre ønsker at private skal ta over mye av det som foregår i kommune-Norge. Dette har vært et utalt mål for Erna Solberg og Høyre.

Konkurransetsetting og privatisering gjør ikke utgiftene for kommunene mindre. Dette har vist seg i flere tilfeller hvor blant annet kommunene må føre tilsyn med private aktører, som derfor blir en tilleggsbelastning. Med andre ord mer byråkrati. Private sjukehjem klarer ikke å gå med overskudd og avkastning for eierne, noe som er poenget når kommunale tjenester blir privatisert!

De må derfor ha kommunal hjelp eller de kaster inn kortene.

Anbudsrunder når noe skal konkurransesettes fører til dyrere tjenester, usikkerhet for de ansatte og mer byråkrati. Tjenestene blir bedre for dem som har råd til å betale for det.

Hjemmehjelpstjenester og andre tjenester som kommunene utfører vil bli presset til anbudskonkurranser m.m. Dette er Norge forpliktet til pga EØS-avtalen. Per i dag skal alle kommuner utlyse anbud i hele EØS/EU området. Har kommunale tjenester først blitt privatisert, blir det sannsynligvis umulig å få dette tilbake til kommunal forvaltning.

Politikken Høyre førte i regjering var i hovedsak en forberedelse til EU medlemskap. De 300 000 flere ansatte som Siv Høgtun mener Norge trenger skal kanskje komme fra tidligere øst-blokkland slik at fattige land fortsatt skal forsyne rike land som Norge med



Den store stygge ulven? Ikke bruk min stemme!

arbeidskraft. Vi kan da risikere det samme som skjer i byggevirk-somheten hvor sosial dumping regelmessig avsløres i dag. EU er ikke interessert i fast ansettelse, tariffønn og nasjonal arbeidsrett. Dette strider mot EU og forbudene mot lover og regelverk som hindrer fri flyt av tjenester, varer, kapital og personer/arbeidskraft.

Den nasjonale arbeidsretten skal respektere fellesskapets (EU-retten) rett. Nå har tjenstedirektivet kommet til landet. Utenom selve direktivet har Norge allerede sendt et høringsnotat vedrørende helsetjenester over grensene (fri flyt av helsetjenester) som egentlig var en del av rammedirektivet som tjenstedirektivet er. Tjenstedirektivets formål er å fjerne mest mulig av nasjonal lovgivning på alle områder som har med tjenester å gjøre (også tariffavtaler).

Det neste som kommer er et notat om «sosiale tjenester av allmenn interesse», med andre ord alt som har med økonomi å gjøre i sosialtjenesten. Dette synes Høyre er flott. Høyre er overveiende positiv til EU og alt det står for. Det er så mye bedre at private eier fellesskapets verdier enn at staten og kommunene gjør det.

Sykepleien kan ikke være nøytral når det gjelder dette temaet etter mitt syn. Hvis det å være nøytral betyr at man skal ha seg frabedt faktaopplysning om virkelighetens verden, kan man jo få seg det som heter realitetssjokk etter hvert.

Brit Ina Larsen, sykepleier

Leste med stor interesse reportasjen «Sjefen og oss andre» i SykepleienJOB nr 4/07. Jeg er selv leder i pleie- og omsorgstjenesten, og opplever stadig små og store konflikter på arbeidsplassen. En av de er veldig lik det som står beskrevet i henvendelse 2 til Arbeidslivstelefonen. En av de ansatte hos oss har veldig negativ innvirkning på arbeidsmiljøet. Dette er slitsomt både for de ansatte og for meg. Jeg har hatt flere samtaler med vedkommende, både med tillitsvalgt, med verneombud og med henne alene (etter hennes ønske). Ved konfrontasjon, later hun som hun ikke aner hva det dreier seg om, for så å spore inn på all verdens andre ting, som for eksempel forhold mellom henne og moren.

De ansatte lurer på hvordan vi skal få orden på dette, og jeg har gjort akkurat som anbefalt i reportasjen. Jeg har bedt de ansatte skrive ned episodene og levere beskrivelsen til meg. Nå reagerer jeg på kommentaren til Paul Moxnes, som sier at dette høres skrekkelig trist ut og håper det er unntaket og ikke regelen. Hvordan vil han foreslå at det løses? Den omtalte ansatte mobber de andre, men på en måte som gjør at de ikke greier å sette ord på det. Hun gjør også at ferievikarer og nyutdannede ikke ønsker å jobbe hos oss, i redsel for å havne på skift med henne. For å være ærlig skulle jeg ønske jeg bare kunne sparket henne, det hadde vært positivt for hele avdelingen! Men det er ikke enkelt, og derfor prøver jeg å dempe konfliktene gang på gang. Men jeg må jo ha fakta på bordet hvis jeg skal kunne ta det opp med henne.

Lederen er ikke alltid er den store, stygge ulven. Vi prøver å gjøre vårt beste vi også, vi ønsker en trivelig arbeidsplass og fornyede ansatte!

Frustrert leder

Det har skjedd flere ganger i de vel 17 åra jeg har vært medlem, at NSF har «tatt saka» i forhold jeg mener en arbeidstakerorganisasjon for sykepleiere ikke har noe med å blande seg bort i. Nå sist – i siste utgave av Sykepleien – der styret i NSF oppfordrer til boikott av Scandic-hotellene etter nektinga av den cubanske reiselivsdelegasjonen. Kanskje støtter jeg NSF sin mening om det, kanskje ikke – men en slik oppfordring har da ikke noe med sykepleie og fagforening å gjøre? Jeg har opplevd å se på demonstrasjoner av ymse slag (hadde jeg støtta demonstrasjonen, hadde jeg gått der sjølv) der min fagorganisasjon plutselig går, med NSF sin fane, for saker som ikke har noe med sykepleie/sykepleiere å gjøre. Det gjør meg sinna!

Jeg mener det er nødvendig og etisk å skille fagorganisasjon fra andre (like) viktige saker i inn- og utland! En organisasjon for arbeidstakere skal ha arbeidstakerne sin sak i sentrum. Andre saker kan vi ta opp andre steder!

Jeg er lei av at jeg som medlem blir brukt til å representere saker, særlig dem jeg slett ikke sjøl støtter! Det er klart at en stor fagorganisasjon veier tungt! Men den tyngden ønsker jeg som medlem å bruke på saker som har med sykepleie, sykepleiere, helse og arbeidsforhold å gjøre.

Sykepleiere, som andre folk, har forskjellige meninger om det som skjer i Norge og verden. Det er vår demokratiske rett å kjempe for og mot det vi mener er rett og galt. Derfor bør fagorganisasjonen være «nøytral» i andre forhold enn sykepleiepolitikk. Hva mener NSF et medlem skal gjøre når det opplever at fagorganisasjonen det tilhører støtter politiske saker de sjøl ikke vil eller ikke kan støtte? Melde seg ut? Være uorganisert? Har NSF forslag til andre arbeidstakerorganisasjoner som kan tale min sak som sykepleier, og bare den? Eller mener styret i NSF at når vi velger dem til styret, overlater vi til dem å bestemme hva alle medlem-

mene skal mene og støtte – sjøl om det ikke er sykepleiepolitikk, men storpolitikk?

Jeg vil ikke at styret bruker *mitt* medlemsblad som talerør for den ene sida i en sak og *mitt* medlemskap til å legge tyngde bak sin mening. I NSF ønsker jeg å være sykepleier, diskutere våre spesielle saker og ikke storpolitikk.

Det het en gang at «Alt er politikk!» Er det slik i NSF at «alt er sykepleie» også? Og hva synes andre medlemmer om at våre medlemskap brukes til saker som ikke har med sykepleiepolitikk å gjøre?

Medlem 599095

– Ikke bruk Scandic-hotellene

Det er henstillingen fra forbundsstyret oppfordrer alle ledd i organisasjonen den etter at en cubansk reiselivsdelegasjon Scandics hoteller. Den amerikanske Høyre nekter gjester fra Cuba adgang på landet.

Feil fokus

Jeg ble skuffet da jeg så at forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund oppfordrer alle ledd i organisasjonene til ikke å inngå avtaler med hotellkjeden Scandic. Dette har da ikke Sykepleieforbundet noe med. Å blande seg opp i andre lands politiske avgjørelser er da et brudd på etikkgrunnlaget for hele virksomheten til NSF. Derimot har jeg merket meg unnfalpenhet i å gi en markant støtte til Laila Dävøy, og hennes kamp mot donorsøsken og forskning på overtallige befruktete egg. Dette er en sak alle sykepleiere burde støtte opp om og bruke energi på. Denne kampen vil gi ringvirkninger i samfunnet i lang tid framover og vil i høy grad belyse hvilke etiske normer vi ønsker å ha i samfunnet. Støtt opp om Laila Dävøy og la Scandic-hotellene være!

Inger Helene Jørgensen, sykepleier

Lobotomering, England 1947.



Operert til privat forpleining

Førjuls vinteren 1941 ble det første lobotomiinngrepet i Norge – og Norden – utført ved Gaustad Asyl. Direktøren ved sykehuset, overlege Ørnulv Ødegård, betraktet operasjonen som et nødvendig onde i kampen mot sinnslidelsene. Seinere skulle han bli en av landets fremste talsmenn for lobotomi som behandlingsmåte i psykiatrien. I alt ble lobotomi praktisert ved 19 psykiatriske institusjoner i Norge. Den siste operasjonen ble foretatt i 1974.

Lobotomi ble introdusert av den portugisiske professor i nevrologi, Egas Moniz. Operative inngrep ble påbegynt i 1935, først med injeksjon av alkohol i hjernens pannelapper, deretter med skjæreinstrumenter.

I 1949 mottok Moniz Nobelprisen i medisin. Et viktig argument i Nobelkomiteens begrunnelse var at Moniz hadde bidratt til å løse pleieproblemet i psykiatrien.

Troen på lobotomi var sterk blant norske psykiatere. I perioden 1941 til 74 ble det utført minst 2 500 lobotomier her i landet. Sammenlignet med USA og flere europeiske land er dette et høyt tall.

Samtidig ble lobotomi vurdert som

en svært alvorlig operasjon med høy dødsrisiko. Inntil 1948 døde vel 32 prosent av de opererte pasientene ved Gaustad Asyl. Dette fikk likevel liten betydning for vurderingen av hvorvidt lobotomi burde anvendes. Andre hensyn veide tyngre.

Mangelen på sengeplass hadde vært et voksende problem siden mellomkrigstiden. I 1950 var overbelegget på landsbasis rundt 25 prosent. Lobotomi ble vurdert

PSYKIATRI: Bruken av lobotomi toppet seg i 1940- og 50-årene. Den siste operasjonen i Norge ble foretatt i 1974.

som et tiltak mot overfylte psykiatriske sykehus. Lege Bård Brekke, som i perioden 1948-50 var ansatt i Kontoret for psykiatri i Helsetilsynet, antok at en del av de kroniske pleiepasientene kunne skrives ut til privat forpleining etter å ha blitt lobotomert.

I 1996 vedtok Stortinget at alle gjenlevende lobotomerte kunne tildeles erstatning på generelt grunnlag, fordi inngrepet ble vurdert som et svært spesielt behandlingstiltak. Beløpet ble satt til 100 000 kroner. Nærmere 500 har søkt om slik erstatning.

tekst **Bjørn Arild Østby**
foto **R. Hutton / Scanpix**

Debatt

Hvilke forskrifter skal man følge?

Det skal ikke være enkelt å være engasjert sykepleierstudent. Det er mye nytt å forholde seg til på et nytt studie. Blant annet ønsker skolen at vi skal bli kritisk reflekterende studenter, og at vi skal engasjere oss i utdannelsen vår. Men kanskje bare til en viss grad?

For nå har det seg slik at jeg faktisk har lest rammeplanen til sykepleierutdannelsen, og forskriften som hører til. Og der står det at studentene skal være minst seks uker i medisinsk og kirurgisk sengepost.

Det skjer ikke på den skolen jeg er student ved. Så har det blitt stilt spørsmål rundt dette. Det viser seg at skolen har en avtale med et helseforetak om levering av praksisplasser. Helse Øst skal levere praksisplasser til skolen. Problemet er bare at det visstnok ikke finnes tilstrekkelig med praksisplasser på

sengeposter, slik at skolen ikke kan gi studentene den praksis de skal ha ifølge rammeplanens forskrift. Hva gjør man så? Da søker man om dispensasjon.

Og det gikk fint. Det første året. Nemlig studieåret 2004/2005. Men deretter ville ikke Kunnskapsdepartementet gi skolen dispensasjon. Skolen fortsetter å søke, for det er det eneste den kan gjøre. Praksisplasser på sengeposter vokser jo ikke på trær. Og så får de bare avslag. Hva gjør man så? Når ingen ønsker å eie problemet, later man som om problemet har sluttet å eksistere?

I studentparlamentet på skolen blir det oppfordret til å løse problemet på klassenivå. Så tillitsvalgte får saken. På skolen blir det informert om at de har kontakt med autorisasjonskontoret og at dette ikke er noe problem. Men dette finnes det ikke

dokumentasjon på. De tillitsvalgte tar kontakt med NSF Student. Rådet fra NSF Student; ta kontakt med Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. De kommer til å vite hva dere skal gjøre videre. De tillitsvalgte får kalde føtter. Vil dette i verste fall kunne føre til at de studentene det gjelder ikke blir autoriserte? Tillitsvalgtes jobb er å ivareta studentenes interesser, så uten noen form for skriftlig garanti fra Statens autorisasjonskontor (SAFH) på at det ikke får konsekvenser for studentene, ønsker de ikke å gå videre med saken. Jeg sender en forespørsel til SAFH. Presentasjon av saken blir sendt på e-post 1. desember. Nå går vi mot slutten av februar, og jeg har fortsatt ikke fått noe annet svar enn at de «vil gjerne diskutere saken» før jeg får noe videre informasjon. Har problemet sluttet å eksistere?

I mellomtiden skjer det ting på skolen. Nå får de studentene som blir sendt i praksis som ikke er godkjent ifølge forskriften hospitere halvparten av praksis på sengepost. Så flott da! Da følges jo forskriften halveies i alle fall! Har problemet sluttet å eksistere nå?

Så ja. Det var vel ikke så nøye med denne forskriften da. Rammeplanen er jo tross alt under revidering. Da vi hadde undervisning om lover og regler som regulerer utøvelsen av yrket fikk vi vite at å bryte gjeldende forskrifter er straffbart. Men det var vel noen andre forskrifter han foreleseren snakket om. Håper jeg lærer meg å skille mellom de forskriftene som skal følges og de det ikke er så nøye med til jeg blir ferdig på skolen.

Renate Kleive, bachelorstudent,
Lovisenberg diakonale høgskole



Prøv NSF Unique

- fri årsavgift første år!

- 3,75 %* innskuddsrente fra første krone
- Gebyrfrie varekjøp
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-



Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt
Kundeservice på tlf. 815 00 073.

* Betingelser pr. mars 2007. Renten følger renteutviklingen i Norges Bank.

Nyhet!

Nyhet!

SPIRIVA® nå på § 10a også
for allmennpraktikeren

“

”



... **SPIRIVA®** påvirker den kliniske utviklingen av KOLS og kan hjelpe pasientene dine til å leve bedre med sykdommen^{1,2}

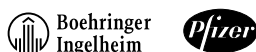
SPIRIVA® 1x daglig hemmer kolinerg bronkokonstriksjon i mer enn 24 timer^{3,4}:

- reduserer "air trapping"³ ...
- forbedrer luftstrømmen³ ...
- øker utholdenheten¹ ...
- reduserer antall eksaserbasjoner^{5,6} ...

SPIRIVA® kan forbedre måten pasientene dine lever med KOLS^{1,6}



Livet. Skal leves videre... **SPIRIVA®**
(tiotropium)



SPIRIVA® er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett. Du finner mer informasjon i sammendraget av produktbeskrivelsen.

SPIRIVA® refunderes etter § 10a, jf § 9 punkt 45. Spirometriundersøkelse skal være utført og FEV1 skal være mindre enn 65% av forventet. Atrovent® skal ha vært prøvd. FEV1 verdi og begrunnelse for at nevnte preparat ikke kan benyttes skal oppgis i søknaden. Ikke krav om at behandlingen skal være instituert av spesialist. For nærmere beskrivelse av refusjonsbestemmelsene, gå inn på www.spiriva.no.