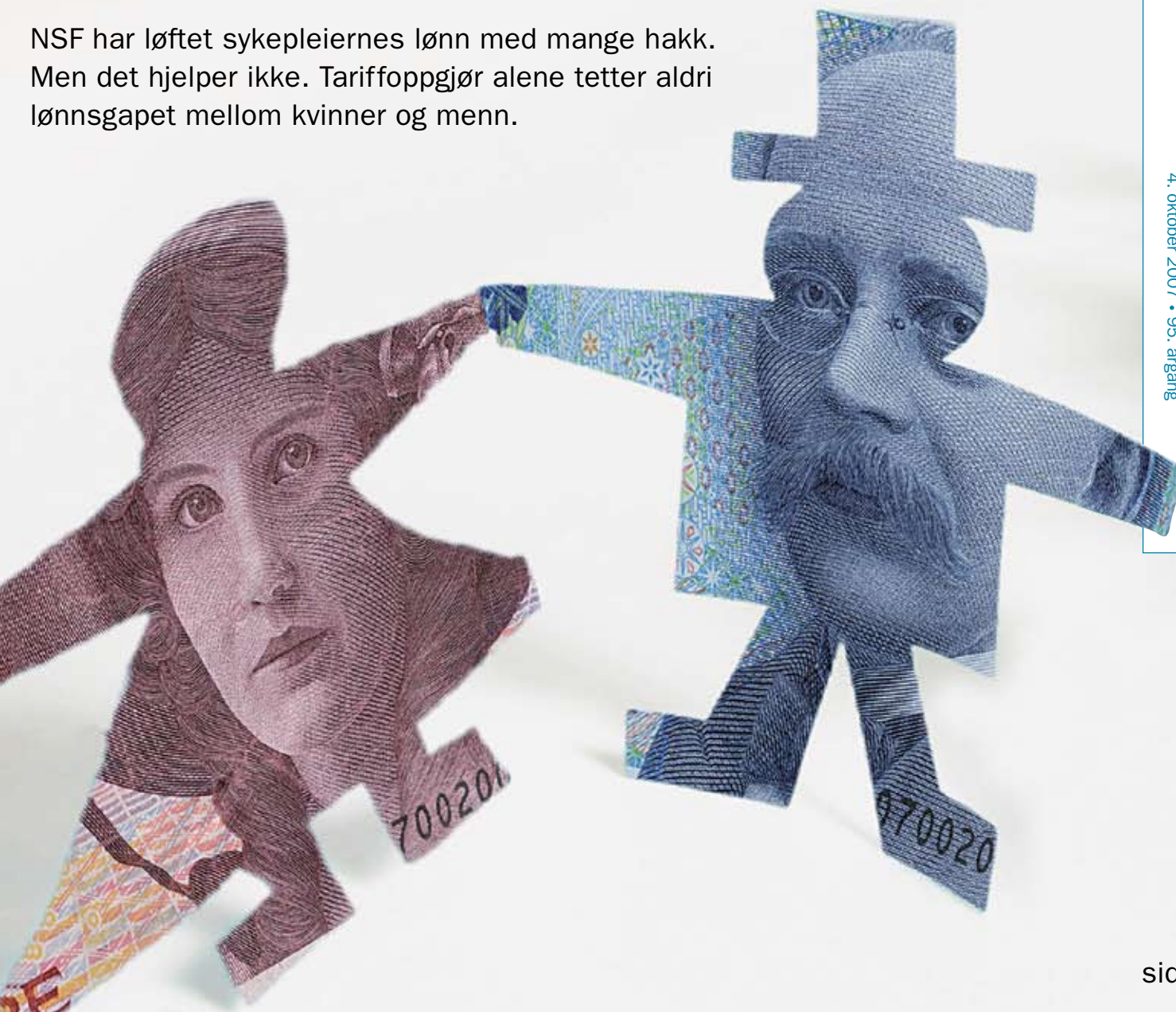


## Må kvinner alltid ligge underst?

NSF har løftet sykepleiernes lønn med mange hakk. Men det hjelper ikke. Tariffoppgjør alene tetter aldri lønnsgapet mellom kvinner og menn.



side 24-27



**7**

**Vil fjerne snokerne** side 7

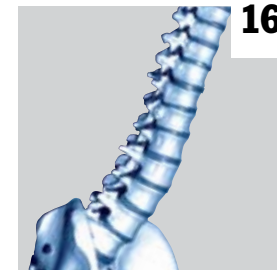
**Frilansere i full stilling** side 8

**TEMA: Yrkesskader** side 16

**Sykehusene dårligst på organisering** side 28



**8**



**16**



# MabThera® gir dine pasienter større frihet!<sup>1</sup>

Kjære venner

Nå har jeg endelig gjort det. Besøkt Eifeltårnet, noe som alltid har vært en stor drøm. Etter at jeg begynte med nye medisiner har ting blitt mye enklere. Nå skal jeg bare inn til behandling én til to ganger i året.

Hilsen fra Paris



MabThera® gir vedvarende effekt med behandlingsintervaller på 6 – 12 mnd hos pasienter med leddgikt som ikke har hatt tilstrekkelig effekt på en anti-TNF<sup>1</sup>

**MABTHERA**<sup>®</sup>  
RITUXIMAB

# Sykepleien øker...

Vi har nå fått helt ferske lesertall på Sykepleien.  
Gjennomsnittlig lesetid er nå på hele 60 minutter. \*)

Vi takker for tillitten og lover å gjøre vårt for å lage et godt blad.  
Har du synspunkter, ros eller ris, er det bare å ta kontakt med oss  
på tlf. 22 04 33 04 eller e-post: [barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

Hilsen redaksjonen

**sykepleien**

\*) Kilde: Synovate MMI Riksundersøkelsen 2007

**Sykepleien**

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

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

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

**Ansvarlig redaktør**  
Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no

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

**Fagredaksjonen**  
Nina Hernæs (leder)  
nina.hernes@sykepleien.no  
Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)  
torhild.apall@sykepleien.no  
Susanne Dietrichson  
susanne.dietrichson@sykepleien.no

**Nyhetsredaksjonen**  
Marit Fonn (leder)  
marit.fonn@sykepleien.no  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
annkristin.helmers@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



Illustrasjon: Stig Weston

- 5 Demensomsorg tyngst for kvinner
- 7 Ingen vil ha journalsnokere
- 8 Frilansere i fast stilling
- 9 **Åtte raske:** Kristin Sæberg Håkonsen
- 9 Sykepleiere mest voldsutsatt
- 10 Pasienter påføres unødige skader
- 11 Helsetilsynet avviser hepatitt C-sak
- 12 Nytter å klage
- 12 Hver 18. får sykehusinfeksjon
- 13 Kvalitet bort fra pratestadiet
- 14 Må råkøre og parkere ulovlig
- 16 **Tema:** Yrkesskader
  - Eksplosiv økning av yrkesskader
  - De plagsomme «kjønns-sykdommene»
  - Erstatning i Bergen
  - Kan bli gransket
- 21 **Barth Tholens** om lederskiftet
- 23 Samme utfordringer, ulike løsninger
- 24 **Revisjon av NSF:** Lønnsforhandlinger
  - Har fått lønn å leve av, men menn har fortsatt mest i pungen
  - Spekter om NSF: – Litt svart-hvitt om likestilling
  - KS om NSF: – Plagsomme
- 28 Pasientene mener: Sykehusene dårligst på organisering
- 30 **Terje Carlsen** om omskjæring
- 31 Lov og rett
- 32 Helsepersonell på metadon
- 33 Lettere å miste autorisasjonen
- 34 **Camilla Crone Leinebø** om en skoletime
- 34 Riskhospitalet
- 35 Innlegg om medisinformasjon



21



32

- 36 **NSF:** Bente Slaatten om rekruttering
- 37 **NSF:** Landsmøtet på nett-tv
  - Slakter rødgrønn yrkesskadeordning
- 38 Kandidater til landsmøtet 2007
- 40 Før
- 40 Folk

**Tema: Yrkesskader**

Kjønns-sykdommer kan være så mangt. Noen får du yrkesskadeerstatning for – andre ikke.

- 41 SykepleienJOB
- 41 Ledige stillinger
- 62 Meldinger, skoler, kurs

**Ikke tid til å betale**

Det er ikke tid til å gå på toalettet i arbeidstiden, lunsjpausene droppes, fartsgrenser overskrides, det parkeres ulovlig og personalmøter må holdes på fritiden. Dette er virkeligheten for mange ansatte i den norske hjemmetjenesten.



14

**Neste nummer: Sykepleien 15/07**

**Drømmer fra intensiv**

Mange pasienter har underlige drømmer etter å ha ligget på intensiv. Noen har vært på jordomselling. For å rydde opp i drømmene kan det være lurt å komme tilbake til sykehuset til samtale.



# Demensomsorg tyngst for kvinner

En ny studie antyder hvorfor menn og kvinner opplever det å ha omsorg for hjemmeboende demente forskjellig.

Kvinner opplever omsorgen som mer belastende enn menn. De forteller om for lite samarbeid med familien og synes ikke de får nok assistanse fra kommunen. På den bakgrunn bør helsepersonell ha forskjellig tilnærming til menn og kvinner når de skal planlegge og gjennomføre pleie- og omsorgstjenester for demente eldre.

27 pårørende i Drammen kommune har svart på hvordan de har opplevd omsorgsrollen. Mens kvinner beskriver ensomhet, dårlig samvittighet og en følelse av ikke å strekke til, har menn en helt annen beskrivelse. Ifølge studien opplever de at omsorgssituasjonen hovedsakelig er positiv, og at den har lite innvirkning på det daglig liv.

## Mer og mindre tid

Flere av kvinnene i studien forteller om stor psykisk belastning, og at det er vanskelig å forholde seg til personlighetsforandringene til den syke. Kvinnene forteller om at de har det totale ansvaret for den syke, og at de må gi avkall på det som tidligere hadde vært deres liv. Mennene på sin side rapporterer om at de

fremdeles har tid til jobb, kamrater og fritidsaktiviteter.

## Rasjonelt syn

I studien trekkes det frem at kvinner ofte stiller høye krav til

seg selv om å være oppofrende og omsorgsfulle, basert på tradisjonelle kjønnsforventninger. Studien påpeker også at menn kan se ut til å ha et mer rasjonelt syn på demenssykdommen.

Studien er utført av Live Aasgaard, Torun M. Mogensen og Ellen Karine Grov.

*Les mer om studien i Sykepleien Forskning nummer 3-2007*



SLITSOMT: Kvinner opplever at de ikke strekker til i omsorgen av hjemmeboende demente. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

## Sykepleien Helt Enkelt Unikt

### Sykepleiens formålsparagraf-

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

«Det er mobbing som er forbudt i Norge, ikke å opptre ubehøvet»

Bedriftsrådgiver i Hartmark Consulting til Ukeavisen Ledelse



# Verv og vinn!

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

## Hva koster medlemskap i NSF?

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

## Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

### Dine medlemsfordeler er:

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

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleierens lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivarettatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden. Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



**Klokke**  
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.  
Verdi 590,-



**iPod nano**  
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.  
Verdi: kr 1.290,-



**Stelton termokanne**  
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.  
Verdi 890,-

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

## VERVEKUPONG

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

Vennligst bruk blokkbokstaver	
Ververs navn:	Ververens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Awdeling:	
Stillingsbenevnelse:	
Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn	



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsending 1016  
0090 Oslo



# Ingen vil ha journalsnokere

Lovforslaget om å forby helsepersonell å snoke i pasientjournaler møter bred støtte.

Høringsfristen for lovforslaget gikk ut 10. september.

60 instanser har uttalt seg, og det er gjennomgående enighet

om at loven eksplisitt bør forby uttidig kikkning i pasientenes journaler.

#### Unnlater å journalføre

Datatilsynet viser i sitt hørings-svar til en MMI-undersøkelse fra 2005, som viste at 86 prosent av de ansatte i helsevesenet bekreftet at det var utbredt å se

i journalene utover det som er nødvendig. Tilsynet viser også til samtaler med helsepersonell som av samme grunn unnlater å journalføre opplysninger når de har helsepersonell som pasienter.

Pasientombudskollegiet angir at de jevnlig mottar saker som går på svikt i sykehusenes data-sikkerhet, snoing i journaler og brudd på taushetsplikten.

#### Ulovlig å motta?

Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter også lovendringen. Forbundet stusser imidlertid over at det også skal være ulovlig å *motta* taushetsbelagte opplysningen uten at man har rettmessig behov for det. Flere andre instanser har også uttrykt skepsis til å ta med dette punktet i lovteksten. NSF mener også at det ikke må etableres skranker eller begrensninger som hindrer helsepersonell i å utøve yrket.

VANLIG: En undersøkelse fra 2005 tyder på at mange helsearbeidere ser informasjon de ikke behøver.

#### – Vern om integritet

– Formålet med taushetsplikten er å verne pasienters integritet og sikre befolkningen tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Bestemmelsene om taushetsplikt skal sikre at pasienter oppsøker helsetjenesten ved behov for helsehjelp uten at de trenger å frykte for at uvedkommende får tilgang til opplysningene, skriver departementet i høringsbrevet, og understreker at det må være «klinkende klart» at snik-kikkning i taushetsbelagte opplysninger er ulovlig.

Videre mener de at det ikke vil være mulig å drive en forsvarlig helsetjeneste dersom det skulle være slik at helsepersonell i enkelttilfeller ikke fører nødvendige opplysninger inn i journaler til en pasient fordi de frykter at noen kan få urettmessig kunnskap om opplysningene.



### Det nye lovforslaget:

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) foreslås følgende endringer: § 21 annet ledd skal lyde: «Det er forbudt å lese, motta, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i første ledd uten at det har et nærmere bestemt formål begrunnet i tjenestelig behov og er i samsvar med lovens bestemmelser om taushetsplikt.»



# Frilansere i fast stilling

Har du tenkt å gå av med alderspensjon når du blir 62, men har ikke så lyst å bryte helt med din gamle arbeidsplass? Det kan ordnes, hvis du faller inn under den såkalte 85-årsregelen.

Torild Bjørlykke (64) og Randi Selnæs (62) er to av i alt fire helsesøstre i Trondheim kommune som har benyttet seg av den såkalte 85-årsregelen.



– Som sykepleiere har vi en lovfestet særaldersgrense på 65 år gjennom lov om pensjonsordning for sykepleiere. Dette gir oss igjen mulighet til å gå av tre år tidligere, hvis summen av årene vi har jobbet i stat og kommune pluss nåværende alder er 85 år eller mer, forklarer Bjørlykke.

### Skjult mulighet

Da hun passerte 60 år, begynte tankene stadig oftere å svirre rundt spørsmålet om å gå av med pensjon. Kunne hun gå av når hun ble 62? Tanken på å bryte tvert med yrkeslivet, som har vært en viktig del av livet i mer enn 40 år, var ikke helt grei.

– Det var ikke så lett å finne svar, sier Bjørlykke.

Det har vært mye snakk om avtalefestet pensjon (AFP). Men det var ikke aktuelt for henne. Hun ville jobbe mer enn de tillatte 15 000 kroner i året. Det var først i korrespondanse med KLP at hun ble gjort oppmerksom på 85-årsregelen.

HALV-PENSJON: Torild Bjørlykke (uten briller) og Randi Selnæs trives med en gradvis nedtrapping mot pensjonistlivet.



## Dette sier loven

§ 2. Den del av stillingen som medfører regelmessig fysisk kontakt med pasienter eller klienter, anses i denne sammenheng ikke å være administrative oppgaver. Hvis denne type stilling utgjør mer enn 50 prosent av stillingen, har vedkommende aldersgrense 65 år.

§ 4. Sykepleiere som, i samsvar med sin ansettelsesavtale, går i ordinær turnustjeneste av samme omfang som underordnede sykepleiere ved samme institusjon, skal likevel ha aldersgrense 65 år.

Forskrift om aldersgrenser for sykepleiere

### Ikke for ledere

– Kan alle sykepleiere benytte seg av denne muligheten?

– Nei. Mange eldre sykepleiere er i stillinger som er tillagt ledelsesfunksjoner og administrative oppgaver, eller i undervisningsstillinger som utgjør mer en halvparten av arbeidstiden. For dem er aldersgrensen ikke 65, men 70 år. Hvis de ønsker å benytte seg av 85-årsregelen, må de gå over i pasientrettet arbeid eller i ordinær turnustjeneste minst to år før de passerer 62 år, understreker de to helsesøstre.

– Nå har jeg jobbet med en slik ordning i snart fire år og begynner så smått å tenke på å slutte. Det har vært fire fine år som har gitt en naturlig nedtrapping av en lang yrkeskarriere, sier Bjørlykke.

### Samme inntekt

Sykepleiere som går av med alderspensjon etter 85-årsregelen, kan jobbe inntil 167 timer i kvartalet.

– I mitt tilfelle, hvor jeg tidligere jobbet 38 timers uke, betyr det 34,25 prosent stilling. Uten at det berører pensjonen, sier Bjørlykke.

Økonomisk kommer hun ut med samme lønn som da hun jobbet i full stilling.

– Hvilke råd har dere til dine

medsøstre som går med lignede tanker?

– Snakk tidlig med lederen din, og gjør en avtale som gir deg mulighet til å fortsette i en stillingsandel som tilsvarer 167 timer, oppfordrer de to helsesøstre.

Bjørlykke jobber to dager a 7,5 timer i uka, men er innstilt på å være fleksibel med dager hvis enhetsleder har behov for det. Hun føler seg som frilanser i fast stilling.

– Jeg stepper inn i utøvende arbeid ved sykdom og barns sykdom. Ellers jobber jeg i enhetens administrasjon med data som gjelder kvalitetssikring og web.

### Vinn-vinn

– Hva med arbeidsgiver?

– Her det snakk om en vinn-vinn situasjon. Helsevesenet trenger sårt vår kompetanse. At jeg gikk ned i stillingsandel gjorde at andre helsesøstre kunne få større stillingsandel, samtidig som jeg kunne benyttes på flere felter hvor jeg gjennom et langt yrkesliv har tilegnet meg kompetanse og erfaring, sier Torild Bjørlykke.

Kommunen har ingen utgifter ved en slik ordning, i motsetning til AFP som koster kommunen 150 000 kroner for hver sykepleier som benytter seg av denne ordningen.



## Vi spør Kristin Sæberg Håkonsen

**Alder:** 50 år

**Aktuell som:** Seniorrådgiver i NSF Aust-Agder, og én av fem regionale saksbehandlere for yrkesskadesaker.

**Fakta:** For tiden behandler Norsk Sykepleierforbund (NSF) 183 yrkesskadesaker. Sakene blir stadig flere - i 1998 var antallet 18. Håkonsen er en av de mest erfarne saksbehandlerne, med seks års kompetanse.



### **Hvordan er det å jobbe med yrkesskade på sykepleiere?**

– De er en takknemlig gruppe å jobbe med. Når de kommer til oss og vi sier «du er kommet til rett sted, nå skal du få hjelp», så er det som om vi hører at de senker skuldrene.

### **Hva er vanligste yrkesskader?**

– Løfteskader, som oftest ryggproblemer. Av yrkessykdommer er allergier vanligst.

### **Hvor mange saker behandler du nå?**

– Rundt 25, pluss minus. Det blir stadig flere.

### **Klarer du å ta unna?**

– Vi prioriterer disse sakene så langt det er mulig. Men vi skal jo også utføre de andre oppgavene som en rådgiver på et fylkeskontor har.

### **Hva gjør mest inntrykk?**

– Felles for disse medlemmene er at de uttrykker at de ikke er grådige. Alle ville ha byttet bort pengene for å få helse tilbake. Det gjør også inntrykk når jobben har gjort dem syk, men så får de ikke erstatning. Reglene sier at skaden skal skyldes en ulykke, ikke slitasje over tid. Området er veldig regelstyrt.

### **Bør belastningslidelser kvalifisere som yrkesskade?**

– Reglene er overmodne for gjennomgang og endring. De ble jo laget før kvinner gikk ut i arbeidslivet. Men tolkninger endrer seg, feltet er hele tiden i bevegelse. Det gjør det både spennende og krevende.

### **Det er ikke gjort i en håndvending å behandle en slik sak?**

– Nei, sakene går som oftest over flere år.

### **Tips til sykepleiere som tror de har en yrkesskade?**

– Ta kontakt med ditt fylkeskontor, så vil du bli henvist til saksbehandlere.

tekst og foto **Marit Fonn**

Se også tema om yrkesskader side 16-20

## Nyhet **Vold på jobben**

# Sykepleiere mest voldsutsatt

Sykepleiere er sammen med vernepleiere mest utsatt for vold og trusler.

Mens tallene for hele arbeidsstyrken er 5 prosent, er tallene for sykepleiere fire ganger høyere.

Ansatte som er utsatt for vold eller trusler om vold en gang i måneden eller oftere, har holdt seg på omtrent 5 prosent fra 1989 til 2006, ifølge statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Kvinner er mer utsatt enn menn. 8 prosent kvinner og 4 prosent menn oppgir at de har blitt utsatt for vold på jobben.

### **Utsatte yrker**

At en større andel kvinner er utsatt for vold eller trusler om vold mener SSB kan ha sammenheng med at enkelte yrker

er mer utsatt enn andre.

20 prosent av dem som jobber innenfor yrkesgruppen biologi og helsevesen, som krever 1–3 års utdanning, oppgir at de er utsatt for vold på jobben. Sykepleiere og vernepleiere er de mest utsatte.

Tallene sier ikke noe om hvem som fremsetter trusler eller utøver vold.

### **Konsekvenser**

De som er utsatt for vold eller trusler, skiller seg ut på samme måte som de som er utsatt for

seksuell trakassering. De får oftere psykiske plager.

28 prosent av dem som er utsatt for vold eller trusler, føler seg ille til mote på grunn av jobben én eller flere ganger i måneden. Tilsvarende andel blant dem som ikke er utsatt er 14 prosent.

### **Sykefravær**

16 prosent av dem som er utsatt for vold eller trusler, sier de er plaget av nedtrykthet eller depresjon. Tallene er 10 prosent for dem som ikke har vært

utsatt for dette.

Det er også flere blant dem som er utsatt for vold eller trusler om vold som har hatt sammenhengende sykefravær på 14 dager eller mer, de siste tolv måneder hele 26 prosent.

tekst **Kari Anne Dolonen**

# Pasienter påføres unødige skader



UNDER PRESS: Riktig g læring er avgjørende for å unngå trykkskader under en operasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Siden 1988 har det blitt utbetalt i underkant av 14 millioner kroner til pasienter som har fått trykkskader under operasjon. Det er operasjonssykepleieren som har ansvaret for at slike skader ikke oppstår.

Skader som oppstår på grunn av feil leiring under operasjon, det vil si at pasienten blir liggende i feil stilling, er en gjenganger blant klagesakene som kommer til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Og pasientene har tydeligvis grunn til å klage: Hele 70 prosent av disse sakene får medhold. Det er et svært høyt tall, gjennomsnittlig får bare 33 prosent av klagerne til NPE medhold.

## Alvorlige skader

De fleste pasientene som har fått en trykkskade har blitt behandlet for muskel- og skjelettsykdommer, bruddskader, svulster eller fordøyelsessykdommer. Over 50 pasienter har fått skader i beina, og 40 har fått skader i armene på grunn av trykk eller feil leiring. Pasientene har fått nedsatt funksjon og til dels smerter i disse kroppsdelenene.

Medisinsk fagsjef i NPE, Bjørn Bergholtz, karakteriserer skadene i en del tilfeller som alvorlige.

– *Hvorfor får så mange medhold i disse sakene?*

– Dette er en type saker hvor skadene er synlige og lett får merkbare følger. I mange tilfeller kan vi avgjøre sakene på bakgrunn av behandlingsstedets egen rapport av hva som har skjedd.

– *Hvilke følger kan denne type skader få?*

– Leiringsskader kan gi alvorlige følger, på grunn av trykkskade på nerver. Slike skader kan føre til vedvarende smerter eller lammelser, som for eksempel dropfot som gir gangvansker, påpeker Bergholtz.

## – Leiring er både kunst og vitenskap

Liv Marie E. Loraas er leder i NSF's faggruppe for operasjonssykepleiere. Hun mener faggruppen har riktig leiring høyt oppe i bevisstheten.

– *Hvorfor tror du så mange skader av denne typen får medhold hos NPE?*

– Det er vanskelig for meg å si hva årsaken til dette er, men en forklaring kan være at dette er lett «sporbart» og at det er en skade som ikke skal skje. Det er og blir en ekstra belastning for pasientene.

– *Er riktig leiring ansett som viktig blant alle som deltar under en operasjon?*

– Dette kan jeg bare svare på ut fra egen erfaring, og det er ja, men når jeg ser på tallene så kan man spørre seg igjen. Det er nok individuelle egenskaper her som kanskje ikke kommer helt positivt ut.

– *Har faggruppa reduksjon av trykkskader høyt oppe i bevisstheten?*

– Dette vil jeg svare et klart ja på, både når det gjelder mot utdanning og mot praksis.



### Trykkskader

NPE har siden 1988 fattet vedtak i omkring 130 saker hvor pasienten har klaget på skade etter trykk eller klem ved leiring under operasjonen. Over 70 prosent av pasientene har fått medhold i erstatningskravet.

## Eksempler på saker hvor pasienten har fått erstatning etter trykkskader:

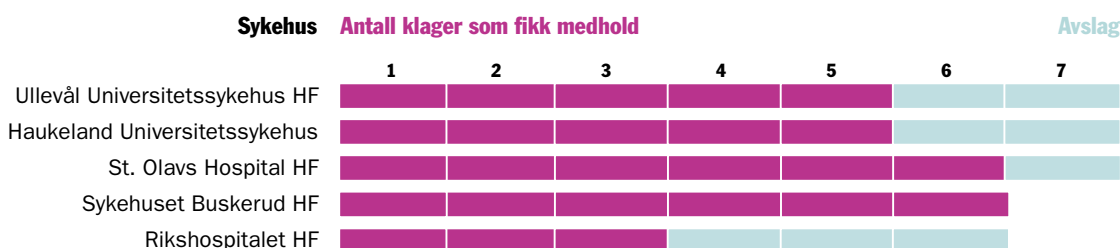
### Ble liggende i benholder

En 23 år gammel mann har blitt tilkjent erstatning etter å ha blitt påført nerveskader i venstre ben etter en operasjon. Mannen skulle operere høyre lårben etter et brudd, og venstre fot ble plassert i en benholder. Operasjonen tok lengre tid enn forventet, men leiet for det venstre benet ble ikke endret under inngrepet. Det utviklet seg løsesyndrom i benet som lå i benholderen, og mannen ble operert med spalting av muskellosjene. I etterkant har det blitt påvist skade i hovednervene i venstre ben. NPE mener at denne skaden kunne vært unngått dersom rutinen med å endre leie hver andre time hadde blitt fulgt.

### Opererte eggstokkene, fikk skulderskade

En 53 år gammel kvinne har blitt tilkjent erstatning etter en eggstokkreftoperasjon. Umiddelbart etter operasjonen hadde kvinnen smerter i høyre skulder, og det ble senere påvist nerveskade. NPE konkluderer med at smertene mest sannsynlig skyldes leiet under operasjonen.

## Disse sykehusene har flest klager på trykkskader:



Trykkskader – vedtak fattet i perioden 2001 – 1. halvår 2007. Kilde: NPE

# Helsetilsynet avviser hepatitt C-sak

Helsetilsynet i Buskerud er fornøyd med sykehusets oppfølging etter at en sykepleier ble smittet med hepatitt C i forbindelse med blodprøvetaking. Det er ikke NSF.

I et brev datert 6. september slår Helsetilsynet fast at saken er avsluttet fordi det ikke er grunn til å følge den opp videre. Etter å ha gjennomgått sykehusledelsens redegjørelse mener den lokale tilsynsmyndigheten at hendelsen er blitt fulgt opp internt i samsvar med sykehusets kvalitetssystem. Med andre ord: tilfredsstillende.

Utstyret for blodprøvetaking er fortsatt i bruk, men rutiner skal være endret for å redusere faren for skader.

## Fikk ikke klage

NSF ser svært alvorlig på hendelsen og vil ha praksisen politianmeldt. Men Arbeidstilsynet i Buskerud avslø å gjøre dette. Saken gikk så videre til Arbeidsdirektoratet, men etter en juridisk gjennomgang ble NSF's klage avvist.

I vedtaket står det: «Direktoratet for arbeidstilsynet avviser saken da Norsk Sykepleierforbund formelt ikke har klageadgang over Arbeidstilsynet Indre Østfold sin håndtering av saken»

Årsaken er at lokalkontoret ikke har fattet et enkeltvedtak i saken. I

klartekst betyr dette at beslutningen deres om å la være å melde fra til politiet ikke er å betrakte som et formelt vedtak. Arbeidskontoret i Buskerud blir pålagt å følge saken opp videre ved neste tilsyn. Ifølge de byråkratiske spillereglene kan også vedtaket om å avvise klagen påklages innen tre uker.

## – Svært skuffende

NSF er ikke fornøyd med denne konklusjonen.

– Vi ser at Ringerike sykehus bevisst har brutt egne sikkerhetsforskrifter. Det er snakk om åpenbare og alvorlige brudd på arbeidsmiljøloven. Derfor er det svært skuffende at saken heller ikke nå blir politianmeldt, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Hun utdyper det slik:

– Vi merker oss at Arbeidstilsynet stenger arbeidsplasser hvis sikring mangler. Samtidig vurderer de det som ikke nødvendig å påtale helseforetak som neglisjerer smittevern for egne ansatte. Allmennpreventive hensyn tilsier klart behov for en raskere og kraftigere reaksjon i et slikt tilfelle.



## Dette er saken:

Både Helsetilsynet og Arbeidstilsynet i Buskerud, samt Arbeidsdirektoratet, har sett nærmere på om noe klanderverdig skjedde da en sykepleier ble smittet av hepatitt C i forbindelse med blodprøvetaking 14. november 2005. Sykehusledelsen, med direktør Unn Teslo i spissen, avviser dette og begrunner det med at rutinene som ble fulgt er vanlige ved norske sykehus.

## Tørt og sårt i underlivet?



Som resten av kroppen forandrer også underlivet seg med årene.

Fra 55-60 års alderen plages nesten halvparten av alle kvinner av tørrhet, svie og kløe i skjeden – og/eller smerter ved samleie, urinveisinfeksjoner og vannlatingsproblemer.

Legen kan hjelpe deg med alle disse symptomene – hvis du spør! Bli med på ny, interessant test på [www.menopause-info.no](http://www.menopause-info.no)!

Da får du vite mye mer om hvordan underlivet forandrer seg etter overgangsalderen. Samtidig lærer du mer om deg selv!

Du får svar med en gang.

Novo Nordisk Scandinavia AS  
Postboks 24, 1309 Rud  
Tlf.: 67 17 85 00, Fax: 67 13 09 11  
[kundeservice-norge@novonordisk.com](mailto:kundeservice-norge@novonordisk.com)

[www.novonordisk.no](http://www.novonordisk.no)  
[www.menopause-info.no](http://www.menopause-info.no)





# Nytter å klage

En sykepleier fikk lavere lønn enn legen hun overtok lederstillingen til. Brudd på likestillingsloven, mener Likestillings- og diskrimineringsombudet.

En kvinnelig sykepleier ble konstituert som assisterende avdelingsjef ved medisinsk avdeling ved et sykehus september 2003. Stillingen var et vikariat for en assisterende avdelingssjef som var i permisjon. Sykepleieren ble senere fast ansatt i stillingen da legen sa opp.

Da legen hadde stillingen, fikk han en årslønn på 765 000 kroner. Sykepleieren fikk en årslønn på 680 000 kroner. Sykepleieren hevdet

at den ulike avlønningen var i strid med likestillingsloven, og sendte saken til Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Likestillingsloven sier at man skal ha lik lønn for likt arbeid eller arbeid av lik verdi, uavhengig om arbeideren tilhører forskjellige yrkesgrupper.

## Lovlig?

Ifølge ombudet var innholdet i stillingen og arbeidsoppgavene de samme, både når det gjaldt anstrengelse, ansvar og arbeidsforhold. Det var først og fremst lederkompetanse som var viktig for stillingen.

Spørsmålet var om sykehusets forskjellige avlønning likevel var lovlig. Sykehuset mente at de måtte tilby den tidligere assiste-

rende avdelingslederen høyere lønn fordi markedsverdien hans som lege var høyere. Argumentet om markedsverdi er kjønnsnøytralt. Ombudet kom derfor til at det ikke forelå direkte forskjellsbehandling i strid med likestillingsloven.

Ombudet vurderte så om lønnsforskjellen innebar en indirekte forskjellsbehandling i strid med likestillingsloven. Sykehuset påpekte at den ulike avlønningen skyldes intern lønnspolitikk og ulik avlønning av sykepleiere og leger. Ombudet mener at dersom den interne lønnspolitikken medfører at kvinnelige ledere generelt tjener mindre enn mannlige ledere, kan det innebære en indirekte forskjellsbehandling av kvinner.

## Lik lønn for likt arbeid

Ombudet mener på den ene siden at hensynet til markedsverdi er saklig og nødvendig for at sykehuset skal få ansatt leger som ledere. Det avgjørende for ombudet var imidlertid at det ble lagt for stor vekt på markedsverdi. Spesielt fordi sykehuset i praksis gir sykepleierne i lederstillinger lavere lønn enn leger for arbeid av lik verdi.

Lederstillingene er ikke direkte knyttet til fagutdannelsen, men ledererfaring og kompetanse er av avgjørende betydning. At leger tjener mer enn sykepleier når de utøver yrket de er utdannet til, var ifølge ombudet ikke relevant i denne saken.

Dermed var konklusjonen at lønnsforskjellen er i strid med likestillingsloven § 5 jf § 3.

# Hver 18. får sykehusinfeksjon

Folkehelsas prevalensundersøkelser viser at hver 18. pasient får en av de fire vanligste sykehusinfeksjonene.



**Prøv NSF Unique**  
- konto for medlemmer i NSF

Med denne kontoen får du 4,75 % innskuddsrente fra første krone og kredittreserve på inntil kr 75 000 til 11,65 % nominell rente.

**Vil du vite mer?**  
Se [www.nsf-unique.no](http://www.nsf-unique.no) eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.  
Effektiv rente ved bruk av kreditt:  
50.000 (12,96 %) - 25.000 (13,63 %) - 10.000 (15,67 %)

\* Betingelser pr. oktober 2007.

I handlingsplanen for å motvirke sykehusinfeksjoner antydes det at hver 20. sykehusinfeksjon kan forebygges.

– *Hvordan?*

– Ved å følge enkle retningslinjer. God håndhygiene er kanskje det viktigste. Hanskebruk og å følge aseptiske prosedyrer og tilstrebte et best mulig sterilt miljø, sier leder av NSF's faggruppe av hygienepleiere, Børre Johnsen.

Våren 2006 ble 11 359 pasienter fra 53 sykehus registrert i prevalensundersøkelsen. Det ble funnet 647 sykehusinfeksjoner.

En tilsvarende undersøkelse i oktober inkluderte 9 711 pasienter i 51 sykehus. Det ble registrert 543 infeksjoner.

Det er urinveisinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner som dominerer.

– Pasienter som blir lagt inn på sykehus i dag blir eldre og sykere med flere diagnoser. De er mer motagelige for infeksjoner. «Friske» pasienter som skal utføre et inngrep blir stort sett dagbehandlet, sier Johnsen.

Store sykehus har flere infeksjoner enn små.

Andre ting som øker risikoen for infeksjoner er «knivtid», kirurgisk teknikk, pasientens status før inngrep. Om man bruker permanent kateter er faren for infeksjoner større enn om man kan bruke midlertidige.

# Kvalitet bort fra pratestadiet

Det er mye snakk om kvalitet. Oftest mest snakk. Nå skal begrepet få et reelt innhold. Det ønsker Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) å bidra til.

– Kvalitetsmåling er på full fart inn i helsevesenet. Vi kan mene hva vi vil om det. Men verktøy for måling av kvalitet kommer. Det er nå sykepleierne må melde seg på i det videre arbeidet, mener Unni Hembre.

Norsk Sykepleierforbunds 2. nestleder er leder og koordinator for en arbeidsgruppe i SSN som holder på å utarbeide felles kvalitetsindikatorer på nordisk plan. Gruppen ble opprettet på SSNs styremøte i mars 2006.

## Fem områder

Arbeidsgruppen har hatt tre møter, hvor de systematisk har gått gjennom eksisterende data i de nordiske landene, for å finne områder hvor det er mulig å synliggjøre god og mindre god sykepleieinnsats i pasientbehandlingen.

Gruppen har i første omgang valgt fem områder:

- pasientfall
- trykksår
- normering av sykepleierbemanning
- ernæring
- smerter

– Ut fra våre undersøkelser mener vi disse kan måles, og områdene omfatter en viktig del av

sykepleierens funksjon og ansvarsområde. Og de er nær knyttet til pasientsikkerhet, sier Hembre, som påpeker at det også fins andre områder som er egnet til å måle kvalitet.

På nyåret vil arbeidsgruppen arrangere en stor felles nordisk konferanse om sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer.

– På konferansen vil vi samle fagekspert, ledere og andre nøkkelpersoner i Norden innen disse fem områdene. Det skal ikke være faglig tvil om kunnskapsgrunnlaget bak anbefalingene, ifølge Hembre.

Nøkkelpersonene skal samarbeide etter denne konferansen og fram til den neste i 2009.

## Tar utfordringen

På det europeiske plan har OECD i lengre tid jobbet med muligheten for å komme fram til indikatorer som gjør det mulig å sammenligne kvaliteten på helsetjenestene på tvers av medlemslandene. Og i våres la en arbeidsgruppe oppnevnt av Nordisk Ministerråd fram rapporten «Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden». Målet var å identifisere relevante kvalitetsindikatorer i de nordiske landene.

– En stor svakhet ved rapporten er at den ikke har tatt med data som måler sykepleiekvalitet. Men det er ikke for seint å rette på det. Rapporten anbefaler blant annet at det blir satt ned en ny arbeidsgruppe i regi av Nordisk Ministerråd. Den skal arbeide videre med fellesnordiske kvalitetsindikatorer, forteller Hembre.

– Nå må sykepleierne se sin besøkelsestid. SSN har tatt utfordringen, og vi håper å få følge av et kobbelt med fagekspert innen disse områdene.

Hembre vil mer enn gjerne bli kontaktet av sykepleiere med kompetanse på feltet.

## Sterke sammen

– Mye kan virke forskjellig når man betrakter helsevesenet i de enkelte nordiske landene. Men i bunnen ligger en felles tankegang og like velferdssystemer, som vi nå håper å kunne bygge videre på.

De enkelte nordiske landene utgjør hver for seg små sykepleiefaglige miljøer. Hvis vi kunne bli enige om en felles faglig plattform, så vil vi stå sterkt i forhold til våre respektive regjeringer og overfor Nordisk Ministerråd, mener Hembre.



HANDLER: Unni Hembre mener sykepleiemiljøene i de nordiske landene vil stå mye sterkere hvis de blir enige om en felles faglig plattform.

## Føre var

– Kan sykepleie måles?

– Det er et diskusjonstema som stadig dukker opp. Viktig diskusjon, men vi må ikke fortape oss i den i forhold til dagens virkelighet. Nå skriker politikere etter verktøy for å måle effekt og kvalitet. I denne situasjonen er det viktig å komme på offensiven. For hvis ikke sykepleierne sier noe om dette, så vil andre gjøre det. Og hvem er bedre egnet til å vurdere hva og hvordan sykepleie bør måles om ikke sykepleierne selv?

Unni Hembre er ikke i tvil om svaret.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Depresjon er verst

Depresjon forverrer helsa mer enn kroniske sykdommer som angina, leddgikt, astma og diabetes. Samtidig har deprimerede ofte et dårligere behandlingstilbud enn pasienter med andre kroniske lidelser. Det er dr. Somnath Chatterji fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og kollegaer som har kommet til denne konklusjonen, etter å ha undersøkt 245 404 mennesker som var med på WHO's World Health Survey.

## Nytt om arbeidsmiljø og helse

«Faktabok om arbeidsmiljø og helse» gir et bilde av eksponeringsforhold og helse i norsk arbeidsliv, med status og trender for arbeidsmiljø og arbeidsrelaterte helseskader etter yrkesgrupper, næringsgrupper, aldersgrupper og kjønn. Du finner mer på [www.stami.no](http://www.stami.no)

## Hjemmetjenesten:

# Må råkjøre og parkere ulovlig

Det er ikke tid til å gå på toalettet i arbeidstiden, lunsjpausene droppes, fartsgrenser overskrides og personalmøter må holdes på fritiden. Dette er virkeligheten for mange ansatte i den norske hjemmetjenesten.

Gjennom kampanjen «Rett hjem» har Arbeidstilsynet avdekket at mange ansatte i hjemmetjenestene må gå på akkord både med lovverket, helsa og egne, høyst nødvendige behov for å rekke alle arbeidsoppgavene de er pålagt i løpet av en vakt. Tilsynet, som er gjort i alle landets kommuner, konkluderer med at ansatte i hjemmetjenesten rett og slett har for lite tid til å utføre arbeidsoppgavene de er pålagt. Verst er situasjonen i Oslo. Tidspresset de ansatte utsettes for, er belastende og

forverrer arbeidsmiljøet.

– Fremdeles er det ubalanse mellom tiden de ansatte har til rådighet, og omfanget av oppgavene de er pålagt å utføre, fastslår prosjektleder for Rett Hjem-kampanjen, Edle Utaaker.

### Tut og kjør

Tidspress kan innebære alt fra at de ansatte ikke har tid til å spise eller gå på toalettet, til at de må «kutte i svingene» for pasientene.

– Enkelte steder må de bryte fartsgrensen og parkere ulovlig for å rekke alle brukerne de skal

besøke i løpet av en dag. Det kan også føre til at de ikke har tid til å følge opp brukerne, og til å forebygge truende situasjoner, forteller Utaaker.

### Bedre eller verre?

Utaaker sier at det er blitt bedre mange steder og at det ikke er grunn til svartmaling, men at det fortsatt finnes kommuner som ikke gjør det de bør for å bedre situasjonen for de ansatte.

– I et utvalg av 161 virksomheter som er fulgt gjennom hele kampanjen, er situasjonen blitt

verre nå enn ved andre tilsyn i 2004, men likevel bedre enn da vi startet. Ansatte i nesten åtte av ti enheter opplever at tiden ikke strekker til i forhold til omfang av oppgaver, sier hun og understreker at dette er alvorlig:

– Vi snakker om arbeidsmiljøet til om lag 100 000 ansatte, og vi snakker om mennesker som er avhengig av gode tjenester.

### HMS

Utaaker mener det er mye å vinne på hvordan man velger å organisere tjenestene i kommunen.

– Når flere og mer krevende arbeidsoppgaver kommer til, trengs mer tid eller flere til å gjøre jobben. Mange arbeidstakere i hjemmetjenesten blir



## Dette er uheldig tidspress

Ifølge Arbeidstilsynet er følgende forhold indikasjoner på at du er utsatt for uheldig tidspress.

### Du har ikke tid til:

- Spisepause
- Toalettbesøk
- Bruk av hjelpemidler

### Du har for liten tid til:

- Faglig utvikling og erfaringsutveksling
- Nødvendig opplæring
- Oppfølging etter traumatiske hendelser
- Skriftlig rapportering om uønskete hendelser

### Det er også uheldig dersom:

- Det ikke er ressurser til å arbeide to sammen der risikosituasjoner tilsier det
- Personalmøter ikke inkluderes i arbeidstiden
- For lite tid er avsatt til ledelse



VIKTIG: Har du ikke tid til pause, regnes det som utilbørlig tidspress. Arkivfoto fra Arendal kommune: Stig Weston.



daglig utsatt for helseskadelige belastninger. I tillegg mangler mange opplæring i hvordan man kan forebygge slike belastninger, sier Utaaker.

#### De som får det til

Kommuner som lykkes med HMS i hjemmetjenesten kjenntegnes ved:

- HMS er forankret i toppledelsen – som gir klare signaler og etterspør aktivitet
- Stor oppmerksomhet mot arbeidsmiljøloven
- Kommunen har fokus på tilstrekkelig grunnbemanning
- Engasjerte og nærværende ledere med kunnskap og tro på HMS-arbeid
- Positive, engasjerte og medvirkende ansatte



#### Fakta

Arbeidstilsynet har gjennomført totalt 2300 tilsyn i alle landets kommuner i perioden 2002 til 2007. Rett Hjem-kampanjen har konsentrert seg om tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger og vold og trusler.

- Lederopplæring med oppmerksomhet på arbeidsmiljø og oppfølging av medarbeidere
- Organisering av tjenesten med sikte på å skape best mulig arbeidsmiljø

#### Gjennomgående

Arbeidstilsynet har laget en «smørbrøddliste» over gjennomgående funn på godt og vondt for kommunene.

De vonde «smørbrødene» ser slik ut:

- Manglende forankring og oppfølging av HMS på overordnet nivå
- Arbeidsmiljøet og de ansattes mulighet til å gjøre jobben sin er ikke tilstrekkelig ivarettatt ved omstillinger og strukturelle endringer
- Tidspress og stor arbeidsbelastning er fortsatt et problem – mange steder økende
- Mellomledere er mer utsatt for uheldig tidspress

De gode «smørbrødene» ser slik ut:

- Det har blitt mer legitimt å si fra om uheldige forhold
- Det har blitt større aksept for at arbeidsmiljøloven gjelder
- Bevissthet om og oppmerksomhet mot arbeidsmiljø har blitt større
- Kommunene har inngått IA-avtale
- De fleste følger opp sykefravær og har skriftlige avtaler

# Praktisk, rask og sikker

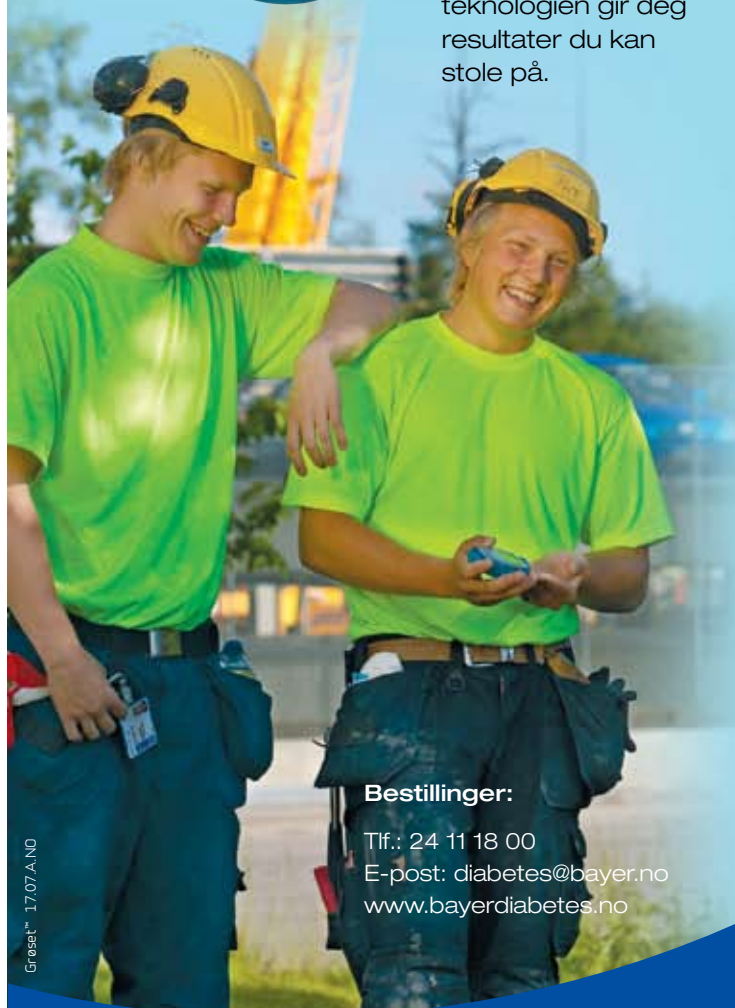
## Nye BREEZE2® blodsukkerapparat fra Bayer

**INGEN KODING**™



- Tynn og praktisk diskett med 10 strimler
- 5 sekunder
- Kun 1 µl blod
- Lagrer 420 måleresultat

Enkel og rask i bruk, Ingen koding™-teknologien gir deg resultater du kan stole på.



#### Bestillinger:

Tlf.: 24 11 18 00  
E-post: [diabetes@bayer.no](mailto:diabetes@bayer.no)  
[www.bayerdiabetes.no](http://www.bayerdiabetes.no)

Grøset™ 17.07 A NO

ASCENSIA  
**BREEZE**  
Blood Glucose Monitoring System



Bayer HealthCare  
Diabetes Care

# Ekspllosiv økning av yrkes

NSF har registrert en firedobling av antallet yrkesskadesaker. Departementet vil nå forenkle yrkesskadeordningen, men belastningsskader i typiske kvinneyrker vil fremdeles ikke utløse erstatning. Det provoserer mange.



Fra å ha godt under 50 saker til behandling i 1998, ligger det nå 183 yrkesskadesaker på bordet hos NSF's advokater.

Etter at NSF opprettet fem regionale rådgiverstillinger spredt over hele landet, har sakene strømmet på. Og det er rygg og nakke som oftest blir skadet, viser oversikten. En del av sakene omhandler også slag og spark fra pasienter, sammen med allergier, hovedsakelig latex-allergi, og fallskader. NSF-advokatene har også eksempler på sykepleiere som har blitt utsatt for smitte, eller som har kommet opp i trafikkulykker i jobbsammenheng.

## Økt fokus

Marit Gjerdalen ved NSF's forhandlingsavdeling tror økningen skyldes større fokus på yrkessaker:

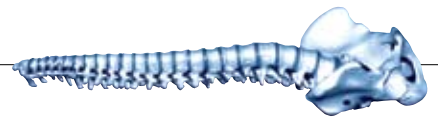
– Det kommer flere saker fordi vi bruker mer ressurser på yrkesskader nå enn tidligere. Det er tre personer i forhandlingsavdelingen som jobber spesielt med yrkesskadesaker, i tillegg har vi kontaktene som sitter rundt om i regionene.

– *Vinner dere fram med sakene?*

– Etter at vi begynte å registrere sakene i et nytt system i 2005, har vi fått inn 34, 5 millioner kroner i erstatninger. I denne summen ligger det alt fra småbeløp til millionutbetalinger.

AU! En sykepleier som skader seg på jobben kan forvente en lang og tornefull vei før en yrkesskadeerstatning eventuelt blir innvilget.





# skadesaker

## Det er godt dokumentert at nakke- og rygglidelser kan oppstå i forhold til visse arbeidsbelastninger.

Bo Veierstad, Stami

### Yrkesskader koster flekk

2 milliarder kroner er Folketrygdens årlige utgifter ved yrkesskader og yrkessykdommer. Det viser beregninger fra 2004. De største utgiftene er knyttet til sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger, uførepensjon, menererstatning og utgifter til helsetjenester. Ifølge Arbeidslivsutvalget 2004 utfører 42 prosent av yrkesaktive kvinner *gjentatte og ensidige bevegelser* på jobben. Om flere av disse hadde fått yrkesskadeerstatning for slitasje eller belastningsskader, ville utgiftene skutt i været.

### Truer med milliard søksmål

Arbeids- og inkluderingsdepartementet jobber med et regelverk som skal forenkle veien for den som mener seg utsatt for en yrkesskade. Forslaget som nå har vært ute til høring møter kraftig motbør.

Norsk Sykepleierforbund

går sterkt imot i det hele tatt å begynne med omorganisering av yrkesskadeordningen før det er tatt tak i det de beskriver som «den kjønnsmessige diskrimineringen som dagens regelverk representerer». NSF har støtte fra Fagforbundet.

I et felles notat som er utarbeidet i forbindelse med et møte i Arbeids- og inkluderingsdepartementet i vår, kommer forbundene med følgende klare advarsel dersom det ikke skjer noe i forhold til at kvinneverrelaterte belastningslidelser ikke gir rett til erstatning:

«Andre eventuelle endringer i yrkesskadelovgivningen må utestå inntil problemet med belastningslidelsene er løst. I mangel på snarlig løsning av de aktuelle spørsmål på dette området, vil arbeidstakersiden alvorlig overveie å reise søksmål mot staten med krav om endringer i lovgivningen. Det vil i så fall



## Hva er en yrkesskade?

Skjer det et **uhell** som skader deg mens du er på jobben, kan dette være en yrkesskade som du kan søke erstatning for. Noen **sykdommer** som er en følge av jobben kan også likestilles med yrkesskader (se kreftsaken fra Bergen på side 19). I en forskrift har departementet bestemt hvilke sykdommer dette gjelder (såkalte listesykdommer). Belastningsskader er ikke med på lista, bortsett fra noen få typiske mannsyrke-belastninger.

### \* Disse lovene regulerer hvilke skader og sykdommer som kan regnes som en yrkesskade:

- Folketrygdloven § 13-3. Yrkesskade
- Folketrygdloven § 13-4. Yrkessykdommer som likestilles
- Yrkesskadeforsikringsloven § 11. Skader og sykdommer som skal dekkes av forsikringen

dreie seg om et søksmål som kan koste staten mange milliarder kroner.»

### Fra to til tre

Per i dag er det to ordninger som gir økonomisk kompensasjon ved yrkesskade: Folketrygden og det enkelte forsikringsselskap.

Disse har ulik praksis, og den som har fått en skade, må sende inn dokumentasjon og avvente saksbehandling begge steder. Tanken er nå å opprette en egen, uavhengig yrkesskadeenhet som skal behandle erstatningssakene. – NSF foreslår i stedet at trygdevedtaket gjøres bindende, at dagens tospored system videreføres og at Trygderetten blir ankeorgan for yrkesskader, heter det i høringssvaret. Om departementets forslag skriver forbundet at det ikke vil føre til en forenkling, ettersom den som har blitt utsatt for skade uansett må forholde seg både til forsikringskontoret og Folketrygden: – I stedet for å gå fra to til en instans, blir det å gå fra to til tre. Likestillingsombudet er i utgangspunktet positiv til forslaget. Det påpeker imidlertid at den fremtidige ordningen ikke må praktisere regelen om årsak og bevis i yrkesskadesaker på en måte som gjør at belastningslidelser systematisk blir utelukket.



ADVOKAT: Marit Gjerdalen i NSF.



## Når uhellet er ute

Hvis du er utsatt for et uhell på jobben, må du først og fremst melde skaden. Det er viktig å beskrive så nøyaktig så mulig hva som skjedde på skademeldingsskjemaet, og ta kopi. Det er arbeidsgiver som har ansvaret for å melde fra om skaden, men det viser seg i praksis at de ikke alltid gjør det. Ta kontakt med en av NSF's regionale rådgivere med én gang skaden har skjedd.

Marit Gjerdalen, NSF



# De plagsomme «kjønns-sykdommene»

Det gjorde vondt, og det skjedde på jobben, men det er ikke nødvendigvis nok for å få yrkesskadeerstatning.

En psykiatrisk sykepleier er på jobb hos en pasient. Pasienten skal flytte fra leiligheten sin, og sykepleieren har hjulpet til med å organisere dette. Flyttemannskapet har vært i leiligheten og hentet det meste, men har glemt et steinbord. Pasienten vil ha med seg bordet, men det er tungt. Situasjonen begynner å bli vanskelig, sykepleieren aner at det kan komme til å bli problemer med å gjennomføre flyttingen for pasienten dersom de ikke får med seg bordet. Hun forsøker derfor å flytte bordet, og med pasientens hjelp bærer de det ut. Gjennom døra må de ta det på høykant, og det er da det fatale skjer. I skademeldingen beskrevet som følger:

«[...]bruger og jeg bar bordet ut fra stua. Det skjedde en vridning da vi passerte døra. Jeg merket at «noe» skjedde i ryggen.»

Dette «noe» skal vise seg å være en varig vridningsskade. Men er det en yrkesskade?

## Lov mot lov

Striden om yrkesskadene har pågått lenge. Det er nemlig et faktum at en arbeider som blir skadet etter å ha stått med et pressluftbor dag etter dag kan få tilkjent yrkesskadeerstatning på grunn av vibrasjonsskader. En arbeider som får en belastningsskade etter daglige løft av tunge pasienter gjennom flere år, har ikke rett på yrkesskadeerstatning.

Lovverket er fra 1935, og slitasje- og belastningsskader har stått på agendaen i Norsk Sykepleierforbund de siste ti årene. Minst. Forbundets holdning er at regelverket for yrkesskader er kvinnekjønn-diskriminerende. Det vises til det paradoksale i at typisk kvinnerelaterte belastningsskader ikke er godkjent som yrkessykdommer, men at kjønnsykdommer er godkjent som yrkesskade for militære. Likestillings- og diskrimineringsombudet mener dagens ordning forskjellsbe-

handler på bakgrunn av kjønn, noe som strider mot likestillingsloven. Ombudet mener også det kan være i strid med FNs kvinnekonvensjon.

## Jobber med saken

Likestillings- og diskrimineringsminister Karita Bekkemellem ønsker ikke å uttale seg om *den* problemstillingen. Hennes departement henviser videre til helseminister Sylvia Brustad, som igjen sender problemstillingen til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Som uttaler følgende:

– Arbeids- og inkluderingsdepartementet mener dette er et viktig spørsmål, og at gode grunner taler for en grundig og bred gjennomgang av hvilke sykdommer som kan godkjennes som yrkessykdom. Departementet vurderer nå hvordan en slik gjennomgang best kan gjøres.

Spørsmål om når dette konkret skal skje, og hvilket underlagsmateriale det vil bruke for å inkludere eller ekskludere sykdommer som kan gi rett på erstatning, ønsker ikke departementet å svare på.

## Grønt lys for «musearm»?

Etter det Sykepleien kjenner til, leverer Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) i løpet av ganske få uker en oppdatert oversikt over hvilke muskel- og skjelettlidelser som bør likestilles med yrkesskader. Heller ikke i denne omgangen ser det ut til at slitasjerelaterte nakke- og ryggliidelser kommer med.

Stami ønsker ikke å kommentere den konkrete utredningen de er i ferd med å slutføre, men viser til konklusjonene i en rapport fra 1999. Stami laget den gang en utredning for det daværende Sosial- og helsedepartementet, der de undersøkte grunnlaget for å godkjenne visse muskel- og skjelettskader som yrkessykdommer.

– Problemet er at det er gjort flest studier på yrkesrelaterte lidelser

på mannsarbeidsplasser. Det gjør at vi har mye dokumentasjon på typiske mannelidelser, og mindre på kvinnerelaterte yrkessykdommer, sier Bo Veiersted ved avdeling for arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser ved Stami.

– Ut fra det vi vet nå, er det godt dokumentert at det er sammenheng mellom arbeidsbelastning og lidelsene senebetennelse i skulderen, tennisalbue, slimposeirritasjon i albue og kne, samt karpaltunnell-syndrom i håndledd.

– *Bør disse sykdommene inn på lista over godkjente yrkessykdommer?*

– Akkurat det mener vi ikke så mye om, men vi viser at forutsetningene for å få yrkesskadeerstatning kan være til stede i disse tilfellene.

– *Hva med nakke- og ryggliidelser?*

– Det er godt dokumentert at nakke- og ryggliidelser kan oppstå i forhold til visse arbeidsbelastninger. Disse lidelsene er imidlertid vanskeligere å diagnostisere, så det er større usikkerhet i forhold til om forutsetningene for å få en yrkesskadeerstatning er til stede.

## – Bør revidere lista

Bo Veiersted mener det er på tide å revidere lista over yrkessykdommer:

– Lovgivningen har vært lik de siste 30 årene. Vi synes det er god ide med en jevnere og seriøs oppdatering av yrkessykdomslisten, sier han.

## Alminnelig eller ikke?

Den mest intense kampen står om belastningsslidelsene. Men hva om skaden oppstår akutt? Om en sykepleier som løfter en pasient får ryggskaden der og da?

Ifølge lovverket har man ikke krav på yrkesskadeerstatning dersom skaden oppstår som et resultat av vanlige arbeid, arbeid som den ansatte må *påregne* å gjøre i sin stilling.

Foto: Stig M. Weston



RASLER MED SABLENE: NSF's Bente Slaatten og Fagforbundets Jan Davidsen varsler søksmål mot staten hvis ikke problemet med belastningsskader løses snart.



Et tenkt utfall kan derfor være at dersom en sykepleier får en akutt ryggskade etter å ha løftet en pasient, gir det ikke rett til yrkesskadeerstatning, med mindre det har skjedd noe plutselig og uforutsett ved løftet, eller belastningen er utenfor arbeidets alminnelige ramme.

Men: Dersom *legen* ved denne tenkte avdelingen går inn og løfter den samme pasienten, med samme resultat, vil denne kunne ha rett på yrkesskadeerstatning, dersom løfting av pasienter er noe legen vanligvis ikke gjør.

#### Steinbord til besvær

Tilbake til begynnelsen: Hva skjedde med sykepleieren som skadet ryggen da hun hjalp en klient med å løfte et steinbord mens hun var på jobb? Var det en yrkesskade hun pådro seg?

Nei, mener Fylkestyngdekonto- ret. Sykepleieren klaget vedtaket videre inn for Trygderetten.

Nei, mener også den, og begrunnet det med at det ikke forelå et såkalt ulykkesmoment, det vil si at skaden oppsto plutselig og uventet. I tillegg sier Trygderetten dette:

«Når det gjelder spørsmålet om et slikt løft ligger utenfor det man kan forvente i en normal arbeidsprestasjon som psykiatrisk sykepleier, så er retten av den oppfatning at det ikke kan anses uvanlig å ytre praktisk hjelp under hjemmebesøk.»

Med andre ord mener Trygderetten at det er en del av en psykiatrisk sykepleiers arbeidshverdag å drive flyttesjau.

Sykepleieren gikk så, gjennom NSFs advokat, til sak mot staten. Men saken ble aldri prøvd for retten. Bare timer før saken skulle opp, inngikk nemlig staten, ved Arbeids- og velferdsdirektoratet, forlik. Partene ble enige om at det foreligger en arbeidsulykke. Folke- trygden er bundet av det vedtaket. Men fordi det ble forlik i tolvte time, kan det ikke brukes som brekkstang for andre, lignende saker.



# Erstatning i Bergen



## Kreftsaken på Haukeland

Mellom 1998 og 2005 fikk så mange som 16 ansatte ved hjereteavdelingen kreft.

En rapport fra Universitetet i Bergen fant det sannsynlig med en sammenheng mellom stråling og sykdommen i åtte av krefttilfellene. En av sykepleierne har fått kreft i lungene, to i brystene, en i lymfene, to i bukspyttkjertelen, en i skjoldbruskkjertelen og en har fått kreft i eggstokkene.

BEDRE: Avdelingsjef Jan Erik Nordrehaug ved hjereteavdelingen sier det er et godt og sikkert strålemiljø på Haukeland.

På en hjereteavdeling på Haukeland sykehus (bildet) har mistenkelig mange sykepleiere fått kreft. Nå har et forsikrings-selskap akseptert at kreften har sammenheng med stråling på jobben. Saken kan få langt større konsekvenser.

Marit Gjerdalen, advokat i NSFs forhandlingsavdeling, har bistått sykepleieren i denne saken og bekrefter at forsikrings-selskapet har akseptert at det er en årsaks-sammenheng mellom arbeidet og kreftsykdommen.

Fleire av sykepleierne sier at strålehygiene-rutinene på hjereteavdelingen ikke var optimale mellom 1992 og 2002. Blyfrakkene de brukte var tynne, og i de eldste frakkene samlet blyet seg nederst. Frakkene blir i rapporten beskrevet som «ikke gode», noen av dem dekket lite av ryggen. Sykepleierne forteller også om dårlige sikkerhetsrutiner.

Dosimetrene som målte strålingen de ble utsatt for, skal ikke ha blitt brukt konsekvent.

#### – Gledelig medhold

Helseministeren og sykepleierens avdelingsleder synes det er positivt at sykepleieren vant frem med kravet sitt.

– Jeg synes det er gledelig at en av sykepleierne har fått erstatning. Det er positivt for den personen det gjelder i en vanskelig livssituasjon, sier Sylvia Brustad.

Jan Erik Nordrehaug, avdelingsjef ved hjereteavdelingen ved Haukeland universitetssykehus mener dette:

– Det er gledelig at hun fikk medhold, i det minste for å yte juridisk rettferdighet. Avdelingsledelsen fremmet saken for å få den belyst – nettopp for å ta vare på arbeidstakerne.

Nordrehaug bekrefter at avdelingen og sykehuset har hatt et økt fokus på stråleproblematikk etter at en rapport fra Universitetet i Bergen kom. Den fant det sannsynlig at det er en sammenheng mellom stråling og sykdommen i åtte av krefttilfellene.

– Vi har et sikkert og godt strålemiljø på Haukeland. Alle har personlig verneutstyr, sier han. ▶

## c Remicade «Schering-Plough»

Immunosuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A A12

**PULVER TIL INFUSJONSVEÆSKE 100 mg:** Hvert hetteglass inneholder: Infiliximab 100 mg, sakkarose, polysorbat 80, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat. **Indikasjoner:** **Reumatoid artritt:** Reduksjon av tegn og symptomer, samt forbedring av fysisk funksjon i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med aktiv sykdom som ikke har respondert tilfredsstillende på annen sykdomsmodifiserende behandling, inkludert metotreksat. Reduksjon av tegn og symptomer i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med alvorlig, aktiv og progredierende sykdom som ikke tidligere er behandlet med metotreksat eller andre DMARD (sykdomsmodifiserende legemidler). I disse pasientgruppene er det, målt ved røntgen, vist en reduksjon i progresjonshastigheten av leddskade. **Crohns sykdom hos voksne:** Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunosuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. Behandling av aktiv fistulerende Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenering og immunosuppressiv behandling). **Crohns sykdom hos barn:** Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos barn i alderen 6-17 år som ikke har respondert på konvensjonell behandling inkl. et kortikosteroid, en immunomodulator og ernæringssterapi, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slike behandlinger. **Ulcerøs kolitt:** Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling med kortikosteroider, 6-merkaptopurin eller azatioprin, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. **Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom):** Behandling av ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom) hos pasienter med alvorlige aksiale symptomer, forhøyede serologiske markører på inflammatorisk aktivitet og som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling. **Psoriasisartritt:** Behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne når responsen på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatisk behandling ikke har vært tilfredsstillende. Gitt alene (hos pasienter som ikke tåler metotreksat eller hvor metotreksat er kontraindisert) eller i kombinasjon med metotreksat. **Psoriasis:** Behandling av moderat til alvorlig plakpsoriasis hos voksne som ikke har respondert på, eller som har en kontraindikasjon mot eller som ikke tolererer annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA. **Dosering:** Gis som i.v. infusjon. Igangsettes og følges opp av lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Infiliximabinfusjoner skal gis av kvalifisert helsepersonell med høy trening i å oppdage infusjonsrelaterte problemer. Anbefalt infusjonstid er 2 timer, men hos nye utvalgte pasienter med reumatoid artritt som har tolerert 3 initiale 2-timersinfusjoner, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på minst 1 time. Kortere infusjoner ved doser >6 mg/kg er ikke undersøkt. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen med hensyn på akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. **Voksne: ≥18 år: Reumatoid artritt:** Ikke tidligere behandlet med infliximab: 3 mg/kg etterfulgt av 3 mg/kg, 2 og 6 uker etter den 1. infusjonen, deretter hver 8. uke. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 uker behandling. Ved inadekvat respons eller tap av respons etter denne perioden, bør en vurdere å øke dosen trinnvis med ca. 1,5 mg/kg opp til maks. 7,5 mg/kg hver 8. uke. Alternativt kan det vurderes å gi 3 mg/kg så ofte som hver 4. uke. Dersom tilstrekkelig respons oppnås skal pasienten fortsette med valgte dose eller doserfrekvens. Fortsett behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen de 12 første behandlingssukene eller etter dosejustering. **Alvorlig, aktiv Crohns sykdom:** 5 mg/kg. Tilgjengelige data støtter ikke videre behandling hos pasienter som ikke responderer på den 1. infusjonen innen 2 uker. Hos pasienter som responderer er de alternative strategiene for fortsatt behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg 2 og 6 uker etter den 1. dosen, deretter hver 8. uke. Fornytt behandling: Infusjoner på 5 mg/kg dersom tegn og symptomer på sykdommen kommer tilbake. **Aktiv fistulerende Crohns sykdom:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere. Dersom en pasient ikke responderer etter disse 3 infusjonene, bør det ikke gis ytterligere behandling med infliximab. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene ytterligere eller fornytt behandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Fornytt behandling dersom tegn eller symptomer på sykdommen kommer tilbake, etterfulgt av infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Erfaring med fornytt behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. **Ulcerøs kolitt, psoriasisartritt og psoriasis:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Klinisk respons hos pasienter med ulcerøs kolitt oppnås vanligvis innen 14 uker behandling (3 infusjoner). Fortsett behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Pasienter med psoriasisartritt og psoriasis som ikke responderer etter 14 uker (etter 4 infusjoner), bør ikke gis flere behandlinger. **Ankyloserende spondylitt:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 6. - 8. uke. Dersom en pasient ikke responderer innen 6 uker (dvs. etter 2 infusjoner), bør det ikke gis flere behandlinger. **Fornytt behandling ved Crohns sykdom og reumatoid artritt:** Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan en ny infusjon gis innen 16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner etter legemiddelopphekk <1 år, se Forsiktighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter legemiddelopphekk på >16 uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohns sykdom og reumatoid artritt. **Fornytt behandling ved ulcerøs kolitt og psoriasisartritt:** Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. **Fornytt behandling ved ankyloserende spondylitt:** Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6. - 8. uke, er ikke undersøkt. **Fornytt behandling ved psoriasis:** Begrenset erfaring fra fornytt behandling med 1 enkelt dose hos psoriasispatienter etter et intervall på 20 uker, antyder redusert effekt og en høyere incidens av milde til moderate infusjonsreaksjoner, sammenlignet med det initiale induksjonsregimet. **Barn: 6-17 år: Crohns sykdom:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Enkelte kan trenge et kortere doseringsintervall, mens andre opprettholder effekt med lengre doseringsintervall. Behandlingen skal stoppes dersom barnet ikke responderer innen de første 10 behandlingssukene. **Kontraindikasjoner:** Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesser og opportunistiske infeksjoner (f.eks. pneumocystis carinii pneumoni, histoplasmose, koksiidiomykose, aspergillose og candidainfeksjon i øsofagus). Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Kjent hypersensitivitet for innholdsstoffene eller murine proteiner. **Forsiktighetsregler:** Erfaring viser at hos noen pasienter er eget forsvar mot infeksjoner nedsatt under infliximabbehandling. Hemming av TNFα kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjennelse av et atypisk klinisk forløp for alvorlige infeksjoner er kritisk for å redusere forsinkelsetid og behandling. Hos pasienter med fistulerende Crohns sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infliximabbehandling initieres for en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og etter behandling med infliximab. Siden eliminasjonen av infliximab kan ta opp til 6 måneder, skal monitoreringen fortsette gjennom hele denne perioden. Videre behandling med infliximab skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infliximab skal gis til pasienter med kronisk infeksjon, som har hatt tilbakevendende infeksjoner eller som bruker immunosuppressive legemidler. Pasientene bør unngå potensielle risikofaktorer for infeksjon. Infeksjoner er oftere rapportert hos barn, enn hos voksne. Tuberkulose, bakterielle infeksjoner, inkl. sepsis og pneumoni, invasive soppinfeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner (som pneumocystose,

histoplasmose, cytomegalovirusinfeksjon, atypiske mykobakterier, listeriose og aspergillose) er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. milær tuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med infliximab skal alle pasienter undersøkes nøye for tuberkulose (både aktiv og latent). Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose, ev. mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunosuppressiv behandling. Relevante «screening»-tester dvs. tuberkulintest og røntgen av lungene bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Vær oppmerksom på at en kan få falsk negativ tuberkulintest spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunosupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, må ikke behandlingen med infliximab startes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling mot latent tuberkulose startes iht. lokale retningslinjer før oppstart med infliximab. I denne situasjonen skal nytte kontra risiko ved bruk av infliximab overveies svært nøye. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, mild feber) under eller etter behandling med infliximab. Ingen data foreligger mht. respons på vaksiner med levende vaksiner eller sekundær overføring av infeksjon med levende vaksiner ved anti-TNF-behandling. Samtidig administrering av levende vaksiner er derfor ikke anbefalt. Det anbefales at barn med Crohns sykdom vaksineres i.h.t. gjeldende retningslinjer for oppstart av infliximabbehandling. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi hos pasienter behandlet med infliximab. Den lange halveringstid til infliximab bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infiliximab-behandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Erfaringen er begrenset mht. sikkerhet hos pasienter som har gjennomgått artroplastikk. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Noen tilfeller med dødelig utfall. Pasienter med risiko for HBV skal undersøkes for tegn på tidligere HBV før oppstart. Bærere av HBV skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på aktiv HBV under behandlingen og i flere måneder etter avsluttet behandling. Ved reaktivering av HBV skal infliximab seponeres og effektiv antiviral behandling med egnet støttebehandling igangsettes. Isolerte tilfeller av leversvikt som resulterte i levertransplantasjon eller død har forekommet. Pasienter med symptomer eller tegn på leverdysfunksjon, skal undersøkes for tegn på leverskade. Dersom pasienten utvikler gulsott og/eller ALAT-økning ≥5 ganger den øvre normalgrensen, skal preparatet seponeres og en grundig undersøkelse gjennomføres. Akutte infusjonsreaksjoner, inkl. sjeldne anafylaktiske reaksjoner, kan utvikles under (i løpet av sekunder) eller innen få timer etter infusjon. Dersom akutte infusjonsreaksjoner inntreffer skal infusjonen avbrytes umiddelbart og dersom alvorlige reaksjoner oppstår, må symptomatisk behandling gis infliximabbehandling avsluttes. Utstyr for akuttbehandling må være tilgjengelig. Pasienten kan behandles på forhånd med f.eks. et antihistamin, hydrokortison og/eller paracetamol, og infusjonshastigheten kan senkes for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner, spesielt dersom infusjonsreaksjoner har inntrefft tidligere. Antistoffer mot infliximab kan utvikles og er forbundet med økt frekvens av infusjonsreaksjoner. Det er også sett en sammenheng mellom utvikling av antistoffer mot infliximab og redusert varighet av respons. Samtidig administrering av immunmodulerende legemidler er forbundet med lavere incidens av antistoffer og redusert frekvens av infusjonsreaksjoner. Effekten av samtidig immunmodulerende behandling er mer uttalt hos pasienter behandlet episodisk enn ved vedlikeholdsbehandling. Annen samtidig medisinerings (f.eks. kortikosteroider og immunosuppressiva) bør være optimalisert. Pasienter som slutter med immunosuppressiva før eller under infliximabbehandling, har større risiko for utvikling av antistoffer, som ikke alltid detekteres i serumprøver. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner har forekommet etter legemiddelopphekk <1 år. Tegn og symptomer inkl. myalgi og/eller artralgi med feber og/eller utslett. Noen pasienter opplever kløe, ødem i ansikt, hender eller leppe, dysfagi, urticaria, sår hals og hodepine. Økt risiko for forsinkt hypersensitivitet med økende lengde på legemiddelopphekket. Pasienter må rådes til umiddelbart å søke medisinsk hjelp dersom de opplever forsinkede bivirkninger. Dersom pasienter behandles på nytt etter et lengre opphold, må de overvåkes nøye for tegn og symptomer på forsinkt hypersensitivitetsreaksjon. En mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter ved behandling med TNF-hemmende legemidler kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet må utvises ved vurdering av behandling av pasienter som utvikler maligniteter mens de får infliximab eller pasienter med maligniteter i anamnesen, samt hos pasienter med økt risiko for maligniteter pga. storøyking. Forsiktighet skal også utvises ved psoriasis og ekstensiv immunosuppressiv behandling, eller forlenget PUVA-behandling i anamnesen. Pasienter med ulcerøs kolitt, som har økt risiko for dysplasi el. tykktarmskreft (f.eks. pasienter med mangel på ulcerøs kolitt eller primær skleroserende kolangitt) eller som har hatt dysplasi eller tykktarmskreft, bør undersøkes for dysplasi jevnlig for behandling og gjennom hele sykdomsforløpet. Undersøkelsen bør inkl. koloskopi og biopsi ifølge lokale retningslinjer. Ved nydiagnostisert dysplasi bør det vurderes nøye hvorvidt infliximabbehandling skal avsluttes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom er rapportert hos ungdom og unge voksne med Crohns sykdom, som er behandlet med infliximab samtidig med azatioprin eller 6-merkaptopurin. Denne sjeldne typen T-cellelymfom har et veldig aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis dødelig. Det skal utvises forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse III). Utvikles nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt, skal infliximabbehandling avbrytes. Det relative underskuddet av TNFα som forårsakes av anti-TNF-behandling, kan forårsake en autoimmuniseringsprosess. Hvis en pasient utvikler symptomer som indikerer et lupus-lignende syndrom etter behandling med infliximab, og utvikler antistoffer mot dobbeltrådet DNA, må videre behandlingen med infliximab ikke gis. Infiliximab og andre stoffer som hemmer TNFα har i sjeldne tilfeller vært forbundet med optikusneuritt, kramp og debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserende sykdom inkl. multipippel sklerose. Nytt kontra risiko må derfor vurderes nøye før oppstart med infliximab hos pasienter med eksisterende eller nylig inntrefft debut av demyeliniserende tilstander i det sentrale nervesystemet. Med unntak av Crohns sykdom er sikkerhet og effekt ved bruk hos pasienter ≤17 år ikke tilstrekkelig undersøkt og anbefales derfor ikke. Preparatet er ikke undersøkt hos pasienter <6 år med Crohns sykdom. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. **Interaksjoner:** Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med infliximab er ikke etablert. Derimot er det sett økt risiko for alvorlige infeksjoner ved kombinasjon av annen anti-TNFα-behandling og anakinra, og ingen ytterligere nytte sammenlignet med TNFα-hemmer gitt alene. Kombinasjonen er derfor ikke anbefalt. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Ingen uventede effekter på utfallet av graviditeten. Infiliximab hemmer TNFα og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos den nyfødte. Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring, og infliximab er derfor ikke anbefalt under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling med infliximab og i minst 6 måneder etter siste behandling. **Overgang i morsmelk:** Ukjent, men immunglobuliner skilles ut i melk. Derfor må ikke kvinner amme før minst 6 måneder etter at behandling med infliximab er avsluttet. **Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, diare, mavesmerter, dyspepsi. Hud: Utslett, kløe, urticaria, økt svetting, tørr hud. Lever: Forhøyede levertransaminaser. Luftveier: Infeksjon i øvre og nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, sinusitt. Sirkulatoriske: Rødme. Øvrige: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesinfeksjoner), feber, hodepine, vertigo/svimmelhet, tretthet, brystmerter, infusjonsrelaterte reaksjoner, serumsyke-lignende reaksjoner. **Mindre hyppige (>1/100):** Blod: Anemi, leukopeni, lymfadenopati, lymfocytose, lymfopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Forstoppelse, gastroøsofagal refluks, keilitis, divertikulitt. Hud: Soppdermatitt/onykomykose, eksem/seboré, hoerdeolum, bullos erupsjon, furunkulose, hyperkeratose, rosacea, vorter, abnormal hudpigmentering/farge,

forts. neste side



alopesi. Lever: Abnormal leverfunksjon, kolecystitt. Luftveier: Epistaxis, bronkospasmer, pleuritt, allergiske luftveisreaksjoner, lungeødem. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi, ryggsmerte. Neurologiske: Forverring av demyeliniserende sykdom som tyder på multipel sklerose. Psykiske: Depresjon, forvirring, agitasjon, anesi, apati, nervøsit, somnolens, insomni. Sirkulatoriske: Ekkymoser/hematom, hypertensjon, hypotensjon, synkope, petekkier, tromboflebitt, bradykardi, palpitasjon, vasospasmer, cyanose, perifer iskemi, arytmier, forverring av hjertesvikt. Syn: Konjunktivitt, endoftalmitt, keratokonjunktivitt, periorbitalt ødem. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, pyelonefritt, vaginitt. Øvrige: Smerte, frysninger/stivhet, abscesser, cellulitt, monilliasis, sepsis, vanskeligere sårtilheling, autoantistoffer, komplementfaktorabnormalitet, lupuslignende syndrom, ødem, hetetokter, bakteriell infeksjon, tuberkulose, soppiinfeksjon, reaksjoner ved injeksjonsstedet, anafylaktiske reaksjoner. *Sjeldne (<1/1000)*: Blod: Pancytopeni, hemolytisk anemi, idiopatisk trombocytopenisk purpura, trombotisk trombocytopenisk purpura, agranulocytose. Gastrointestinale: Intestinal perforasjon, intestinal stenose, gastrointestinal blødning, pankreatitt. Hud: Psoriasis inkl. sykdomsdebut og pustuløs psoriasis (hovedsakelig i håndflaten/fotsålen). Lever: Hepatitt, hepatocellulær skade, gulsott, leversvikt, autoimmune hepatitt. Luftveier: Interstitiell pneumoni/fibrose, pleural effusjon. Neurologiske: Demyeliniserende lidelser (slik som multipel sklerose og optikusneuritt), Guillain-Barrés syndrom, neuropatier, nummenhet, transvers myelitt, kribling, krampeanfall, meningitt. Sirkulatoriske: Forverret hjertesvikt, nye tilfeller av hjertesvikt, sirkulatorisk svikt, takykardi, perikardeffusjon, vasculitt (primært kutan). Øvrige: Granulomatøs lesjon, anafylaktisk sjokk, serumsyke, opportunistiske infeksjoner slik som tuberkulose, atypiske mykobakterier, pneumocystose, histoplasmose, koksidomykose, kryptokokkose, aspergilliose, listeriose, candidainfeksjon, salmonellose, reaktivering av hepatitt B, hepatosplenisk T-cellelymfom (ungdom og unge voksne med Crohns sykdom), lymfom (inkl. non-Hodgkins lymfom og Hodgkins sykdom). Tilfeller av anafylaksilignende reaksjoner inkl. laryngealt/paryngealt ødem, alvorlige bronkospasmer og krampeanfall er vist å ha sammenheng med infliksimab-behandling. Følgende bivirkninger ble ved Crohns sykdom, rapportert hyppigere hos barn enn hos voksne: Anemi, blod i avføringen, leukopeni, rødming, virusinfeksjon, nøytropeni, benbrudd, bakteriell infeksjon og allergiske reaksjoner i luftveiene. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Det har vært gitt enkelt doser på opptil 20 mg/kg uten at dette har medført toksiske effekter. *Egenskaper:* *Klassifisering:* Kimært humant murint monoklonalt antistoff (IgG<sub>1</sub>). Virkningsmekanisme: Binder seg med høy affinitet til både løselige og transmembrane former av TNF $\alpha$  som fører til tap av bioaktiviteten til TNF $\alpha$ . Forhøyede konsentrasjoner av TNF $\alpha$  er funnet i leddene til pasienter med reumatoid artritt og korrelerer med forhøyet økt sykdomsaktivitet. Preparatet gir også en betydelig reduksjon i det vanligvis forhøyede nivået av serumbetennelsesmarkøren C-reaktivt protein (CRP) hos pasienter med Crohns sykdom. Behandlingen gir en reduksjon i antall celler som er i stand til å utskille TNF $\alpha$  og interferon- $\gamma$ , og reduserer infiltrasjonen av inflammatoriske celler i det angrepne området samt tilstedeværelsen av inflammasjonsmarkører på disse stedene. *Fordeling:* Hovedsakelig vaskulær. *Halveringstid:* 9½ dag. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C. Må ikke fryses. Den rekonstituerte oppløsningen er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer i kjøleskap. Oppløsningen inneholder ikke konserveringsmidler, og preparatet bør brukes så snart som mulig innen 3 timer etter blanding og fortynning. **Andre opplysninger:** Hvert hetteglass skal tilberedes med 10 ml vann til injeksjon vha. en sprøyte med en 21 gauge (0,8 mm) eller tynnere nål. Den totale dosen av den tilberedte oppløsningen fortynnes videre med natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml til 250 ml. Bruk et lavproteinbindende filter (porest. 1,2  $\mu$ meter eller mindre) under infusjonen. **Pakninger og priser:** Hettegl.: 1 stk. kr 6385,00. 3 stk. kr 19086,30. Pris per mars 2007.

Sist endret: 13.09.2007

**Referanser:**

- 1) Hsia E C et al. APLAR J Rheumatol 2006;9:107-18
- 2) Maini R et al. Lancet 1999;354:1932-9
- 3) Kane S et al. Aliment Pharmacol Ther 2006;24:1099-1103
- 4) Lichtenstein G R et al. Am J Gastroenterol 2004;99:91-6



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

# Samme utfordringer, ulike løsninger

EDINBURGH, SKOTTLAND: Utfordringene for det skotske helsevesenet ligner på dem vi har her hjemme, men noe er annerledes: Å få turnusen til å gå opp, eller å få 100 prosent stilling er ikke noe problem, i hvert fall på Royal Infirmary of Edinburgh.



NYTT: Sykehuset Royal Infirmary of Edinburgh fra 2004 flyttet fra lokaler i bykjernen til nybygg utenfor sentrum.

De skotske sykepleierne skal over en seks ukers periode i snitt, ikke overstige 37 og en halv times uker. De jobber tolv timers skift og annen hver helg. På den måten er turnusen grei å få til å gå opp. Det er heller ikke vanskelig å få full stilling, men på enkelte avdelinger er det en tøff oppgave å jobbe så lange vakter.

– Noen velger å gå ned i stilling. Spesielt ved akuttmottakene. Når man er ung klarer man det bedre enn når man begynner å dra på årene, sier Allison Bonney til Sykepleien. Hun har selv jobbet som sykepleier ved akuttmottaket ved Royal Infirmary of Edinburgh. Nå jobber hun i administrasjonen ved sykehuset.

**Overtid koster**

Legene har heller ikke lov å jobbe lenger enn 37 og en halv time i snitt over seks uker. Det stilles strenge krav til at de tar lovplagte pauser.

– De må registrere skriftlig at de har tatt de pausene de skal, på skjemaer som regelmessig gjennomgås. Dersom enkelte jobber lenger enn de skal, eller ikke har tatt de pausene de skal, koster det sykehuset penger – ikke minst i forhold til overtid, sier Bonney.

Med stram økonomi koster det sykehuset mer at leger jobber overtid, enn å sørge for at de har nok folk slik at de slipper å ta inn vikarer eller bruke overtid.

**Leier lokaler**

I 2004 stod det nye sykehuset like utenfor Edinburgh klart. Men det er verken staten, fylket eller kommunen som eier sykehuset.

– Vi leier bygningsmassen av private. Staten er pålagt å tilby innbyggerne gratis helsejenester, men ved å leie bygningsmassen slipper myndighetene å bruke penger på blant annet vedlikehold, forteller hun.



## Kan bli gransket

### ► – Kan sette presidens

Avgjørelsen om å utbetale yrkesskadeerstatning til en av sykepleierne kan bane veien for flere erstatninger. Det mener Henning Jakhelln, professor i arbeidsrett og ansatt ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo. Flere av de 16 sykepleierne som har fått kreft ved samme avdeling har søkt om yrkesskadeerstatning. Sykepleieren kjenner til ytterligere fem saker som ligger hos ulike forsikrings-selskap.

– Forsikringsselskapets standpunkt i den første saken vil være av betydning, blant annet fordi likebehandling er et viktig hensyn, påpeker Jakhelln. – Yrkesskade-forsikringsloven fastsetter at skade og sykdom, som i medhold av folketrygdloven er likestilt med yrkesskade, skal anses forårsaket i arbeid på arbeidsstedet i arbeidstiden, hvis ikke forsikringsselskapet kan bevise at dette åpenbart ikke er tilfellet. Det gjelder altså en omvendt bevisbyrde.

### – Må vurderes individuelt

Det er ingen automatikk i at alle får erstatning, selv om en har fått det, mener seniorrådgiver Morten Dagre i Arbeids- og inkluderings-departementet:

– I dag kan en yrkesskadet person ha rett til ytelser/erstatning etter folketrygdloven og yrkesskade-forsikringsloven. I begge lover stilles det krav til årsakssammenheng mellom den yrkesmessige eksponeringen og sykdommen. Om det foreligger årsakssammenheng i det enkelte tilfellet må bygge på en konkret og samlet vurdering av symptomer, sammensetning av symptomer, kunnskap om tidligere eksponering, kunnskap om tidligere arbeidsoppgaver, varighet på arbeidsforhold etc. Det er derfor ingen automatikk i at alle får erstatning, selv om en har fått det.

Stråleverdiene var godt under grensen. Legene fikk ikke kreft. Hvorfor fikk da så mange sykepleiere kreft på samme arbeidsplassen? Det kan gå mot gransking av mysteriet i Bergen.

Da kreftsaken på Haukeland ble kjent i fjor høst gikk Statens strålevern gjennom data på målinger helt tilbake til 1991. Alle viser verdier godt under årsdosegrensen, som er 20 mSv per år. Høyeste avleste årsdose ble målt til 10,79 mSv.

– Siden målingene vanligvis blir gjort utenpå blyfrakken, vil den reelle effektive dosen være cirka 5 - 20 prosent av dette, sier seniorrådgiver Anders Widmark i Statens strålevern.

Dermed er det et stort sprik mellom det målingene forteller, og en reell kreftfare som følge av stråling på arbeidsplassen. Statens strålevern fester på sin side lit til kontrollmålingene som viser at ingen av de kreftrammede sykepleierne ble utsatt for høye stråleverdier.

– Vi er trygge på at dosimetrene fungerer og at de viser den faktiske strålemengden ved bruk, sier Widmark.

Ifølge de samme målingene ble kardiologene ved avdelingen utsatt for høyere stråling enn sykepleierne. Likevel har ingen av legene fått kreft.

– Dette stemmer godt med vår erfaring. Legene står i de fleste tilfellene nærmere pasienten, hvilket er den store strålekilden, sier Widmark.

Han kjenner ikke til flere saker der et stort antall helsepersonell fra samme avdeling har fått kreft. En kardiolog skal imidlertid ha blitt tilkjent erstatning som følge av stråling. Etter det Sykepleien erfarer forklarte mannen at dosimeter ikke ble brukt forskriftsmessig i hans tilfelle.

### Vil ha møte

Helseministeren Sylvia Brustad vil ha et møte med Kreftregisteret og Helse Vest for å drøfte en mulig gransking av kreftforekomsten på Haukeland sykehus. Hun er villig til å drøfte finansieringen av et prosjekt som kan avdekke om det faktisk er en overhyppighet av kreft blant ansatte på hjerteavdelingen på Haukeland, og om dette i så fall kan skyldes overeksponering av stråling.

– Jeg ser at Kreftregisteret har sagt seg villig til å vurdere saken videre. Jeg kommer til å ta kontakt med dem og Helse Vest for eventuelt å ta en runde til med saken. Jeg vil også forhøre meg om hvilke behov det er for finansiell bistand, sier helseministeren til Sykepleien.

### Data mot risiko

Kreftregisteret ønsker å utrede dette, men mangler prosjektmidler.

– Vi vil gjerne diskutere mulighetene som finnes. Til nå har vi manglet ressurser til å kunne måle dosimeterdata fra Statens strålevern opp mot kreftrisikofaktorer. Det vil være aktuelt å se nærmere på dette, sier overlege Kristina Kjærum ved årsaksavdelingen på Kreftregisteret. Hun bekrefter at det kan være aktuelt med en større studie på landsbasis.

### – Viktig

NSF signaliserer også finansiell bistand:

– Jeg setter pris på at Kreftregisteret er åpne for å studere forekomsten av kreft ved hjerteavdelingen i Haukeland sykehus nærmere. Det er et spørsmål hvem som bør ha ansvaret for å finansiere et slikt prosjekt, men jeg er positiv til at NSF kan bidra til at studiet kan gjennomføres, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.



### Yrkesskade-forsikring

Lovpålagt. Dekker skader og sykdom nedfelt i loven I NAVs kapittel om yrkesskadeerstatning og Helsedepartementets «Forskrift om yrkessykdommer». Kriterier som må være oppfylt:

1. Sykdommen må være karakteristisk
2. Det skal være en rimelig sammenheng mellom aktuell påvirkning og sykdomsbilde.
3. Symptomene må være oppstått i rimelig tid etter påvirkningen.
4. Det skal ikke være mer sannsynlig at en annen sykdom er årsak til symptomene.

# Barth Tholens om lederskiftet

**Stilling:** Ansvarlig redaktør i Sykepleien

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



## Stilling impossible?

NSF skal ha en ny sjef. Det må bli en som kan levere.

Stillingen vil ikke bli utlyst på sykepleien.no. Men én ting er sikkert: Vedkommende bør ha kvalifikasjoner det virkelig skal lukte svidd av. Du blir ikke leder av landets fjerde største fagforbund hvis du har Mor Theresa som forbilde.

NSF har en tradisjon på ledere som ikke har vært redde for å knuse noen fordommer for å oppnå resultater. Det er når organisasjonen har vært mest militant at sykepleiere har innkassert sine største seirer. Men aksjonsvilje alene er neppe nok. NSF trenger et menneske ved rattet som forstår seg på makt. Du må vite hvor grensen går mellom det å

forsøke å lirke ting på plass og å gi motstanderne et realt spark bak. Du må kunne balansere mellom kirurgisk presisjon i det stille diplomatiet og å avfyre en granat i Dagsrevyen.

Fire kandidater har meldt sin interesse for å «hoppe etter» Slaatten. Hva må de være gode på?

En ny leder vil trolig bli målt på tre hovedkriterier: Vil vedkommende være i stand til endelig å tette lønnsgapet mellom sykepleiere og arbeidstakere i typiske mannsyrker med like lang utdanning i privat sektor? Klarer vedkommende å spikre sykepleierens status i fremtidens helsevesen? Og vil vedkommende være i stand til å skape en organisasjon som gir medlemmene bedre og raskere service?

Foto: Colounbox.com



Skal du bli ny NSF-leder, må du gi delegatene på landsmøtet tro på at du vil innfri på alle disse punktene. Men tro ikke at erfaring fra organisasjonsliv alene er nok og at du kan lære resten etter hvert. Hadde jobben vært utlyst hos oss, måtte du trolig ha dokumentert minst fem egenskaper til for å kunne gå rett inn i jobben:

### 1. Tanker

Skal NSF komme nærmere sine mål, må hele samfunnet gjennom dyptgripende endringer. Skal du bli leder av NSF, må du derfor ha nok kunnskap til å tenke stort og visjonært. Når gamle strategier ikke har virket, for eksempel i forhold til likelønn, beviser det at NSF må finne nye! Samfunnet er helt avhengig av at unge mennesker velger å bli sykepleiere. Her ligger nøkkelen en ny NSF-leder må bruke for å oppnå den statusen som profesjonen fortjener. Du må derfor være i stand til å utvikle en ny politikk som Stortinget og regjeringen ikke har råd til å si nei til.

### 2. Synlighet

Mediene er landets fjerde statsmakt, og du lykkes ikke i å oppnå dine mål som leder uten å beherske spillet om folks oppmerksomhet. Du må ha karisma. Slaatten har vært en slugger på alle kanaler. Du trenger ikke å være lik henne, men du kan ikke gå for mindre. Du må også framstå på en måte som folk flest «kjøper». Ikke bare må du bli hørt, men du må også

bli forstått og likt for at du skal få gjennomslag. Valla-saken viser at temperament alene ikke virker.

### 3. Nettverk

Du må ikke ha telefonskrekk i denne jobben. Skal du vinne NSF's sak, må det være like naturlig å ringe til statsministeren som til din egen mor. Du trenger et massivt nettverk av mennesker du kan snakke med for å komme i posisjon. Uten kontaktnett ingen resultater. Også i egen organisasjon må du ha en basis som gjør at folk finner deg når de trenger deg. Du må bli ringt til umiddelbart hvis det brenner et sted – i stedet for å først måtte lese de i avisen.

### 4. Energi

Det nytter ikke med visjoner, karisma eller nettverk hvis du ikke er en solid gjennomfører. De overordnede tanker må omsettes til konkret energi. Du må være lokomotivet i organisasjonen. Du må vite hvordan du skal bruke dine tropper og hvor du skal sette inn støtet. Verden skal oppfatte NSF som kampklar når det trengs.

### 5. Lite søvn

Sist, men ikke minst, skal du tåle lite søvn. Leser du punkt én til fire, forstår du at hver dag kan gi en ny krise, en ny utfordring eller noe du bare må reagere på umiddelbart. Du skal både styre målbevisst og improvisere i hverdagen. Det betyr at du ikke får tid til å dyrke dine hobbyer på en stund. Dagene blir helt fulle av ting du ikke har mulighet til å unngå.

Kan du alt dette? Da ønsker vi deg lykke til som ny NSF-leder!

FEST BARDUNENE: På tronen i NSF kan det blåse friskt.



## Hva er en tariffavtale og et tariffoppgjør?

Det er to tariffoppgjør:

**1.** Under hovedtariffoppgjør er tariffavtalen til forhandling. Det skjer annet hvert år (2008 er et hovedoppgjør). Hovedtariffavtalen regulerer lønns- og arbeidsvilkårene for NSF's medlemmer.

### 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 medlemservice. Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

Denne revisjonen er viet lønn. Har NSF klart å øke lønna til sykepleierne? Ja, men er det godt nok? Bør medlemmene være fornøyd med den jobben Bente Slaatten og Co har gjort siden 2004?

# Har fått lønn å leve av ... men menn har fortsatt mest

I gjennomsnitt har sykepleiere fått økt årslønnen med 30-50 000 kroner siden 2004. Likevel er ikke forbundslederen helt fornøyd.

NSF-leder Bente G. H. Slaatten har sammen med sitt forhandlingsteam kjempet for å oppfylle tariffkonferansenes vedtak i landsmøteperioden.

90-årenes slagord «En lønn å leve av» har blitt avløst av kampen for likelønn mot verdsettingsdiskriminering.

– Er du fornøyd med lønnsoppgjørene?

– Reallønnsveksten har vært god. Renten har vært lav, det samme har prisstigningen. Det betyr at sykepleierne har mer penger igjen etter at regningene er betalt, sier Slaatten.

Hun er likevel ikke fornøyd. – Problemet er at sammenlignbare mannsdominerte yrker har økt like mye. Lønnsgapet mellom kvinner og menn er like stort. Kvinner tjener rundt 80-85 prosent av det en mann tjener (se diagram side 26). Slik har det vært de siste 20 årene. I kroner og øre betyr det at en mann med like lang utdanning som en sykepleier, tjener rundt 100 000 kroner mer i året. Det er verdsettingsdiskriminering. Et så stort sprik får vi ikke gjort noe med i vanlig tariffoppgjør.

### Likelønnskommisjonen

Erkjennelsen av at det er umulig å få til likelønn under et vanlig tariff-

oppgjør, har gjort at NSF med god hjelp fra Unio har ivret etter å få plass i likelønnskommisjonen.

– Kommisjonen skal legge frem en plan for politikerne våren 2008. Den har vi store forventninger til, sier Slaatten.

I likelønnskommisjonens mandat står det: «Kommisjonen må legge til grunn at gjennomføringen av lønnsforhandlingene er partene i arbeidslivets sitt ansvar.»

– Betyr ikke det at kommisjonen ikke kommer til å si noe i sin plan om lønn?

– Jeg sitter i referansegruppen og har ved alle anledninger påpekt at dersom ikke kommisjonen sier noe om lønn, vil den ikke kunne krympe lønnsgapet.

### Trenger en plan

Under NSF's tariffkonferanser legges strategien forhandlingsteamet skal prøve å oppfylle. I denne perioden ble det bestemt at vanlige sykepleiere skulle prioriteres i KS-området, mens spesialsykepleierne skulle prioriteres i Spekter-området (tidligere Navo).

– Den strategien lyktes vi med. I KS ble grunnlønnen for vanlige sykepleiere økt i gjennomsnitt med 42 059 kroner i perioden 2004 til 2007, sier Slaatten. (Se tabell)

For Spekter-området er også økningen god.

– Grunnlønnen ble i gjennomsnitt økt med 39 247 kroner i samme periode for spesialsykepleierne, sier hun. (Se tabell)

Lønnsgapet mellom kvinner og menn består selv etter et par gode

tariffoppgjør.

– Å fjerne denne verdiskrimineringen krever mer enn et tariffoppgjør. Derfor setter vi vår lit til at likelønnskommisjonen legger frem en bra plan til politikerne, sier Slaatten.

### Strutsepolitikk

Arbeidsgivere innenfor de fleste sektorer i dag, sloss om arbeidskraften.

– Det burde føre til at kommunene også lokker til seg helsearbeidere med «gulrøtter». I stedet gjemmer de hodet i sanden som strutsen og håper det hele går over. Mens sykepleiere «fristet» med lave stillingsbrøker og lav lønn, loves bilmekanikere 50 000 i måneden mens ingeniørene nærmest kan be arbeidsgivere om hva som helst. I et slikt arbeidsmarked blir det ekstra vanskelig å tette lønnsgapet mellom kvinner og menn, sier hun.

Stadig lavere ungdomskull er en annen utfordring i årene fremover. Slaatten oppfordrer derfor kommunepolitikere til å få hodet opp av sanden og lage en strategi for hvordan de skal klare å rekruttere til omsorgssektoren.

### Vil politikerne har likelønn?

Ingen av dagens politikere ville finne på å si høyt at menn fortjener høyere lønn enn kvinner for arbeid av lik verdi. Lønnsforskjellene har bestått i årevis.

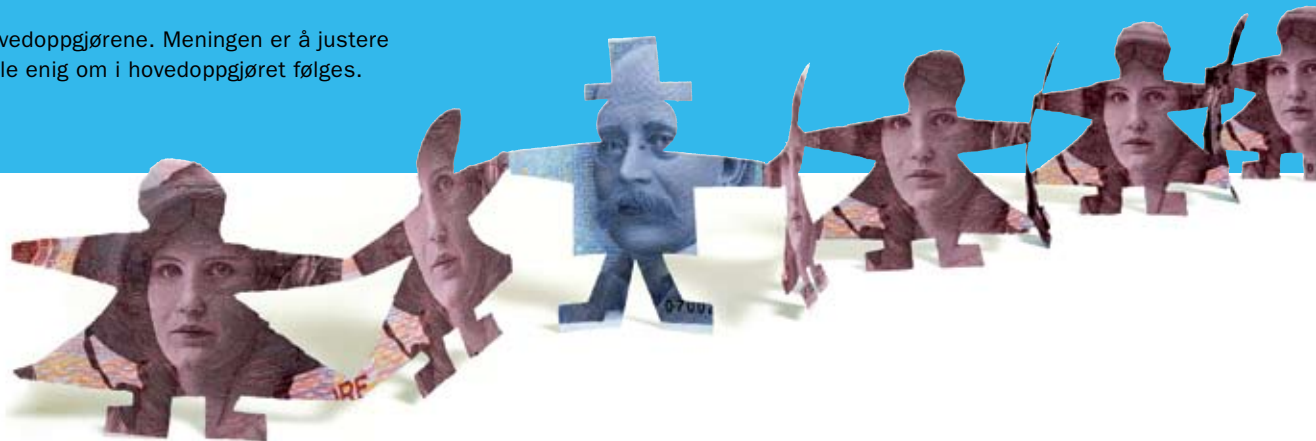
– Dersom de mener at det skal være lik lønn, hvorfor har de ikke gjort noe med det for lenge siden?

– Argumentene har frem til nå



Ved siden av arbeidsavtalen sikrer hovedtariffavtalen det enkelte medlems rettigheter i arbeidsforholdet.

2. Forhandlingene mellom hovedoppgjørene. Meningen er å justere litt slik at intensjonene man ble enig om i hovedoppgjøret følges.



# i pungen

vært at politikerne ikke skal blande seg inn i lønnspolitiske spørsmål. Det skal være en sak mellom partene i arbeidslivet, sier Slaatten.

Slaatten er ikke enig i argumentet. Hun mener politikerne er nødt å komme på banen dersom de virkelig ønsker å få gjort noe med lønnsforskjellene.

– Jeg forstår at vi ikke kan øke lønnen til alle kvinner med 100 000 kroner i løpet av et år. Det vil få uønskede konsekvenser for den norske økonomien. Det er ingen tjent med, sier hun.

Slaatten ønsker en plan over flere år hvor blant annet partene i arbeidslivet er enige om at enkelte grupper får mindre enn andre.

– Vi kan ikke ha et kvinneoppgjør et år, og neste år får mennene ekstra fordi kvinnene fikk sist. Da kommer vi aldri på samme lønnsnivå som menn.

Slaatten mener kvinner bør oppnå å tjene like mye som menn i løpet av ti år.

## Kvinner velger feil

Argumentet om at kvinner ikke bør velge omsorgsykker dersom de vil tjene penger, sjokkerer Slaatten.

– Å si at kvinner velger feil, er en farlig uttalelse. De som sier dette bør være sjeleglad for at såpass mange faktisk velger å jobbe i helsesektoren. Dersom kvinner begynte å velge annerledes ville det blitt katastrofalt. Ikke minst i eldreomsorgen med de utfordringene som kommer i årene fremover, sier hun.

Slaatten har også sine forventninger til den rødgrønne regjeringens statsbudsjett. I Soria Moria-erklæringen har den lovet å likestille turnus med skift.

– De har bare to år igjen å gjøre det på dersom den skal holde løftet sitt. Vi kommer til å minne politikerne på det om de skulle komme til å glemme det, sier hun med glimt i øyet.

## Milepæler

Slaatten har ledet sitt siste lønnsoppgjør. I november gir hun ledertrøyen til andre, men hun har noen tips til etterfølgeren.

– Til våren er det hovedoppgjør. Det må bli et likelønnsoppgjør. Likelønnskommissjonens rapport må følges nøye, og det vil bli mange tøffe diskusjoner rundt pensjon. Den nye ledelsen må stå på knallhardt og sette makt bak sine krav om nødvendig, sier hun.

Slaatten underslår ikke at det fremdeles er mye å gjøre på lønnsfronten.

– Spesialsykepleiere i kommuner,

spesielt jordmødre og helsesøstre, ligger fremdeles alt for lavt i lønn, sier hun.

## Historisk

– Hva er du mest stolt over å ha fått til i denne landsmøteperioden?

– KS-oppgjøret i 2006, kommer det spontant.

– Det var historisk. Lønnsrammen var på litt over 4 prosent. Sykepleierstillingene fikk en lønnsøkning på fire prosent, sier hun.

Hun mener dette resultatet i stor grad kom på plass takket være lokale forhandlinger.

– Når de lokale forhandlingene brukes klokt, kan man oppnå mye. Jeg tror aldri vi ville fått til et slikt resultat under sentrale forhandlinger. Å si nei til lokale forhandlinger mener jeg derfor er uklokt, sier hun.

tekst **Kari Anne Dolonen**

Spekter-Helse gjennomsnittsnivåer og utvikling					
Nivå grunnlønn	2004	2005	2006	2007	Grunnlønnsøkning i % 2004-2007
Sykepleier	282423	289264	299890	315449	11,7
Spesialsykepleier	323430	327899	341257	362677	12,1
Nivå lønn i alt	2004	2005	2006	2007	Lønnsøkning i alt i % 2004-2007
Sykepleier	317837	329007	341110	359669	13,1
Spesialsykepleier	354944	364262	377591	401511	13,1
Nivå tilleggslønn	2004	2005	2006	2007	Tilleggslønnsøkning i % 2004-2007
Sykepleier	35414	39743	41220	44220	24,8
Spesialsykepleier	31514	36363	36334	38834	23,2

NB: Tilleggslønn 2007 er anslått på bakgrunn av tidligere år. Kilde: Spekter

KS Gjennomsnittsnivåer og utvikling					
Nivå grunnlønn	2004	2005	2006	2007	Grunnlønnsøkning i % 2004-2007
Sykepleier	285744	291048	315792	327803	14,7
Spesialsykepleier	312768	320160	334092	346496	10,4
Nivå lønn i alt	2004	2005	2006	2007	Lønnsøkning i alt i % 2004-2007
Sykepleier	326976	332640	360804	374303	14,4
Spesialsykepleier	334128	341676	358332	371736	11,2
Nivå tilleggslønn	2004	2005	2006	2007	Tilleggslønnsøkning i % 2004-2007
Sykepleier	41232	41592	45012	46500	12,7
Spesialsykepleier	21360	21516	24240	25240	18,1

NB: Tilleggslønn 2007 er anslått på bakgrunn av tidligere år. Kilde: KS

## Fakta om likestillingsloven

Likestillingslovens paragraf 5 pålegger arbeidsgiver å lønne kvinner og menn på samme måte uten hensyn til kjønn. Loven sier at «kvinner og menn i samme virksomhet skal ha lik lønn for samme arbeid eller arbeid av lik verdi». Retten til lik lønn for samme arbeid eller arbeid av lik verdi gjelder for samme virksomhet og uavhengig av om arbeidene tilhører ulike fag eller om lønnen reguleres i ulike tariffavtaler. Revisjon lønn

## Spekter om NSF:

# – Litt svart-hvitt om likestilling

Hva mener Spekters (tidligere Navo) direktør Anne Kari Bratten om sin forhandlingsmotpart?

### – Hvordan opplever du NSF som motpart i lønnsoppgjør?

– I løpet av de siste tre årene har vi fått en god relasjon selv om det er temaer vi er uenige om. Vi har klart å gjennomføre tre lønnsoppgjør uten mekling og konflikt. Vi har heller ikke hatt arbeidsrettsaker de siste tre årene. Det vitner om at vi har fått en bedre forståelse og økt tillit til hverandre, sier direktør i avdeling for arbeidsliv i Spekter, Anne Kari Bratten.

### – Bør medlemmene til NSF være fornøyde?

– Vi har fra arbeidsgivers side prioritert sykepleiere, og sær-

lig spesialsykepleiere, i de siste lønnsoppgjørene. Om Sykepleierforbundets medlemmer skal være fornøyde, skal ikke jeg uttale meg om. Det må nesten medlemmene selv få uttrykke, svare Bratten.

### – Hvilke av NSF's argumenter er du mest uenig i?

– Først og fremst er det vel balansen mellom de lokale og de sentrale forhandlingene. Vi vil ha mer lokalt. Jeg kan også synes at NSF og Unio er litt for svart-hvitt-tenkende i argumentasjonen rundt likestilling. Litt for raskt konkluderes det med at ulikt syn på for eksempel arbeidstidsord-

ninger er et uttrykk for manglende verdsetting eller diskriminering. Spekter mener at enkelte saker er mer komplekse enn som så. Jeg vil imidlertid understreke at vi er enige i at det er viktig å ha et likestillingsfokus under lønnsoppgjørene, sier hun.

### – Er det ord og uttrykk du skulle ønske du slapp å høre igjen fra NSF?

– Egentlig ikke. NSF og Bente Slaatten balanserer sine argumenter godt i forhold til det hun ønsker å oppnå for medlemmene sine. Jeg er ikke enig i alt hun sier, men jeg forstår hvorfor hun

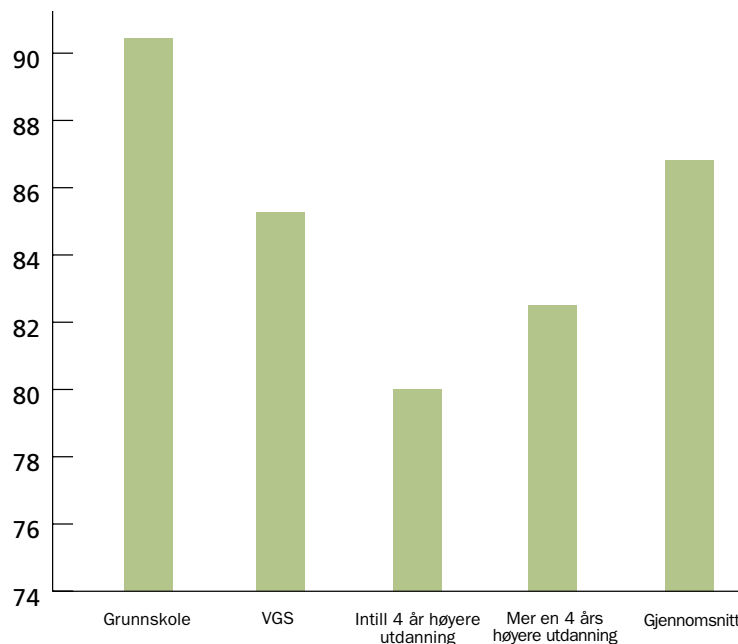
braker de argumentene hun bruker. Jeg kan ikke si jeg er lei av å høre enkelte argumenter om igjen og om igjen, sier Bratten.



SPEKTER-SJEF:  
Anne Kari  
Bratten

## Prosent av menns lønn

Søylene viser kvinners lønn i prosent i forhold til menns (100 %) på forskjellige utdanningsnivåer. Kilde SSB





## Kanskje ikke

– En etablert antagelse er at sentraliserte lønnsforhandlinger reduserer lønnsgapet mellom kvinner og menn. Men vi har ikke funnet noe i våre undersøkelser som underbygger dette synet, forteller Pål Schøne ved Institutt for samfunnsforskning.

## NHO om likelønn

– Det er ikke sikkert at det uforklarte lønnsgapet mellom menn og kvinner skyldes diskriminering. På den andre siden kan vi ikke se helt bort i fra det heller, sier spesialrådgiver Olav Magnussen i NHO.

# KS om NSF: – Plagsomme

Hva mener administrerende direktør i KS Olav Ullern om NSF?

### – Hvordan opplever du NSF som motpart under lønnsforhandlinger?

– Jeg opplever dem som krevende, og til dels plagsomme. Det er vel slik de fleste «motstandere» ofte oppleves, sier han tørrvittig.

– På noen områder deler vi lønnspolitiske mål. Der fikk NSF et komplement som de kanskje helst ville vært foruten, sier Ullern etterfulgt av en liten latteralve.

### – Bør medlemmene være fornøyd med NSF's jobb som forhandlere?

– Ja, absolutt.

Svaret kommer kontant.

### – Bruker NSF argumenter du er helt uenig i?

– Ja, generelt gjør de det. Dersom de fremdeles mener at lønnsforhandlingene skal sentraliseres er jeg spesielt uenig i det. Jeg er også uenig i at det skal legges statlige bindinger på hvordan kommunehelsetjenesten skal drives. Jeg tenker da spesielt på temaet bemanning. I motsetning til NSF mener jeg at vi i kommunehelsetjenesten har kommet langt i likelønnskampen, sier han.

### – Finnes det ord og uttrykk du aldri ønsker å høre mer fra NSF?

– Bemanningsnormer! Jeg gråter ikke om jeg aldri hører det ordet

mer, sier han og fortsetter:

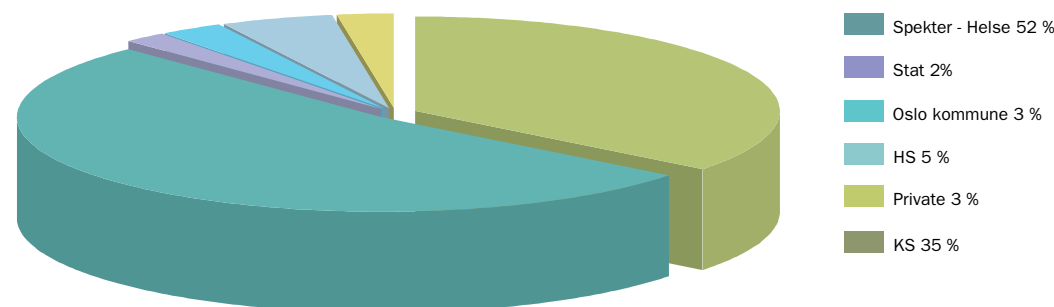
– Stort sett tåler jeg å høre det meste. Jeg opplever ikke at NSF har «hakk i plata». Det vi er opptatt av begge to er kvalitet. Det hører jeg gjerne mer om, sier han.

tekst **Kari Anne Dolonen**



KS-SJEF:  
Olav Ullern

## Hvor er medlemmene?



I KS forhandler NSF på vegne av 21 235 medlemmer. I Spekter - Helse er det 31 368 medlemmer, i staten 1 229 medlemmer, i Oslo kommune er det 1 578 medlemmer, i HSH området er det 3 004 medlemmer og i det private forhandler NSF på vegne av 1 512 medlemmer.

## En «god» sak

Et vennskaplig klapp på skulderen er godt å få. Men sykepleierne vil også bli verdsatt på andre måter.

**Lønn** er et konkret bevis på at arbeidsgiver mener alvor når det stadig snakkes varmt om et av velferdssamfunnets viktigste yrkesgruppe – sykepleierne.

Det er rett at sykepleierne har gått opp i lønn de siste årene. Det er ikke lenger snakk om «en lønn å leve av». Isolert sett går utviklingen i riktig retning. Men sammenlignet med mannsdominerte yrkesgrupper i privat sektor med tilsvarende utdanning går utviklingen i gal retning. Forskjellen bare øker. Vi snakker om over 100 000 kroner.

I årevis har forskere og tallknusere forsøkt å finne forklaringer på dette. Like lenge har NSF forsøkt å finne botemiddel.

I fjor presenterte barne- og likestillingsminister Karita Bekkemellem «Likelønnskommissjonen». NSF var en av pådriverne bak kommisjonen. Men mye tyder på at de kan bli skuffet. Man tetter ikke lønnsgapet på 100 000 kroner gjennom å endre fordelingen av fødselspermisjonen mellom mor og far, slik kommisjonen foreslår.

Dette enorme hullet kan heller ikke tettes gjennom et enkelt tariffoppgjør. Her må myndighetene på banen og si klart fra at lønnsforskjellene er uttrykk for en kjønnsdiskriminering som ikke lenger kan aksepteres. NSF har en «god» sak. Dagens forskjellsbehandling passer ikke inn i den norske velferdsmodellen.

Man må fortsette å påvise og få andre til å se urettferdigheten. Da vil organisasjonen stå sterkere hvis likelønnskommissjonen svikter og staten fortsatt skyver problemet over på partene i arbeidslivet.

Bjørn Arild Østby (red.sjef)

# Pasientene mener: Sykehusene dårligst på organisering

Sykehuset Østfold skårer lavest på organisering av sykehusets arbeid, mens Feiringklinikken får høyest skår, viser den store pasientundersøkelsen. PasOpp. Undersøkelsen er utført ved Kunnskapscenteret for helsetjenesten og ble offentliggjort i september.

Mens Sykehuset Østfold får en gjennomsnittsscore på 58, er Feiringklinikken oppe i 90 på spørsmålet om hvordan pasienten vurderer organiseringen av sykehusets arbeid. Landsgjennomsnittet er 68.

Også i forhold til hvordan pasienten vurderer pleiepersonalets og legenes dyktighet, kommer Sykehuset Østfold ut med lavest skår, mens Feiringklinikken har det høyeste tallet. På spørsmål om hvordan pasientene ser på sykehusoppholdet under ett, får Sykehuset Buskerud og Spesialsykehuset for epilepsi lavest skår, mens Feiringklinikken får høyest også her.

## Konkrete spørsmål

– Vi har korrigert for ulik pasientsammensetning, men stor ulikhet i pasientsammensetning ved sykehusene kan likevel gjøre det vanskelig å sammenligne sykehusene direkte,

sier forskningsleder for undersøkelsen, Øyvind Andresen Bjertnæs.

– Vi stiller konkrete spørsmål om pasientens erfaringer med sykehusene. Jo mer generelt man spør, jo mer tilfredse er pasientene. De er mer nyttig for sykehusene å få konkrete tilbakemeldinger på ulike områder, enn å få vite at pasientene generelt sier seg tilfredse.

## De fleste fornøyd

Pasientopplevelsene fra hele landet kan sies å være er positive, men delte – de fleste sier seg fornøyd med sykehusoppholdet, men har noe å utsette på måten arbeidet organiseres på.

– Ikke overraskende, sier Andresen Bjertnæs.

Han viser til at tidligere undersøkelser også viser at organiseringen og informasjon er de områder som har størst forbedringspotensiale sett fra pasientens perspektiv.

Spørsmålene om organisering gikk på hvorvidt pasienten opplevde at en lege var hovedansvarlig for dem, om de opplevde å bli tatt hånd om av en fast gruppe pleiere, og om de fikk inntrykk av at sykehusets arbeid var godt organisert.

Drøyt 15 prosent opplevde ikke i det hele tatt eller i liten grad at det var en fast gruppe pleiepersonell som hadde ansvaret for dem.

## Dyktige pleiere

Pasientene i undersøkelsen svarte at de opplever pleiepersonalet som faglig dyktige, omsorgsfulle og flinke til å snakke på en forståelig måte.

Rundt 20 prosent opplevde imidlertid at pleierne i noen, liten eller ingen grad hadde tid til dem når de trengte det. Pasientene svarte også at de hadde tillit til legens faglige dyktighet, og at sykehusets utstyr var i god stand.

## Dette er PasOpp:

- Kunnskapscenteret for helsetjenesten har utført den nasjonale brukerundersøkelsen PasOpp. Den har sett på erfaringene til voksne som har vært innlagt som heldøgns-pasienter i somatiske sykehus.

- Totalt 10912 pasienter svarte høsten 2006 på et spørreskjema



## Kostholdet til toåring

Mattilsynet og Sosial- og helsedirektoratet skal nå undersøke kostholdet til landets toåring. Hensikten er, som med kostholdsundersøkelser flest, å kunne følge utviklingen i befolkningens kostvaner. Foreldre til rundt tre tusen barn på to år blir nå invitert til å delta i den landsomfattende undersøkelsen Småbarnskost 2007.

## Misfornøyde leger

Halvparten av sykehuslegene i tidligere Helse Sør mener sykehusreformen har hatt negative effekter etter at staten overtok ansvaret. Det viser en undersøkelse presentert i Tidsskrift for Norsk Lægefagforening. Kun 18 prosent mener reformen har hatt positive effekter.

Sykehus	1. Organisering	2. Pleiepersonals faglighet	3. Legenes faglighet	4. Tilfredsstillende pleie og behandling	5. Sykehusoppholdet
<b>Landsgjennomsnittet</b>	<b>68</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>65</b>
<b>Helse Sør-Øst:</b>					
Lovisenberg Diakonale sykehus	72	80	83	82	67
Diakonhjemmet sykehus	67	77	80	80	65
Sykehuset Innlandet Hamar	67	82	80	78	64
Sykehuset Innlandet Gjøvik	67	77	75	78	61
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	71	83	81	82	68
Sykehuset Innlandet Lillehammer	66	79	78	78	63
Sykehuset Innlandet Tynset	78	87	84	88	72
Sykehuset Innlandet Elverum	66	80	77	82	65
Aker universitetssykehus	67	77	80	78	66
Ullevål universitetssykehus	66	77	80	80	62
Sykehuset Asker Bærum	62	76	77	75	65
Akershus universitetssykehus	64	76	78	76	61
<b>Sykehuset Østfold</b>	<b>58</b>	<b>73</b>	<b>71</b>	75	61
Martina Hansens Hospital	81	86	87	87	73
<b>Feiringklinikken</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>93</b>	<b>92</b>	<b>83</b>
Sunnaas sykehus	63	80	77	76	59
Reumatisesykehuset Lillehammer	82	87	82	86	76
Rjukan sykehus	79	86	82	89	76
Kongsberg sykehus	73	81	78	82	67
Notodden sykehus	73	82	82	85	71
Sørlandet sykehus Kristiansand	66	82	81	82	70
Sørlandet sykehus Arendal	70	82	80	82	66
Sørlandet sykehus Flekkefjord	73	83	82	83	71
Sykehuset Telemark	64	77	73	77	64
Sykehuset Telemark Kragerø	67	77	76	79	65
Sykehuset i Vestfold	64	79	79	80	68
Ringeriket sykehus	74	83	82	86	74
<b>Sykehuset Buskerud</b>	63	76	76	76	<b>58</b>
Rikshospitalet	71	80	84	82	68
Spesialsykehuset for rehabilitering	72	80	81	79	67
Radiumhospitalet	66	82	84	79	67
<b>Spesialsykehuset for epilepsi</b>	68	77	80	<b>73</b>	<b>58</b>
<b>Helse Vest:</b>					
Lærdal sjukehus	79	83	87	86	73
Førde sentralsjukehus	65	78	75	75	60
Nordfjord sjukehus	69	79	80	81	67
Haukeland universitetssjukehus	64	80	80	78	63
Voss sjukehus	74	83	82	83	70
Kysthospitalet i Hagevik	78	84	85	86	73
Stord sjukehus	65	79	75	77	64
Haugesund sjukehus	62	76	74	75	63
Odda sjukehus	65	77	73	81	60
Stavanger universitetssykehus	65	80	81	77	63
Haraldsplass Diakonale sykehus	70	80	81	83	68
Haugesund reumatisesykehus	75	85	85	86	69
<b>Helse Midt-Norge:</b>					
Ålesund sjukehus	63	78	76	76	60
Volda sjukehus	67	80	76	78	63
Kristiansund sykehus	70	79	81	82	66
Molde sjukehus	63	79	75	77	58
St. Olavs Hospital	69	81	82	82	69
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	65	78	74	76	60
Sykehuset Levanger	67	80	79	80	61
<b>Helse Nord-Norge</b>					
<b>Helgelandssykehuset Rana</b>	63	<b>73</b>	72	76	61
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	74	74	74	74	59
Helgelandssykehuset Mosjøen	64	84	82	87	73
Nordlandssykehuset Bodø	64	78	77	77	60
Nordlandssykehuset Vesterålen	67	80	78	79	63
Nordlandssykehuset Lofoten	64	74	74	76	61
Harstad sykehus	67	79	80	77	62
Narvik sykehus	62	74	77	76	61
Universitetssykehuset Nord-Norge	69	81	85	80	64
Hammerfest sykehus	65	79	77	79	68
Kirkenes sykehus	66	78	76	82	65

## Spørsmålene:

1. Hvordan vurderer du organiseringen av sykehusets arbeid?
2. Hvordan vurderer du pleiepersonals faglige dyktighet?
3. Hvordan vurderer du legenes faglige dyktighet?
4. Var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset, alt i alt, tilfredsstillende?
5. Hvis du ser hele sykehusoppholdet under ett, hvordan vil du vurdere sykehuset?

  = Høyeste skår

  = Laveste skår

## Hvordan lese tabellen?

Rundt 10 000 pasienter ved somatiske døgnavdelinger svarte høsten 2006 på følgende 6 spørsmål. De ble bedt om å svare på en skala der de fleste svarene er fra 1-5 (hvor 1 er «Ikke i det hele tatt» og 5 er «I svært stor grad»). Se hele rapporten på: [www.kunnskapssenteret.no/filer/PasOpp\\_0701\\_Hovedrapport.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/PasOpp_0701_Hovedrapport.pdf)  
Svarene er deretter transformert til en 0-100 skala hvor 0 er dårligst og 100 er best. Tabellen viser gjennomsnittsskår for det enkelte sykehus.



# Terje Carlsen om omskjæring

**Yrke:** Sosiolog og journalist

**Utdannelse:** te-carl@online.no



## Fremfor alt, ikke gjør skade!

Tall fra Unicef viser at 3 millioner jentebarn omskjæres i Afrika hvert år. Noen av dem er norske. Hvordan skal vi forholde oss til dette?

Ifølge forskningskoordinator i WHO, Elise B. Johansen, er det et økende problem at omskjæring spres til nye grupper, særlig i forbindelse med flukt og krig.

Praksisen med omskjæring foregår hovedsaklig i afrikanske land, og er ifølge NRK mest utbredt i det såkalte Nomadebeltet, fra Senegal i vest til Somalia i øst, og fra Egypt i nord til Tanzania i sør. Flertallet av muslimske land praktiserer ikke omskjæring, men praksisen forekommer i enkelte miljøer, også i Midtøsten. Man skiller blant annet mellom tradisjonen Sunna, en form for «begrenset omskjæring» av klitoris, og infibulasjon, som innebærer å fjerne store deler av kjønnsleppene og klitoris.

### SV på banen

I 1996 fikk Norge en lov som forbyr kjønnslemlestelse. Ingen er hittil blitt dømt for brudd på loven, enda praksisen ifølge NRK har vært omfattende i en årrekke. Den barbariske praksisen fortsetter, blant annet ved at foreldre tar med seg jentebarna til utlandet. Trolig er flere hundre jentebarn med afrikansk opprinnelse omskjært i eller utenfor Norge.

En NRK-reportasje som viste den barbariske praksisen har nå røyket ut SV. Partiet har hittil vegret seg sterkt mot å kritisere innvandrerbefolkningen. Men NRK-reportasjen som ble sendt i sommer ble for sterk, selv for SV. NRK hadde intervjuet ti omskjærere som sier at de til sammen har omskåret 185 norsksomaliske

jenter – de fleste av dem de siste to årene. Mye tyder på at norsksomaliske foreldre i stort omfang i en årrekke har reist hjem til Somalia i sommerferien, for i skjul å kjønnslemleste sine døtre. SV måtte reagere. Nå foreslår altså den alltid politisk korrekte SV-eren Inga Marte Thorkildsen underlivssjekk av alle jentebarn i Norge som botemiddel. Thorkildsen får støtte fra Likestillings- og diskrimineringsombud Beate Gangås. Hun ser også for seg en årlig helsesjekk av samtlige norske jenter.

– En årlig helseundersøkelse av alle barn vil bidra til å avdekke flere overgrep enn omskjæring,

og som derved gjør dem avhengig av medisinsk hjelp på livsområder som individet selv skal håndtere. Den medisinske forskningslitteraturen bekrefter Illichs poeng. Derfor har det siden Hippokrates dager vært et bærende prinsipp at all medisinsk intervensjon skal ha en solid medisinsk begrunnelse, og at den bare skal skje når sykdom, skade og død truer (Primum non nocere - fremfor alt, ikke gjør skade).

### Urimelig

Ifølge pasientrettighetsloven har derfor alle krav på alderstilpasset informasjon om grunnen til

undersøkelser ut fra en tanke om å unngå stigmatisering av de få, er urimelig. Her må det være mulig å få til målrettede tiltak mot dem det gjelder. En har i dag brukbar oversikt over hvilke grupper i befolkningen det er som er utsatt for kjønnslemlestelse.

### Misforstått snillhet

En målrettet innsats mot disse har også støtte i liberaletisk teori. En slik etisk teori har som sitt prinsipp at en medisinsk intervensjon bare er legitim ut fra om den er positiv i sin konsekvens (utility), altså om tiltaket er nyttig i forhold til det å skulle forhindre kjønnslemlestelse. Og det er ikke en omfattende underlivsundersøkelse av 300 000 norske jentebarn. En god hensikt sikrer nemlig ikke gode konsekvenser. Så selv om Thorkildsens hensikt om ikke å stigmatisere innvandrere er god, så er ikke derved konsekvensene gode. Misforstått snillhet er ikke alltid av det gode. Snillhet innfrir heller ikke de medisinske krav. Hvis faren for kjønnslemlestelse er stor, kan det være en medisinsk begrunnelse å følge opp med underlivsundersøkelser. Men slike undersøkelser må finne en form og en organisering som er akseptabel. Ellers kommer man ingen vei. Et samarbeid med kvinnegrupper i det somaliske miljøet kan være en vei å gå. Dessuten må man arbeide med afrikanske menns angst for den kvinnelige seksualiteten. Det er herfra grunnlaget for den barbariske praksisen stammer.

## Et samarbeid med kvinnegrupper i det somaliske miljøet kan være en vei å gå.

sier Gangås til Dagsavisen. Hun mener det vil være problematisk å foreta underlivssjekk av bare bestemte grupper, og at en slik sjekk bør gjelde for alle.

### Er dette fornuftig?

Den antiinstitusjonelle skribenten, historikeren og teologen Ivan Illich (1926-2002) har grundig beskrevet de mulig negative konsekvensene av slik medisinsk intervensjon. Den verste formen for skade er det Illich kaller kulturell iatrogenese, det vil si den ødeleggende virkning medisinsk intervensjon kan ha på grupper og enkeltindividens evne til å håndtere sykdom og død på,

undersøkelser, også barna. Argumentet fra venstresida om at også gutter må gjennom underlivsundersøkelse for å se om testiklene har funnet sin plass, holder ikke. Det er for å si det med barnelege Trond Markestad, leder i Rådet for legeetik, noe helt annet å forklare en gutt at vi må se etter at «steinene er i pungen der de skal være» enn å lempe en jentunge opp i en gynekologisk stol med begrunnelsen at noen jenter blir kjønnslemlestet. Dette vil måtte føles som et overgrep, og for å være forebyggende må det gjentas flere ganger i barneårene. Å utsette det store flertallet for slike

# Pasientens rett til å saksøke deg

Pasienter som er feilbehandlet kan søke erstatning hos NPE, men i noen tilfeller kan de saksøke deg som sykepleier.

Pasientskadeloven hindrer ikke at helsepersonell kan bli stevnet personlig. Men skal man saksøke en lege eller sykepleier, kan det ikke gjøres etter pasientskade-

lovens bestemmelser. Søksmålet må grunnngis i at helsepersonell har opptrådt uaktsomt, forklarer avdelingsdirektør i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), Jan Storvik.

## – Ikke vær redd!

Storvik mener sykepleiere og leger ikke trenger å være nervøse for at pasienter skal saksøke dem i hytt og pine.

– Jeg tror slike søksmål i ho-

vedsak vil bli reist når pasienten vil ha oppreisning. For å få det, må helsepersonellet ha utvist grov uaktsomhet. Det betyr at det må være et markert avvikt fra alminnelig god praksis, forklarer han.

## Kan ikke saksøke staten

Fra 2003 kom den nye pasientskadeloven. Der slås det fast at man ikke lenger kan saksøke staten, fylkeskommuner eller kommuner.

– Det betyr at å saksøke et statlig eid sykehus ikke er mulig. Saker som dreier seg om personlig svikt eller systemsvikt i offentlige helseinstitusjoner, er det vi i NPE som behandler. Dersom pasienten er uenig med vår avgjørelse, kan den påklages og eventuelt føres for retten gjennom å ta ut stevning mot Pasientskadenemnda, sier Storvik.

## Spørsmål fra leserne

### Erstatning ved diskriminering

Jeg leste i avisa om en mann som fikk 700.000 kroner i erstatning, etter han klaget på diskriminering ved ansettelse. Betyr det at de som blir diskriminert har rett på erstatning? I så fall, hvem er det som avgjør dette?

### Svar:

Den saken du leste om handler om en mann som mente han ble forbigått av en kvinne ved tilsetning til en dommerstilling. Han klaget saken inn for Likestillings- og diskrimineringsombudet. Vår uttalelse konkluderte med at Justisdepartementet handlet i strid med likestillingsloven, fordi de ikke kunne sannsynliggjøre at den mannlige og kvinnelige søkeren var tilnærmet like godt kvalifisert. Mer om selve saken finner dere på vår nettside. <http://www.ido.no/no/TopMenu/Uttalelser/2006/Kjonn/Dommer-forbigatt-ved-ansettelse/> Ombudet har ikke myndighet til å pålegge den som diskriminerer å betale erstatning. Det kan bare domstolene gjøre. I denne saken dannet ombudets uttalelse utgangspunkt for forhandlinger mellom partene om kompensasjon for forbigåelsen, hvor de ble enige om 700 000 kroner i erstatning.

Saken viser at en uttalelse fra ombudet kan gi grunnlag for en erstatning som dekker både økonomiske og ikke-økonomiske tap.

I noen saker har våre uttalelser ført til forlik som omfatter økonomisk kompensasjon. I andre tilfeller har vår behandling ført til oppjuste-

ring av lønn eller at en person som fikk andre arbeidsoppgaver etter foreldrepermisjon fikk tilbake sine opprinnelige oppgaver. Slike utenrettslige forlik registreres ikke, og holdes ofte hemmelig for alle andre enn partene i saken. Svært få saker som gjelder brudd på likestillingsloven er prøvd for de ordinære domstolene, og det skjer ingen systematisk publisering av domstolsavgjørelser.

Ombudet oppfordrer personer som opplever diskriminering å klage til ombudet. Denne saken viser at de også bør kreve erstatning for den usaklige forskjellsbehandlingen de har blitt utsatt for.

### Trakassering?

Jeg satt på pauserommet på jobben og pratet med en kollega. Jeg fortalte en historie om min lesbiske samboer. En annen kollega blanded seg inn i samtalen og kom med kommentarer om lesbiske jeg opplevde som negative. Etterpå merket jeg at jeg ble både lei meg og sint. Hva bør jeg gjøre?

### Svar:

Hvis du føler at kollegaen din kom med negative kommentarer mot deg fordi du er lesbisk, skjønner jeg at du reagerer. Det viktigste er hva du føler, ikke hva avsenderen har ment. Trakassering på grunn av seksuell orientering er definert som diskriminering og er forbudt jamfør Arbeidsmiljølovens § 13.

I Arbeidsmiljølovens § 2-3 står det også at den ansatte skal «sørge for at arbeidsgiver eller verneombudet blir underrettet så snart arbeidstaker blir kjent med at det forekommer trakassering eller diskriminering på arbeidsplassen».

Jeg vil derfor anbefale deg å snakke med lederen eller verneombudet og forklare hva som har skjedd. Lederen kan kalle dere inn til møte eller på annen måte sikre at saken blir tatt opp mellom dere som er innblandet. På denne måten får dere begge en sjanse til å forklare seg. Det er ikke sikkert at kollegaen din forsto hvordan hun såret deg eller at hun mente det hun sa negativt. Uansett så er det et lederansvar å hindre trakassering. Hvis du synes det er vanskelig å gjøre dette alene, vil jeg anbefale deg å be en kollega bli med deg. Hvis du trenger råd og hjelp kan du kontakte Likestillings- og diskrimineringsombudet. Vi kan også behandle din henvendelse som klagesak dersom du ønsker.

Ombudet har tatt initiativ til at kunnskap om og metoder for å hindre diskriminering blir en del av HMS-arbeidet i bedriftene. På den måten vil både arbeidstaker og arbeidsgiver være bedre forberedt på å håndtere slike saker.



Beate Gangås,  
Ligestillings- og diskriminerings-  
ombud

# Helsepersonell på metadon

Det finnes både helsepersonell og helsestudenter som går på metadon i Norge. Det er imidlertid helt tilfeldig om autorisasjonsmyndighetene får vite om dette.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh) bekrefter at de ofte får henvendelser fra helsepersonell og publikum om metadonbrukere som er helsestudenter.

– Vi har ikke statistikk over hvor mange henvendelser vi får, eller hvor stort problemet er, sier direktør i Safh, Per Haugum, som mener mørketallene på helsepersonell med rusproblemer er store.

## Tilfeldig

Safh gir autorisasjon til 28 yrkesgrupper.

– Grovt regnet er det 350 000 personer med autorisasjon i vårt register. Vi regner med at 5-10 prosent av den norske befolkning har et rusproblem. At helsepersonell er annerledes enn andre, er det ingen grunn til å tro, sier han.

– Det finnes heller ikke noe system for å fange opp disse personene. Det er helt tilfeldig om vi får høre om det. Helsepersonell som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) finnes det heller ingen oversikt over, sier han.

## Hva gjør du?

Høgskolen i Oslo har hatt studenter som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). De ba helsemyndighetene om råd for hvordan de skulle håndtere slike situasjoner og fikk svar fra Helsetilsynet.

NSFs studentleder Stian Skare forstår ikke at sykepleierhøgskoler finner problemstillingen vanskelig.

– For å få metadon må du ha et langvarig misbruk bak deg. Vi vet

i tillegg at 50 prosent av de som er på LAR har et tilleggsmisbruk. Særlig med Benzodiasopiner. Jeg vil ikke at en slik person skal ta seg av min bestemor, sier han.

## Skolens ansvar

Skare er også klar på hvor ansvaret ligger.

– Det er skolene som skal vurdere studentenes egnethet. Så ansvaret ligger der. Dersom en skole synes det er greit å utdanne metadonbrukere til sykepleiere, synes jeg det sier noe om skolens forståelse av hva metadon er, hvilken risiko helsepersonell på slike medisiner kan være for pasientene og folks tillit til helsevesenet, sier han.

## Lovens bokstav

Helsepersonelloven paragraf 57 sier at: «bruk av narkotika eller midler med lignende virkning kan gjøre helsepersonell uegnet til å utøve yrket forsvarlig og medføre tap av autorisasjon som helsepersonell.» (Lovverket om autorisasjoner revurderes nå av Sosial- og helsedepartementet. Se sak på neste side.)

– Statens helsetilsyn mener at bruk av opiater som hovedregel må anses som uforenlig med virksomhet som helsepersonell, skriver Helsetilsynet i sitt svar til Høgskolen i Oslo.

## – Ikke forenlig

LAR er et tilbud til rusmiddelmisbrukere som har hatt et langvarig, opiattdominert misbruk. Fagfolk er enig i at langvarig bruk av opiater blant annet medfører

reduerte kognitive ferdigheter.

– Når helsepersonell bruker vanedannende legemidler eller andre stoffer som fører til at funksjoner som koordinasjon, hukommelse, konsentrasjonsevne, kritisk sans og problemløsende evner svekkes, representerer de en sikkerhetsrisiko for pasienter. Bruk av slike stoffer anses derfor ikke å være forenlig med virksomhet som helsepersonell, lyder begrunnelsen fra Helsetilsynet.

## Risiko

Blant pasienter som deltar i LAR er det dokumentert en økt risiko for sidemisbruk. Denne risikoen vurderes som ekstra stor blant enkelte helsepersonellgrupper, spesielt sykepleiere, på grunn av lett tilgjengelighet til vanedannende legemidler både av gruppe A og B.

## To saker

Helsetilsynet har tilbakekalt autorisasjonen til to sykepleiere som deltok i LAR. Den ene har etter lang behandling uten sidemisbruk, fått begrenset autorisasjon på vilkår for å kontrollere hennes yrkesutøvelse.

## Plikt å si ifra

Helsepersonell og studenter har en plikt å informere sin arbeidsgiver, eller sitt praksissted dersom de går på medisiner.

Etter Helsetilsynets vurdering, har også skolene en plikt til å informere praksisstedene når de vet at en student deltar i et LAR-opplegg.

Vanligvis får praksisstedet



IKKE OVERSIKT: Direktør Per Haugum i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

tildelt studenter av utdanningsinstitusjonen. De kan ikke selv velge hvem de vil ha, eller på andre måter kvalitetssikre at studentene er egnede til å ha praksis i institusjonen. Helsetilsynet sier derfor at kvalitetssikringen og informasjonsplikten ligger hos høgskolene.

Praksisstedet kan så foreta en konkret vurdering av om det er forsvarlig å gi en student som deltar i LAR, praksis plass.

## Med rett til å gjennomføre

HiO spør også om hvordan de skal forholde seg til autorisasjonsmyndigheten dersom studenten har rett til å gjennomføre utdanningen.

Også her mener Helsetilsynet ansvaret ligger hos skolene og refererer blant annet til forskriften om skikkethetsvurdering.

Vurderingen skal være en helhetsvurdering av studentens faglige og personlige forutsetninger for å kunne fungere som helsepersonell. Bruk av metadon må inngå i en slik skikkethetsvurdering, skriver Helsetilsynet.

Helsetilsynet påpeker også skolens ansvar for å gi autorisasjonskontoret de opplysningene de trenger for å vurdere søkerens egnethet til å utøve yrket.





Illustrasjonsfoto: Colourbox

MISTE SKILTET? Ruset i går – på jobb i dag. Er det nok til å begrense autorisasjonen?

## Lettere å miste autorisasjonen

En sykepleier har et alkoholproblem, men skjønner arbeidet sitt. Bør det få konsekvenser for autorisasjonen?

Ja, mener Helse- og omsorgsdepartementet. Nei, mener Norsk Sykepleierforbund og Den norske lægeforening.

Helse- og omsorgsdepartementet jobber nå med å få inn et nytt punkt om begrenset tilbakekall av autorisasjonen i helsepersonelloven paragraf 56 og 59a. Forslaget har vært ute på høring, og er nå under behandling i departementet, før det sendes videre til Stortinget.

### Drakk i ferien

Ifølge lovforslaget kan helsepersonell som benytter seg av rusmidler – på fritiden – og hvor denne bruken kan antas å kunne bli en fare

for sikkerheten en gang i fremtiden, risikere begrenset tilbakekall av autorisasjonen.

Helsetilsynet har behandlet en sak om en sykepleier som i perioder misbrakte alkohol. Han hadde ikke ureglementert fravær, men tok blant annet ut feriedager i drikkeperiodene. Han var ikke observert beruset på jobb. Helsetilsynet konkluderte med at sykepleieren ikke kunne betegnes som uegnet til å utøve yrket, og de kunne derfor ikke tilbakekalle autorisasjonen.

Departementet mener at det i dette og lignende tilfeller er ønskelig å ha et ris bak speilet – for

eksempel å sette i gang kontrolltiltak. Sykepleieren ville da fått lov til å utøve yrket sitt på visse vilkår – for eksempel å delta i et behandlingsopplegg eller å følge opp kontrolltiltak satt i gang av arbeidsgiver.

### Liker ikke fritids-kontroll

Sykepleierforbundet (NSF) og Legeforeningen er sterkt kritisk til dette forslaget. NSF sier i sitt høringssvar at departementet går veldig langt i forhold til å kontrollere helsearbeideres fritid. Forbundet mener også at forslaget vil føre til at ansatte med behov for AKAN-hjelp vil bli mer tilbake-

holdne med å melde ifra om dette. Legeforeningen mener at begrensning i autorisasjon er en «inngripende sanksjon», og at lista for dette tiltaket er for lav i departementets forslag.

Dersom departementet får det som de ønsker, innebærer det også at helsepersonell som oppfører seg på en måte som «er egnet til å svekke tilliten» til helsepersonell, kan få problemer med autorisasjonen. Både Legeforeningen og NSF går imot dette.

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

# Camilla Crone Leinebø

**Alder:** 25 år

**Yrke:** Sykepleierstudent

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

**Utdannelse:** I høst tok hun fatt på andre året som sykepleierstudent i Bergen.

Hun skriver fast i Sykepleien Jobb om livet fra et studentperspektiv.



## En uvanlig skoletime

– Er dette kjedelig å høre på?, spør foreleseren på slutten av dagens andre time. Summingen i rommet fortsetter uten å henge seg opp i det en smule retoriske spørsmålet fra læreren.

Jeg setter nesten kaffen i halsen da en medstudent – helt ærlig, høyt og klart – sier at «Det er litt langtekkelig. Beklager å måtte si det».

Kaffen passerer nedover halsen og et lite hikst trenger gjennom strupehodet mitt. Følelsen av å bli pinlig berørt og fylt med en rar form for beundring strømmer gjennom meg på en og samme tid. Det er jo ingen som svarer på sånt i den settingen? Den som er med på leken får smake steken...

– Dette skal sitte i fingrene deres! Det høres kanskje absurd ut, men som dreven sykepleier kan man nesten lukke øynene og kjenne ut i fingerspissene hvordan ting skal føles og prosedyrer utføres deretter, sier læreren som veileder oss i øvelseslokalene.

Lukkede øynene ja... Noen himler med øynene. Jeg vet ikke hvor jeg skal gjøre av øynene mine når jeg klemmer på en diger pose mørkerødt glissent blod blodbanken aldri fikk brukt. Jeg presser den tykke massen inn i transfusjonssettet på riktig måte, og vet ikke

om det var det læreren sa som fikk enkelte til å rulle på øynene, eller synet av alt blodet. For mitt vedkommende var det sistnevnte. – Andre året er det mest krevende året i utdanningen, påpeker nok en lærer for n'te gang

En noe skummel øvelsesduke iført en svær hvit pasientskjorte ligger henslengt på en stol borti hjørnet. Jeg skvetter som vanlig litt av synet idet jeg entrer forelesningssalen, selv om jeg vet den har sin faste plass der. Ved siden av skrekfilmrekvisitten ligger det til en forandring masse forskjellige brosjyrer, magasiner, skjønlitteratur, avisartikler, fagbøker og filmer provisorisk utstilt.

Til felles har de at det handler om kreft.

– Uansett hvor dere skal i praksis vil dere møte mennesker med kreftsykdom, innledes dagens leksjon til en morgentrott forsamling.

Ikke visste jeg at en slik deprimerte opplysning skulle føre til en av de mest interessante, motive-

rende og rørende undervisningstidene jeg har hatt så langt i min sykepleierstudentkarriere.

På tavlen henger et avisutklipp med bilde av en kreftsyk gutt og hans venninne. Han ligger i en sykehusseng og begge smiler til fotografen. Tilstedeværelseslistene går omstendelig på rundgang i lokalet. Jeg signerer og bekrefter mitt nærvær mens læreren fortsetter med litt mer oppløftende fakta. Så mange som 60 prosent av de som får kreft blir friske. I dag skal vi møte en av dem. Gutten på bildet.

En ung kjekk gutt kommer trillende inn i klasserommet sittende i en rullestol. Sammen med en kreftsykepleier på posten han tilbrakte 14 måneder av livet sitt. Personen på avisfotografiet og den gutten som sitter foran hele klassen, kunne like godt ha vært to vidt forskjellige mennesker. Diagnosen var sarkom. En spesiell type benvevskreft. «Fordi jeg er ganske spesiell da», sier han med et lurt smil og dermed var vi alle sjarmert og ice-breakeren funket.

Stemningen er god, alle lytter konsentrert til dialogen mellom de to besøkende. De inkluderer oss og sjelden har vi vært så engasjert i en skoletime før. Spørsmålene er

mange og han svarer i vei, både på alvor og med latter, men vi vet alle at det er en dødsalvorlig undertone. Det vitner historien og bildene som blir vist om.

Nå er han frisk. Og har en opplevelse han vil dele med oss. Bare det i seg selv synes jeg er beundringsverdig, og vi føler oss heldige som får høre hans historie. Tenk hvor mye guts det krever å skulle stå foran en hel gjeng med folk på ens egen alder og skulle fortelle om opplevelsen av det å amputere et ben, deler av setet, få utlagt tarm og skulle kateterisere seg selv! Men så skjønner man jo ganske tidlig at dette er en fry med guts som få. Skoledager som denne gjør meg oppspilt og skremt på en og samme tid. Oppspilt fordi jeg forstår at jeg som fremtidig sykepleier kan bidra til og oppleve at svært syke mennesker blir friske. Skremt fordi det som ligger og venter på meg i praksis – og da vet jeg at særlig møte med syke mennesker på min egen alder vil være en av uttallige utfordringer – ikke alltid har en så oppløftende utvei som denne.

*Les Raymonds historie på [www.kreftsyk.no](http://www.kreftsyk.no)*





# Legemiddelinformasjon til pasienter

Enkle og lett forståelige informasjonssedler skal bedre informasjonen til pasienter ved Sykehuset Telemark.

Målet er at sedlene skal inneholde den «viktigste» informasjonen for riktig bruk, blant annet nytte kontra «vanlig» forekommende bivirkninger, spesielle symptomer man bør være særlig oppmerksom på med tanke på å kunne følge opp behandlingen på mest mulig måte og handle riktig hvis komplikasjoner skulle oppstå.

Bortsett fra Norsk reumatologisk foreningssedler om legemidler ved reumatiske sykdommer, finnes det lite tilgjengelig produsentavhengig, balansert materiell som er spesifikt tilrettelagt for pasienter. Pakningsvedleggene som er utarbeidet av produsentene, er oftest til liten nytte på sykehus. Og dessuten bærer de fleste pakningsvedleggene mer preg av å være kopi av Felleskatalogen med omfattende tekst og ofte vanskelig språk for folk flest.

Sykehusfarmasøyt ved Sykehusapoteket Skien har utarbeidet forslag til informasjonssedler, men også annet helsepersonell bør kunne gjøre dette. Forslagene sendes så til et bredt utvalg av aktuelle fagspesialister ved sykehuset før de til slutt godkjennes av legespesialist og blir lagt ut på sykehusets intranett. Fra sykehusets intranett er sedlene tilgjengelige for hele sykehuset og brukes aktivt av helsepersonell i informasjonsarbeidet,



## Cortison

Finnes som tabletter på 25 mg.

### Bruk:

Cortison tabletter brukes hovedsakelig ved kronisk binyrebarksvikt, for eksempel sykdom.

### Virkning/egenhet:

Binyrebarken lager normalt kortison etter signaler fra hjernen. Kortison er et hormoner som skal kunne fungere som den skal, og er særlig viktig hvis det er sykdommer, sykdom, får skader eller feber. Dersom det blir for lite av hormonet, kan det skade kroppen. Dersom det blir for mye, kan det skade kroppen. Dersom det blir for lite av hormonet, kan det skade kroppen. Dersom det blir for mye, kan det skade kroppen.

### Behandling:

Illustrasjon fra www.sthf.no/legemidler

fortrinnsvis i kombinasjon med tilrettelagt muntlig informasjon til den enkelte pasient. Sedlene har blitt så godt mottatt at det stadig er ønske om å få flere sedler.

Sykehuset arbeider også aktivt med å bedre samhandlingen med helsetjenesten utenfor sykehuset, blant annet ved å utvikle sykehusets nettsider, www.sthf.no. Legemiddel-informasjons-sedlene er nå lagt ut der, og er dermed også tilgjengelig for primærhelsetjenesten og pasienter utenfor sykehuset. Oversikten over tilgjengelige sedler finnes på nettsiden under «For pasienter og pårørende», eller »For helsepersonell» eller direkte under www.sthf.no/legemidler. Sedlene gir en stor mulighet for å samordne og bedre legemiddel-informasjonen, ikke bare internt innenfor sykehuset, men også eksternt. Sykehuset Telemark mottar gjerne innspill med tanke på å forbedre informasjonssedlene.

av **Turid Veggeland**, sykehusfarmasøyt ved Sykehusapoteket Skien

C MabThera Roche  
Antineoplastisk middel.  
ATC-nr.: L01X C02

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVEKKE 10 mg/ml: 1 ml inneholder: Rituximab 10 mg, natriumsulfat 735 mg, polysorbitat 80 mg, 0,7 mg.

Indikasjoner: Non-Hodgkins lymfom: Behandling av pasienter med stadium III-IV CD20 positivt follikkulercentrallymfom som er kjemoterapiresistent eller tilbakefall etter senere tilbakefall etter kjemoterapi. Behandling av tidligere ubehandlede pasienter med stadium III-IV follikkulercentrallymfom i kombinasjon med CVP kjemoterapi. Vedlikeholdsbehandling hos pasienter med residivert/refraktært follikkulercentrallymfom som har respondert på kjemoterapi inkludert infusjon av MabThera.

Behandling av pasienter med CD20-positiv, diffus, sjelden B-celle non-Hodgkins lymfom i kombinasjon med CHOP kjemoterapi. Reumatoid artritt: Behandling i kombinasjon med metotreksat hos voksne pasienter med alvorlig, aktiv reumatoid artritt som ikke har respondert tilfredsstillende, eller som har vist intoleranse, overfor andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. ett eller flere legemidler som hemmer tumornekrosefaktor (TNF). Dosering: Pasientene bør følges nøye mht. «cytokine release syndrom». Dersom pasienten utvikler symptomer på alvorlige reaksjoner, spesielt alvorlig dyspné, bronkospasme og hypoksi, skal infusjonen avbrytes umiddelbart. Infusjonen skal ikke settes i gang igjen for alle symptomer og resultatene av laboratorietester og røntgen er normalisert. Hvis de samme alvorlige bivirkningene opptrer på nytt, må det vurderes nøye om behandlingen skal avbrytes. Dersom det utvikles milde eller moderate infusjonsrelaterte bivirkninger, vil disse vanligvis reduseres ved at infusionshastigheten nedsettes tempovert. Ved bedring av pasientens symptomer kan infusionshastigheten økes igjen. Voksne: Non-Hodgkins lymfom: Anbefalt dosering ved monoterapi er 375 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate som i.v. infusjon 1 gang pr. uke i 4 uker. Anbefalt dosering i kombinasjon med CVP er 375 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate, i 8 sykler (21 dager/syklus) gitt på 1. dag av hver kjemoterapi-syklus etter i.v. injeksjon av kortikosteroidkomponenten i CVP. Ved residiv kan ny infusjonsbehandling gis. Pasienter som har respondert på inkludertbehandling med 375 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate hver 3. måned til sykdomsprogressjon eller i en periode på maks. 2 år. Ved diffus, sjelden B-celle non-Hodgkins lymfom skal preparatet brukes i kombinasjon med CHOP kjemoterapi. Anbefalt dose er 375 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate, i 8 sykler, gitt på 1. dag av hver kjemoterapi-syklus etter i.v. injeksjon av kortikosteroidkomponenten i CHOP. Bør administreres på sykehusavdeling med fullt resusitasjonsutstyr tilgjengelig og under nøye overoppsyn av erfaren onkolog/hematolog. Premedisinering med analgetikum og antihistamin (f.eks. paracetamol og difenhydramin) bør skje før hver infusjon. Premedisinering med kortikosteroider bør også vurderes. 1. infusjon: Anbefalt initial infusjons-hastighet er 50 mg/time, deretter kan infusjons-hastigheten økes med 50 mg/time hver 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Etterfølgende infusjoner: Gjentatte doser kan gis med en innledende infusjons-hastighet på 100 mg/time og økes med 100 mg/time hvert 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Reumatoid artritt: En behandlings-syklus består av 2 1000 mg i.v. infusjoner med 2 ukers mellomrom. Gjentatte behandlinger kan gis i 2. og 3. infusjons-syklus. Humant anti-chimerisk antistoff (HACA) utvikles hos noen pasienter etter den første syklusen. Forekomst av HACA kan være forårsaket av forverring av infusjonsreaksjoner eller allergiske reaksjoner etter den andre infusjonen av MabThera. Hvis det utvikles HACA etter den første infusjonen, bør det vurderes om det er nødvendig med administrering av ytterligere sykler. Dersom en gjentatt behandlings-syklus vurderes, bør den ikke gis tidligere enn 16 uker etter den forrige.

Bakgrunnterapi med glukokortikoider, salicylater, ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller analgetika kan fortsettes under behandlingen. Pasientene bør behandles med 100 mg i.v. metyprednison eller tilsvarende med jevnlig dosering for å redusere hyppigheten og alvorlighetsgraden av akutte infusjonsreaksjoner. Første infusjon av hver syklus: Anbefalt initial infusjons-hastighet er 50 mg/time, deretter kan infusjons-hastigheten økes med 50 mg/time hver 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Andre infusjon av hver syklus: Gjentatte doser kan gis med en innledende infusjons-hastighet på 100 mg/time og økes med 100 mg/time hvert 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Kontraindikasjoner: Non-Hodgkins lymfom: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Reumatoid artritt: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Aktiv, alvorlig infeksjon.

Alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse IV) eller alvorlig, ukontrollert hjertesvikt. Forsiktighetsregler: Generelle forsiktighetsregler: Infusjonsreaksjoner relatert til frigivelse av cytokiner og/eller andre kjemiske mediatorer kan forekomme. Premedisinasjon reduserer signifikant incidensen og av alvorlighetsgrad av disse hendelsene. Reaksjonene er vanligvis reversible ved reduksjon av infusjons-hastigheten, eller avbrytelse av rituximabinfusjonen, og administrering av et antipyretikum, et antihistamin, samt av og til også oksygen, i.v. saltvann eller bronkodilatorer med og uten glukokortikoider ved behov. Når symptomene er gått tilstendig tilbake, kan infusjonen i de fleste tilfeller gjenopptas med en 50% redusert infusjons-hastighet (f.eks. fra 100 mg/time til 50 mg/time). Anafylaktiske eller andre overfølsomhetsreaksjoner kan forekomme hos pasienter med i.v. administrering av proteiner. Legemidlet bør behandles med 100 mg i.v. metyprednison eller tilsvarende med jevnlig dosering for å redusere hyppigheten og alvorlighetsgraden av akutte infusjonsreaksjoner. Første infusjon av hver syklus: Anbefalt initial infusjons-hastighet er 50 mg/time, deretter kan infusjons-hastigheten økes med 50 mg/time hver 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Andre infusjon av hver syklus: Gjentatte doser kan gis med en innledende infusjons-hastighet på 100 mg/time og økes med 100 mg/time hvert 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Kontraindikasjoner: Non-Hodgkins lymfom: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Reumatoid artritt: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Aktiv, alvorlig infeksjon.

Tilberedt infusjonsoppløsning må ikke administreres som hurtig i.v. injeksjon eller som bolusinfusjon. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Ved non-Hodgkins lymfom: Pasienter med et høyt antall (>25 000/mm<sup>3</sup>) sirkulerende maligne celler, som kan ha høy risiko for å utvikle særlig alvorlig «cytokine release syndrome», bør behandles med meget stor forsiktighet og kun når andre terapeutiske alternativer er vurdert. Disse pasientene må følges meget nøye under hele 1. infusjon. Redusert infusjons-hastighet bør vurderes før i 1. infusjon hos disse pasientene. Akutt respirasjonssvikt kan være kombinert med lungeinfiltrasjon eller lungeødem, synlig på et røntgenbilde av lungene. Pasienter med redusert lungekapasitet eller med tilfelle av lungeinfiltrasjon med fullt utlagte infusjoner bør stoppes umiddelbart og behandles med fullt utlagte infusjoner etter fullstendig restitusjon har skjedd før til gjentatt «cytokine release syndrome». «Cytokine release syndrome» sammen med hypotensjon og bronkospasme er vanligvis reversible symptomer når infusjonen avbrytes, og det administreres et antipyretikum, et antihistamin, samt av og til også oksygen, i.v. saltvann eller bronkodilatorer med og uten glukokortikoider ved behov. Legemidlet må administreres med jevnlig dosering for å redusere hyppigheten og alvorlighetsgraden av akutte infusjonsreaksjoner. Første infusjon av hver syklus: Anbefalt initial infusjons-hastighet er 50 mg/time, deretter kan infusjons-hastigheten økes med 50 mg/time hver 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Andre infusjon av hver syklus: Gjentatte doser kan gis med en innledende infusjons-hastighet på 100 mg/time og økes med 100 mg/time hvert 30. minutt, til maks. 400 mg/time. Kontraindikasjoner: Non-Hodgkins lymfom: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Reumatoid artritt: Kjent overfølsomhet for preparatets innholdsstoffer eller overfor murine proteiner. Aktiv, alvorlig infeksjon.

Pasienter bør observeres nøye for tegn på infeksjon dersom biologiske legemidler og/eller DMARDs blir brukt etter rituximabbehandling. Immunmodulerende legemidler kan øke risikoen for malignitet. Basert på begrenset erfaring med rituximab hos pasienter med reumatoid artritt, kan på nærværende tidspunkt en mulig risiko for utvikling av solide tumorer ikke utelukkes. Interaksjoner: Pasienter med titere fra humant antimus antistoff eller humant antikimærisk antistoff (HAMAH/HACA) kan ha allergiske- eller overfølsomhetsreaksjoner ved behandling med andre diagnostiske eller terapeutiske monoklonale antistoffer. Graviddet/Amning: Overgang i placenta: Da IgG passerer placenta barrieren hos menneske, kan rituximab tenkes å forårsake tap av B-celler hos fosteret. Preparatet kan bare brukes under graviditet dersom fordelene for mor og barn oppveier risikoen for barnet. Fga. den lange retensjonstiden for rituximab hos pasienter med lavt antall B-celler, skal fertile kvinner bruke et effektivt antikonseptjonsmiddel under behandling og opp til 2 måneder etter avsluttet behandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes. Preparatet skal derfor ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Pasienter med høy tumorbelastning, definert som enkle lesjoner med diameter >10 cm, har økt forekomst av alvorlige (grad 3-4) bivirkninger. Infusjonsrelaterte bivirkninger som irrik, «cytokine release syndrome» opptrådte hos mer enn halvparten av pasientene og ble observert i løpet av første infusjon med rituximab, vanligvis i løpet av de første 2 timene. Disse bivirkningene omfatter primært feber og frysnings/rivstivhet. Andre symptomer er «flushing», angioedem, kvalme, urticaria/utslett, tretthet, hodepine, halsirrasjon, rhinitt, oppkast og tumormerter. I ca. 10% av tilfellene opptrådte disse symptomene etter gjentatte infusjoner. Mindre hyppige, men klinisk relevante, bivirkninger er kvalme, diaré, artralgi, anoreksi, asteni, økt svetteutslipp (spesielt om natten), herpes simplex, herpes zoster, lufteveisinfeksjon, metabolske: Angioedem, hyperglykemi, perifer dem, økt LDH, hypokalsemi, vekttap, hyperglykemi, hyperkolesterolem, Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalg, smerte, hypertoni, muskelspasmer, osteoartritt, Sentralnervesystemet: Svimmelhet, angst, parestesier, hypestesi, agitasjon, søvnløshet, sensorisk forstyrrelse, nevrositt, forvirring, Sirkulatoriske: Hypertensjon, takykardi, arytmi, postural hypotensjon, hjertesvikt, venetrombose, hjertesvikt, aritmier, lungeødem, Syn: Forstyrrelser i åretullsfunksjon, konjunktivitt, Øvrige: Asteni, kvalme, nysg og brystmerter, utslipp, frynser, hevelse i buken, smerte på infusjonsstedet, utstrekkelig kontroll av diabetes mellitus, øresmert, tinnitus, migræne, urinveisinfeksjon. Mindre hyppige: Blod: Koagulasjonsforstyrrelser, lymfadenopati. Hud: Sjeldne tilfeller av alvorlige bulløse infeksjoner, toksisk epidermal nekrolase med dødelig utgang, angioneurotisk ødem, generalisert pruritus. Lufteveier: Astma, lungeforstyrrelser, bronkitt med obliterasjon, bronkospasme, gispning, laryngødem. Nervesystemet: Neuropati, depresjon. Sirkulatoriske: Hjerteinfarkt, bradykardi, vaskulitt, Øvrige: Småkårforyrelser, lungeødem, alvorlig systol, nyresvikt, sjeldne tilfeller av serum-sykdomsliknende reaksjoner er rapportert. Sjeldne (<1/1000): Forlgående økning i serum IgM-nivåer ved Waldenstrøms mero globulinemi, hepatitt B reaktivitet. Egenskaper: Klassifisering: Genetisk fremstilt kimærisk mus/humant monoklonalt antistoff, som består av et glykosylert immunoglobulin med human IgG1 konstant region og murine variable regioner. Virkningsmekanisme: Bindes spesifikt til B-transmembranantigenet CD20 på B-celler og fører til B-celle lysis ved aktivering av pre-B- og modne B-lymfocytter. Rituximabs Fab-domene bindest til CD20-antigenet på B-lymfocytter og rekrutterer derved immunitære effektorfunksjoner til å mediere B-celle lysesjon. Mulige celle-lysesningsmekanismer inkluderer komplementavhengig cellulær cytotoxicitet (CDC) og antistoffavhengig cellulær cytotoxicitet (ADCC). Absorpsjon: Antistoffkonsentrasjonen i serum øker med økende dose. Gjennomsnittlig C<sub>max</sub> 29-41 μg/ml etter 2. infusjon. Serumkonsentrasjonen er negativt korrelert med tumorbyrde. Etter reumatoid artritt-behandling med 2 i.v. infusjoner på 1000 mg med 2 ukers mellomrom var gjennomsnittlig C<sub>max</sub> 370 μg/ml (intervall 212 til 637 μg/ml). Halveringstid: 68 og 190 timer etter hhv. 1. og 4. infusjon. Plasmaclearance: 0,9 ml/min etter 1. infusjon og 14,5 ml/min etter 4. infusjon. Rituximab er som regel detekterbar i 3-6 måneder. Etter reumatoid artritt-behandling med 2 i.v. infusjoner på 1000 mg med 2 ukers mellomrom er halveringstiden 20,8 dager, og gjennomsnittlig systemisk clearance 230 ml/dag. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Doførtynnet konsentrat beskyttes mot direkte sollys. Ferdig tilberedt infusjonsoppløsning bør brukes umiddelbart. Oppløsning er stabil i 12 timer ved værisstemperatur. Oppløsning er stabil i 24 timer i kjøleskap (2-8°C). Andre opplysninger: Hetteglass uten konserveringsmiddel til engangsbruk. Infusjonskonsentrat fortyrnes til en beregnet konsentrasjon på 1-4 mg/ml rituximab i natriumklorid 9 mg/ml eller glukose 50 mg/ml. Bland oppløsningen ved søk å vende posen for å unngå skumdannelse. Aseptisk tilberedelsesteknikk benyttes.

Pakninger og priser: Hettegl. 2 x 10 ml kr 5567,70, 50 ml kr 13867,60.

Sist endret: 01.09.2006



## Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

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



# Må skaffe sykepleiere selv

Reaksjonene uteble ikke da regjeringen for et halvt års tid siden foreslo å hente helsearbeidere fra utviklingsland til Norge. NSF var blant de som påpekte urimeligheten i å drive rekruttering fra fattige land som sårt trenger sine sykepleiere og leger selv. Selv om regjeringen med utviklingsminister Solheim i spissen gjorde rask retrett i saken, ble det iverksatt et arbeid i Sosial- og helsedirektoratet for å vurdere ulike sider ved internasjonal rekruttering.

Rapporten som nylig ble lagt frem konkluderer med at Norge skal være selvforsynt med sykepleiere, uten at vi rekrutterer fra fattigere land. Det er vi fornøyd med! Her går Norge foran og etablerer ny politikk. At helseministeren i tillegg nå tydelig sier at Norge skal være selvforsynt med helsepersonell er et viktig bidrag til debatten om internasjonal rekruttering.

Internasjonalt er det et stort dilemma at velstående nasjoner ikke er selvforsynt med helsepersonell, og at man i stedet rekrutterer helsepersonell fra fattigere land som selv har stort behov for denne kompetansen. Det er et paradoks at vi i Europa har ti ganger så stor tetthet av sykepleiere som i Afrika og Sørøst-Asia. Helsepersonellmangelen er global, og den er økende.

Den største utfordringen er å øke tilgangen til helsepersonell i fattige land, og sørge for at rike land ikke henter ut det mest kompetente helsepersonel-

let. Rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet legger et grunnlag for å jobbe bevisst med disse problemstillingene, både i bistandsarbeidet og i internasjonale fora. Dette er i tråd med innspill fra NSF, som også er anbefalinger fra International Council of Nurses (ICN). Samtidig stiller vi oss bak Sosial- og helsedirektoratet når de fastslår at Norge må utnytte eksisterende arbeidskraft bedre. Vi er egentlig godt rustet til å løse utfordringene, men det stiller store krav til en bevisst politikk. For eksempel har NSF lenge påpekt at Norge utdanner to sykepleiere for hvert sykepleierårsverk som utføres innenfor helsetjenestene. Deltid, arbeid utenfor helsetjenestene og sykefravær er viktige årsaker til at pasientene ikke får tilgang til den tilgjengelige sykepleierkompetansen som finnes.

Det holder ikke å ha en god utdanningskapasitet for sykepleiere når man ikke lykkes i å bruke sykepleierressursene i tilstrekkelig grad. Økt lønn i helsetjenestene, en bemanning som står i forhold til oppgavene og bevisst satsing på fagutvikling er viktige strategier for å rekruttere og beholde sykepleiere. I Dagens Næringsliv 13. september slo arbeids- og velferdsdirektør i NAV, Tor Saglie, fast at kampen om arbeidskraften kommer til å bli enda hardere. NAV påpeker at helse og omsorg er et pressområde, og dette særlig gjelder sykepleiere.

Allerede i dag har 7 av 10

kommuner få sykepleierstillinger, og Fafo oppsummerer at hele 40 prosent av kommunene allerede nå mangler kompetente søkere til ledige stillinger. Med tanke på at det eksisterer en stor arbeidskraftreserve blant sykepleiere, viser rekrutteringsproblemene at arbeidsvilkårene ikke er attraktive nok. Det er på tide å tenke nytt. Det er tydelig at faktorer som virket rekrutterende i går, ikke fungerer i dagens og morgendagens arbeidsliv.

Mye vil avhenge av om helsetjenesten klarer å få bukt med

ufrivillig deltid, midlertidige ansettelser, høyt sykefravær, høy uføregrad og lavt lønnsnivå. Derfor forventer vi at regjeringen allerede i Statsbudsjettet som legges frem i disse dager har lagt inn midler for å utvikle mer konkurransedyktige, attraktive og fremtidsrettede arbeidsplasser i helsetjenesten.

*Bente G. H. Slaatten*



SLØSING: Vi utdanner to sykepleiere til en sykepleierstilling. Det må vi gjøre noe med i stedet for å snakke om rekruttering fra andre land, mener Slaatten. Arkivfoto: Stig Weston.

# Du kan se landsmøtedebattene!



SE PÅ NETT: Debattene fra årets landsmøte overføres på nett – her fra forrige landsmøte der Bente G. H. Slaatten utfordrer rikspolitikere.

I år formidler Norsk Sykepleierforbund (NSF) film fra landsmøtesalen på nett! Alle debatter blir lagt ut fortløpende på NSF's nettsider.

Årets landsmøte finner sted 7. – 10. november. I tillegg arrangerer NSF en likestillingspolitisk dag 6. november, der landsmø-

tedegatene får anledning til å sette likestilling på dagsorden.

NSF's nettsider blir fortløpende oppdatert med siste nytt fra landsmøtet etter hvert som det foreligger vedtak, valgresultat og resolusjoner. På denne nettadressen: [www.sykepleierforbundet.no/LM2007](http://www.sykepleierforbundet.no/LM2007) kan du holde deg oppdatert på alt som skjer. Allerede nå kan du lese hvilke saker som ligger til behandling, se på kandidatene som skal velges til ulike verv og se

hva som ble besluttet på forrige landsmøte.

## Nytt: Film fra salen

Nytt av året er at NSF publiserer filmopptak fra landsmøtesalen. Opptakene legges ut slik at du kan se debattene like etter at de har funnet sted.

Om du har en favoritt til forbundsledervervet – eller bare er nysgjerrig på hvordan valget går – så kan du altså følge med bortimot «live» på egen PC.

## Slakter rødgrønn yrkesskadeordning

– Jeg er kraftig provosert over at regjeringen ikke rydder opp i den kjønnsdiskriminerende yrkesskadeordningen, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten. Norsk Sykepleierforbund (NSF) slakter forslaget til ny yrkesskadeordning.

– De rødgrønne vil videreføre et kjønnsdiskriminerende regelverk. Her skal kvinner som skades av

yrkeslivet fortsatt være salderingspost i budsjettene, mens skader og sykdommer knyttet til mannsdominerte yrker og arbeidsplasser beholder sin forrang. Dette er uhyre pinlig for en regjering som flagger likestilling høyt, sier Slaatten.

Regelverket for yrkesskader har gjennom mer enn et tiår vært omdiskutert, blant annet fordi langt flere menn enn kvinner får godkjent yrkesskader. For eksempel er kvinner langt mer utsatt for belastningslidelser i skjelett eller muskler, men slike skader fra yrkeslivet er ekskludert i regelverket. Unntaket er «sykdommer i armer og hender som er forårsaket av vibrasjoner fra arbeidsmaskiner og verktøy» – altså tradisjonelt mannsarbeid.

NSF har i over et tiår understreket overfor vekslende regjeringer at kvinner diskrimineres i yrkesskadeordningene. Da det i fjor ble klart at regelverket knyttet til yrkesskade skulle revideres fremstod det derfor som en selvfølge at forskjellsbehandlingen mellom kvinner og menn måtte løses. Dette ble også uttrykt både fra NSF og Fagforbundet i et møte med departementet.

## NSF på nett

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

### NSF om statsbudsjettet:

5. oktober legges statsbudsjettet for 2008 frem. NSF følger saker av interesse for våre medlemmer, og publiserer umiddelbare reaksjoner og høringsdokumenter til Stortingskomiteene på nett. Følg med på [www.sykepleierforbundet.no/statsbudsjettet](http://www.sykepleierforbundet.no/statsbudsjettet)

### «Det nytter» å bryte med rus

– Jeg håper «Det nytter» kan inspirere flere ut av rusavhengighet. Dessuten sitter deltakerne på verdifull erfaring som både politikere og helsetjeneste bør ha interesse av å trekke veksler på, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten etter å ha vært tilstede på lanseringen av «Det Nytt Kartoteket» i Oslo Rådhus.

### Vil ha nasjonal abortklagenemnd

NSF går inn for å erstatte dagens fem regionale abortklagenemnder med én sentral klagenemnd. – Vi mener prinsippet om likebehandling ivaretas best gjennom å sentralisere ordningen, sier forbundsleder Slaatten.

### – Omsorgsboliger, falsk trygghet

Omsorgsboliger er dårlig egnet for de skrøpeligste og demente eldre. Det kommer fram i en intervjustudie Sintef har gjort i tolv kommuner på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund (NSF).

### Selvforsynt med sykepleiere

Norsk Sykepleierforbund er positive til at Norge skal være selvforsynt med sykepleiere. – SHDir har levert en konstruktiv rapport om rekruttering av helsepersonell, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

## LANDSMØTE '07

## Se kandidatene i Sykepleien

NSFs landsmøte åpner 6. november. Da fristen for å foreslå kandidater utløp i september, manglet det forslag på fire kandidater til medlemmer av nominasjonskomiteen og én til forbundsstyret. Her er fristen utsatt til **5. oktober**.

**Asbjørg Tåtøy**, tidligere kandidat til forbundsstyret, **har trukket seg**.

I forrige nummer av Sykepleien skrev vi at **Bodil Runde** er kandidat til forbundsstyret. Det er hun ikke. Derimot er hun kandidat som medlem av **kontrollutvalget**.

Alle kandidatene er mer utfyllende presentert på NSFs nettsider: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no).

## Kandidater til forbundsstyret:

## – Har gjennomslagskraft

**Sigfrid Stendahl** er en dreven sykepleierleder, etter å ha steget i gradene ved medisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet, Lillehammer siden hun begynte som avdelingssykepleier der i 1979. De siste fem årene har hun vært tillitsvalgt for sykepleierledere. I denne faggruppen har hun vært aktivt med siden 80-tallet.

Hun er opptatt av grunnbemanningen, likestilling

og stillingsbrøker, og har deltatt i mange prosjekter. Stendahl har også deltatt i NSF's ledersatsning «God på fag og helse».

Av forslagsstilleren NSF Oppland beskrives hun som faglig engasjert og organisasjonspolitisk sterk med særlig fokus på likestilling. Hun er tydelig, ærlig og direkte.

## – Nær praksisfeltet

**Marit Waag** har i mange år jobbet som sykepleier i Skodje kommune, men har også vært innom Høgskulen i Ålesund som høyskolelærer. Siden midten av 90-tallet har hun vært vara eller medlem av fylkesstyret i Møre og Romsdal. Dette styret foreslår nå at hun får en plass i forbundsstyret. Waag har også mange år som tillitsvalgt bak seg.

Forslagsstilleren påpeker at hun representerer grunnplanen og organisasjonen. Hun ser det samme

i sin hverdag i distrikts-Norges kommunehelsetjeneste som mange av organisasjonens medlemmer. Og hun evner å se sammenhengen mellom de daglige utfordringene i arbeidslivet og den overordnede politikken i NSF.

Etter å ha undervist studenter en periode, er hun blant annet opptatt av utdanningen og kvaliteten på praksisen.

## – Kjenner flerkulturelle Finnmark

Psykiatrisk sykepleier **Åse Mathisen Holberg** har vært tillitsvalgt i mange år. Forslagsstiller NSF Finnmark betrakter henne som en faglig sterk ressursperson med et samfunnsmessig engasjement. Lang erfaring fra psykiatrien i det flerkulturelle Finnmark gir henne en ekstra kjennskap til utfordringene i distrikts-Norge. Hun jobbet noen år med barnepsykiatri, men

er nå ved DPS Tana og jobber med voksne pasienter.

Selv fremhever hun sin interesse for arbeidsmiljø og lønnspolitikk. Hun er spesielt opptatt av det flerkulturelle i helsevesenet, noe som bunner i erfaringene fra Finnmark og sin egen samiske bakgrunn.

## Kandidater til rådet for sykepleieetikk:

## Særlig opptatt av syke eldre

**Aud Moe** er denne perioden varamedlem i rådet for sykepleieetikk, og vil gjerne fortsette som medlem. Hun har bakgrunn fra geriatrien og har jobbet ti år på sykehjem. Nå er hun høyskolelærer ved Høgskolen i Levanger.

Moe har hatt forskjellige verv i NSF Nord-Trøn-

delag, som nå foreslår henne til rådet. Selv er hun svært opptatt av eldreomsorg og hvordan syke eldre ivaretas. Hun er aktiv i diskusjoner om etiske problemstillinger og har skrevet innlegg og kroniker i media.

## – Har sterk sykepleieridentitet

Også **Grethe Ørnevik** har vært vara i rådet denne perioden, og ønsker seg inn som fast medlem. Hun jobber nå som hygienesykepleier på Sørlandet sykehus i Kristiansand, der hun også har vært tillitsvalgt. Hun har grunnfag i psykologi og kristen-

dom og kurs i filosofi og etikk.

Forslagsstiller NSF Vest-Agder fremhever at hun har en sterk sykepleieridentitet og glød og engasjement for faget og pasienten. Hun ble «Årets sykepleier» i Vest-Agder i 2003.



## Kandidater til nominasjonskomitéen:

### – Ber sykepleiere ta makta

**Ellen Beccer Brandvold** har sittet i forbundsstyret i to perioder. Når hun nå går ut, vil hun bruke sin lange erfaring fra organisasjonen i nominasjonskomiteen.

Hun har jobbet som sykepleier på Bærum og Sunnaas sykehus og Rikshospitalet. Nå har hun nettopp blitt kommunalsjef i

Nesodden kommune. Før hun kom inn i forbundsstyret, var hun engasjert i NSF som tillitsvalgt. Hun har et sterkt faglig fokus og ivrer for at sykepleiere skal søke stillinger med makt og beslutningsmyndighet, påpeker forslagsstillerne NSF i Oslo og Akershus.

### – Ser sammenhenger

**Irene Kronkvist** blir foreslått av NSF Buskerud, som mener hennes evner til å se sammenhenger og relasjoner er viktig for nominasjonskomiteen. Selv trekker hun frem sitt store nettverk og kjennskapet til organisasjonen

opparbeidet gjennom mange år som tillitsvalgt på forskjellige nivåer.

Kronkvist har jobbet i hjemme-sykepleien og i psykiatrien. Hun er nå konserntillitsvalgt for Unio i Helse Sør-Øst.

### – Ser muligheter

**Eli Rygg** har også lang erfaring fra NSF som tillitsvalgt og nestleder i NSF Oslo. Hun har vært medlem av nominasjonskomiteen siden 2001, og vil gjerne fortsette. Hun er foreslått av både NSF i Oslo og Akershus, som fremhever hennes evne til

å se kompetanse, muligheter og ressurser hos dem hun treffer.

Rygg er nå klinikk-sjef og seniorrådgiver på Sunnaas sykehus, men har tidligere jobbet på Vor Frue, Lovisenberg sykehus, i Østnesbygd i Oslo og tre år i Portugal.

### Ung komet

Fra **Ann Iserid Vik** gikk på videregående skole på 90-tallet har hun hatt tillitsverv, først som elev-rådsleder. Så var hun aktiv i NSF Student og var studentrepresentant i fylkesstyret i Sør-Trøndelag. Som ferdig utdannet ble hun raskt tillitsvalgt. Nå er hun nestleder i

fylkesstyret i Telemark og dessuten foretakstillitsvalgt ved Sykehuset Telemark. Hun har også jobbet som ortopedisk sykepleier noen år.

Forslagsstiller NSF Telemark trekker fram at hun tross ung alder har bredt nettverk og lang organisasjonserfaring.

### – Gir meg ikke ennå

**Bente Marie Andreassen** har sittet i nominasjonskomiteen denne perioden og vil gjerne fortsette. Hun er anestesisykepleier ved Hammerfest sykehus. Hun har mange års erfaring fra NSF, blant

annet som fylkesleder i Finnmark, og har fortsatt «et inderlig ønske om å være med i videre utvikling og påvirkning i vår flotte organisasjon», som hun selv sier. Hun foreslås av NSF Finnmark.

## Kandidater til kontrollutvalget:

### – Ser de store linjene

Operasjonssykepleier **Gro Frøisland** er eneste kandidat til ledervervet i kontrollkomiteen. Hun har også utdanning i ledelse og helserett og har jobbet i forskjellige stillinger i Hedmark, nå som rådgiver i ledelsen ved kirurgisk avdeling i Lillehammer i Oppland. Lang erfaring fra

ledelse og som tillitsvalgt, samt personlige egenskaper gjorde at fylkesleder i Oppland ba henne stille som lederkandidat.

### – Kan styre penger

**Thorbjørn Avsnes** har erfaring fra personalledelse og økonomistyring. I tillegg har han vært tillitsvalgt i NSF siden 80-tallet. Han jobber nå som rådgiver i Telemark fylkeskommune. Tidligere jobbet han som barnesykepleier

på Haukeland sykehus. Forslagsstiller NSF Telemark mener særlig hans ledelseerfaring og kunnskaper om økonomistyring er en god bakgrunn for en plass i kontrollutvalget.

### – Holder hodet kaldt

**Inger Magnusson Hauge** ønsker seg inn i kontrollutvalget på grunn av stor interesse for økonomi og hvordan økonomiske ressurser brukes. Hun har jobbet i forskjellige stillinger siden sykepleierutdanningen i Stockholm på 70-tallet. De fleste har vært

lederstillinger og innen undervisning. Nå er hun ved Haugesund sykehus som seksjonsleder på medisinsk klinikk og er foreslått av NSF Rogaland.

### – Stiller opp med glede

**Irene Feet** har jobbet ved kirurgiske og psykiatriske avdelinger til hun ble fagsjef i NSF i 1996, og etter det seniorrådgiver til 2003. Hun har også erfaring fra Oslo fylkesstyre og som tillitsvalgt. Nå driver hun eget firma som veileder og coach innen hel-

setjenesten. Hun stiller opp med glede og vil gjerne gjøre en god jobb for NSF. Hennes erfaring fra styrearbeid og politisk virksomhet gjør henne godt egnet til en plass i kontrollutvalget, mener forslagsstiller NSF Buskerud.

### – Tydelig i sin tale

**Reidun Åsland** er fylkesleder i Vest-Agder og foreslås av NSF i samme fylke. Hun har bakgrunn fra handel og administrasjon ved siden av sykepleien og har jobbet med begge deler i Kenya og Tanzania

for Norsk Luthersk Misjonssamband i mange år. Hun har også jobbet som psykiatrisk sykepleier på Sørlandet. Hun beskrives av forslagsstilleren som engasjert og tydelig, og en glimrende kandidat.

Pleiestiftelsen for Spedalske no. 1 sto ferdig i Bergen i 1857.

## Pleie av spedalske

Pleiestiftelsen i Bergen var flaggskipet for 1800-tallets offentlige lepraarbeid. Sykehuset hadde sengeplass for 280 spedalske fordelt på 40 sjumannsrom. Pleiestiftelsen var i drift fram til 1957, da Statens attføringsinstitutt tok over. I dag huser bygningen Medisinsk fødselsregister ved Universitetet i Bergen.

Pleiestiftelsen har fra det sto ferdig for 150 år siden vært viet arbeidet mot folkesykdommer. Først den relativt lite utbredte, men alvorlige og skremmende lepraen. Siden den langt mer utbredte tuberkulosen.

– Helt fram til 1960-tallet var det

noen få lepra- og tuberkulosepasienter igjen på pleiestiftelsen. Et par leprapasienter var også ansatt som personale ved Attføringsinstituttet, forteller professor i medisinsk historie, Aina Schiøtz, til UiBs internavis «På høyden».

– Bergenserne var en smule skeptiske til bygget, da det var snakk om å bruke bygningen til andre formål. Forstillingen om at sykdommene satt i veggen var fortsatt til stede hos enkelte av dem som hadde et forhold til bygget, forteller Schiøtz.

Det nærmest lyste skrekk av de spedalske. De var vansiret, og så lite tiltalende ut. Og det var faglig

uenighet om hvordan sykdommen oppstod og spredte seg, før Gerhard Armauer Hansen oppdaget leprabasillen i 1873, og mente å kunne påvise at sykdommen var smittsom og ikke gikk i arv. Armauer Hansen begynte som lege ved Pleiestiftelsen i 1868 etter at han var ferdig med sin praksis i Lofoten.

Lepraen rammet skjevt. Enkelte familier ble spesielt hardt rammet, og sykdommen var utbredt i lavere sosiale lag, spesielt langs kysten. Først da sykdommen nærmet seg hovedstaden, tok staten affære, og utnevnte en egen statlig overlege som skulle sørge for å få sykdom-

men under kontroll. I tillegg ble lepraregisteret opprettet i 1856 – verdens første pasientregister.

Noen stor folkesykdom ble lepraen aldri. Maksimalt var det i underkant av 3 000 leprapasienter i Norge. Den sykdommen som skulle prege Pleiestiftelsen utover 1900-tallet, tuberkulosen, var derimot enorm. En undersøkelse i Kristiania i perioden 1913-15 blant 3 000 førsteklassinger, viste at 85 prosent av dem bar på smitten, blant arbeiderklassebarn var prosentandelen 95.

tekst **Bjørn Arild Østby**

foto **Marcus Selmer/Billedsamlingen UiB**



OVER 100 ÅR:  
Helt fram til  
1960-tallet var det  
leprapasienter ved  
Pleiestiftelsen.

## Nytt styre i NSH



Foto: Lars-Erik Vollebæk

**Erik K. Normann**, adm. dir. Akershus Universitetssykehus ble gjenvalgt som styreleder i Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NHS). I tillegg ble prosessleder Gro S. Hellesen ved Sykehuset Østfold gjenvalgt som nestleder.

Videre består styret av følgende medlemmer:

Lars Vorland, adm. dir. Helse Nord RHF, Bente Thorsen, fastlege, Jørn Jacobsen, direktør ved Spesialsykehuset for Rehabilitering, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Knut Bergsland, sivilarkitekt/rådgiver i Sintef Helse, Dag Brat-

lid, professor, St Olavs Hospital HF/NTNU, Grete Furu, avdelingsleder, Universitetssykehuset i Nord Norge HF og Anne Karin Nygaard, generalsekretær, Norske Kvinners Sanitetsforening.

Varamedlemmer er: Arvid Libak, statssekretær, Harald Støvind, Lillstrømsklinikken, Rolf Windspoll, St. Olavs Hospital, Solbjørg Talseth, leder i Norsk selvhjelpsforum og Karen Kaasa, kommunaldirektør i Nøtterøy kommune.

## Ny direktør ved UNN

**Tor Ingebrigtsen** tiltrådte stillingen som ny administrerende direktør ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i august.

Ingebrigtsen har siden 2006 vært fagdirektør ved Helse Nord, og før det var han avdelingsleder ved UNN. Han er utdannet lege ved Universitet i Tromsø og var førsteamanuensis samme sted. Ingebrigtsen har tidligere arbeidet ved Rikshospitalet, Narvik sykehus og i Narvik kommune.



Foto: Helse Nord

## Professor i jordmorfag

Universitetet i Bergen (UiB) kan snart få sin første professor i jordmorfag, ifølge Dagens Medisin. Stillingen vil være tilknyttet Det medisinske fakultet ved UiB og kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus.

Favoritt til stillingen er **Gunhild Blåka**. Hun jobber nå med et post doc.-prosjekt som vil kvalifisere henne til å bli professor. Blåka er utdannet sykepleier og jordmor med lang undervisningserfaring i helsefag hovedfag og pedagogisk hovedfag ved UiB. I 1996 avla hun sin første doktoravhandling ved universitets psykologiske fakultet.



***Flere sykdommer  
Mange pasienter<sup>1</sup>  
En behandling***

- *Rask antiinflammatorisk effekt<sup>2</sup>*
- *IV-behandling gir optimal compliance<sup>3</sup>*
- *Øker pasientenes livskvalitet<sup>4</sup>*





# B-Postabonnement

Returadresse:  
Sykepleien  
Postboks 456 Sentrum  
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT  
PORT PAYÉ  
NORGE

## Comfort stretch

- krever minimal etterbehandling

FRITT VALG  
2 deler KUN 500,-  
Spar over 20%



### Dameskjorte

Modell 17104  
55% bomull/  
40% polyester/  
5% EOL-stretch  
XS - 4XL

kr. 329,-

Inkl. mva



### Dame tunika

Modell 17213  
55% bomull/  
40% polyester/  
5% EOL-stretch  
XS - 4XL

kr. 329,-

Inkl. mva



### V-hals

Modell 17203  
55% bomull/  
40% polyester/  
5% EOL-stretch  
XS - 4XL

kr. 329,-

Inkl. mva



### Stretchjeans

Modell 18313  
33% bomull/  
62% polyester/  
5% EOL-stretch  
XXS - 4XL

kr. 329,-

Inkl. mva



### Modell 25020

Tenerife  
Kvalitet: Skinn med  
microfiber såle  
Borrelåslukking  
Farge: Hvit  
Størrelse: 36 - 41

kr. 299,-

Inkl. mva



Bestill på 57 69 46 00 eller [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

- hvor du kan se Praxis kolleksjonen av arbeids- og fritidsklær samt fottoy, eller send inn kupongen nedenfor - porto er betalt. Tilbudet gjelder til 30.10.07.

Praxis · Sjøtun Næringspark · 6899 Balestrand

Send eller fax kupongen på 57 69 46 01 - eller bestill via [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

Modell nr./navn	Farge	Størrelse	Antall

**Ja takk,**  
jeg vil gjerne  
ha tilsendt  
Praxis-katalogen med  
hele kolleksjonen av  
arbeidsklær, fritids-  
klær og fottoy.



Tilbudet gjelder til  
30.10.2007 og er inkl.  
25% mva. Varene  
sendes i postoppkrav  
med et porto/opp-  
kravsgebyr på kr. 99,-  
Full retur- og bytte-  
rett innen 14 dager.

Adressaten betaler  
for sending i Norge

Distribueres av  
Posten Norge

**praxis**<sup>®</sup>

Praxis AS  
Svarsending 8553  
0097 Oslo

Sykepleien 14/2007