FORUM

TIDSSKRIFT FOR YNGRE LEGERS FORENING 1 – 2008

TEMA:

LØNN

Lønnsslipp – turnus – ferie – kjøpekraft

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Fire av fem kvinner gjør det. Nå gjør Levonova® det også:

Ifølge Aftenposten (15.5.07) velger et klart flertall av norske kvinner å skifte navn når de gifter seg. Nå gjør Levonova® det samme. Norges eneste hormonspiral skifter navn til Mirena®.

HVORFOR?
Det er ikke fordi Mirena® er et vakrere navn (selv om det lyder som et pastellfarget sommerhotell på rivieraen).
Eller fordi vi synes Levonova® er tungt (selv om enkelte har antydet assosiasjoner til kvinnelige, russiske diskoskastere).
Det er ganske enkelt fordi vår hormonspiral heter Mirena® i de fleste land utenfor Norge. Derfor var det på høy tid at også vi tok i bruk familienavnet, slik at alle i "familien" har samme navn, uansett hvor i verden de befinner seg.

Men produktet er det samme. Derfor kan du fortsatt trygt anbefale Lev... unnskyld, Mirena®!

NJUSTAD & PARTNERS AS, OSLO
09-07-0276 NO

Mirena®
levonorgestrel 20 µg/24 timer

Bayer Schering Pharma, Drammensveien 147 B, 0212 Oslo, Tel: 24 11 18 00, Fax: 24 11 19 93
Se felleskatalogtekst side 39

Ylf-forum

Ylf-forum er medlemsblad for Yngre legers forening. Ylf-forum setter søkelys på helsepolitikk, fagpolitikk og yrkesetiske spørsmål og bringer stoff om turnustjenesten, spesialiseringen og stipendiattjenesten. Vi ønsker å ha en levende debatt og inviterer våre lesere til å komme med synspunkter.

Ylfs styre er ansvarlig utgiver.

Redaktør Marit Tveito
redaktor@ylf.no

Layout Jon Fredrik Stuestøl
jonfs@svartor.com

Kontakt Nord Cecilie Revhaug
cilifox@gmail.com

Kontakt Midt Håvard Furunes
havardfu@hotmail.com

Kontakt Vest Maria Vatne
maria.vatne@gmail.com

Kontakt Øst Berit Sofie Hustad Hembre
bshhembre@hotmail.com

Kontakt Sør Calista Ophilia Croos
ophcr@online.no

Medarbeidere Erlend T. Aasheim, Birgitte Seierstad, My Nguyen, Ingunn E. Watsend

---

Annonser Media-AaMarketing
Postboks 240, 1401 Ski
T: 64 87 67 90/900 43 282
media.aardal@c2i.net

Trykk GAN Grafisk AS

Foto forside Marit Tveito
Foto temaside Marit Tveito

Redaksjonen avsluttet 23. februar 2008

Dødlinje for nummer 2–2008 er 14. april

Turnuslegene er faktisk fremtiden

Foto: Marit Tveito

En god venn av meg sukket på et tidspunkt og sa: «Ja, sykehusenes helsetilstand kan leses ut fra hvordan vi behandler våre turnusleger». Jeg hadde ikke tenkt på det på den måten før, men han har selvfølgelig rett.

Turnuslegene gjør en fantastisk innsats for fellesskapet: de er samarbeidsvillige, energiske og åpne for å lære nye ting. Der har resten av helsevesenet noe å lære.

Jeg er nå i den heldige posisjonen at folk forteller meg historier. Det er jeg glad for, og det er mange som har mye bra på hjertet. Det er fine historier om gode ting som har skjedd på jobben, men akkurat nå er det også mye annet. Jeg hører for eksempel historier om at turnuslegene ikke blir behandlet like bra alle steder, og det er bekymringsfullt. Hva vil pasientene ha: Leger med god selvtillit og tro på egne krefter…eller ikke? Hva slags kolleger vil vi ha? Og til sist, hva slags kolleger er vi med på skape hvis vi ikke mener at det er et poeng i seg selv at turnuslegene skal få lære mest mulig på en så god måte som mulig?

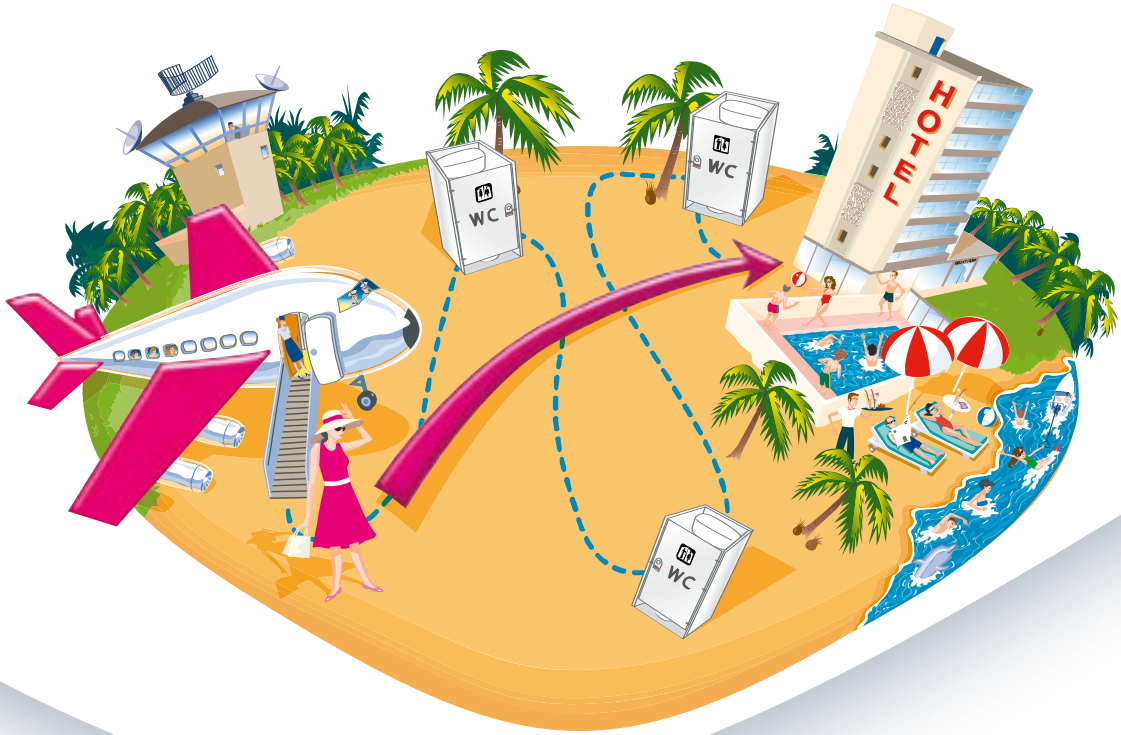
For litt siden hørte jeg noe som sjokkerte meg. En sykehusdirektør uttrykte noe à la: «Dessuten pålegges vi jo å ha disse … hva kalles de nå igjen … og de koster jo penger …» Det var turnusleger som var temaet, viste deg seg. Når dette formidles til meg direkte over bordet, er det et uttrykk for en holdning som er så sterk at en glemmer hvem en snakker med, og det får meg til å undres. Hvis direktører ser på legene som en barriere som forhindrer at direktørene oppnår sine mål er det sannelig ikke rart at det begynner å knirke i korridorene. Det er selvfølgelig heller ikke rart at målene ikke oppnås, for det er en del psykologiske mekansimer som er sterke og som spiller inn når man ønsker å oppnå mål. Jeg tok det for gitt at alle våre ledere visste dette.

Når det er sagt, ønsker jeg å oppfordre oss alle til å tenke over hvordan vi møter våre kolleger. Uansett om de er eldre eller yngre, menn eller kvinner, spesialister, ledere eller turnusleger er det viktig at vi aldri formidler slike holdninger som beskrevet over, og hvis det er noen som tenker sånn er det viktig å huske på at dette er destruktivt og at det er med på å påvirke helheten på en dårlig måte.

Det er mange utfordringer når det gjelder turnustjenesten, og avgjørelser må tas. Akkurat det er ukontroversielt. Men det forhindrer ikke at vi hver eneste dag bør gjøre det vi kan for å sørge for at fremtiden sikres dyktige, trygge og glade leger.

– Hege Gjessing

Behandling av overaktiv blære
- uten omveier



Vesicare® (solifenacin)
- forbedrer alle symptomer ved overaktiv blære[1]

Godt tolerert

- 89% av pasientene opplevde ingen munntørrhet ved anbefalt dose 5 mg[1]

Livskvalitet

- 9 av 10 livskvalitetsparametre ble signifikant forbedret hos pasienter behandlet med Vesicare®[2]

Vedvarende effekt

- 60% av inkontinente pasienter var tørre etter 1 års behandling med Vesicare®[3]

astellas

Astellas Pharma
Solbråveien 47, 1383 Asker
Tlf. 66 76 46 00, Fax 66 90 35 20
E-mail: kontakt@no.astellas.com
www.astellas.no

Vesicare®
solifenacin
Rask og langvarig lindring

Se felleskatalogtekst side 38

Referanser: 1. Felleskatalogtekst Vesicare®. 2. Kelleher CJ et al. BJU International 2005; 95: 81-85. 3. Haab F et al. Eur Urol 2005; 47: 376-384

Se preparatomtale på separat side.

26.11.2007/Højer

Yngre legers forening

Yngre Legers forening organiserer leger i spesialisering, turnusleger, leger i vernepliktog stipendiater. Yngre legers forening er en del av Den norske legeforening.

Ylfs kontor
Bjørn Ove Kvavik, spesialrådgiver
bjorn.ove.kvavik@legeforeningen.no

Liv Marit Fagerli, rådgiver
liv.marit.fagerli@legeforeningen.no

Charlotte Nielsen, konsulent
charlotte.nielsen@legeforeningen.no

Styret:
Hege Gjessing, leder
hege.gjessing@legeforeningen.no

Espen Møller-Hansen, nestleder
emoeller@online.no

Fredrik Christian Nomme
fredrik.nomme@ylf.no

Kjersti Baksaas-Aasen
kjersti.baksaas.aasen@legeforeningen.no

Anders Nordby
efnasapi@yahoo.no

Kjetil A. H. Karlsen
kjetil.karlsen@ylf.no

Linda Hatleskog
linda.hatleskog@ylf.no

Astri Rege
astri.rege@rasyk.nl.no

FORUM

TIDSSKRIFT FOR YNGRE LEGERS FORENING 1 – 2008

Tema: Lønn (Sidene 15–21)

16 Lege i Norge = dårlig kjøpekraft

19 Lønnsslippen

Etter vakt

6 Ferie

8 Utdanningsfond III

10 «Leger vil jo ingenting»

12 Kronikken:
– Fryder forandring?

14 Redaktørens hjørne:
– Lønn for strevet

23 Riv-ut-bilag:
– Om turnustjenesten

27 To turnusleger på jobb

30 Fremtidige studier uten turnus?

31 Ny grafisk profil

32 Sover vi bort kvaliteten?

34 Bli med til Ålesund

36 Dikt fra vakt

37 Fagmedisinske foreninger

Ferie!

Leger har krav på ferie, riktignok ikke så lang som lærernes, men likevel, vi har tross alt ferie. Ferie fra nattevakt, calling og pålagt overtid – fantastisk. Til Mallorca eller Vågå camping, til Taj Mahal eller sommerland i Bø. Mulighetene er mange, det er bare å velge og vrake. Før ferien er i boks kreves det ofte nitidig planlegging, og er arbeidsgiver vrang går det hele kanskje i vasken … Det er derfor det er viktig å kunne litt om ferieloven

ANDERS NORDBY
Styret

Dersom du elsker paragrafenes fortreffelige selvforklarende ordklang er det bare å stoppe her, klikke deg inn på lovdata.no og finne frem til ferieloven. For dere andre skal jeg prøve å gi en kortfattet og noe forenklet oppdatering på det viktigste med hensyn til ferie.

Feriens lengde

Man har krav på 5 ukers ferie (30 virkedager) dersom ansatt før 30. september. Dersom man har tatt ut ferie hos tidligere arbeidsgiver samme kalenderår må dette trekkes fra.

Man har krav på 3 ukers sammenhengende ferie mellom 1. juni og 30. september.

Resten av ferien kan kreves tatt ut som to perioder på seks virkedager hver. Det er også mulig å ta ut enkeltdager etter avtale med arbeidsgiver.

Beregning av ferie

Alle dager som ikke er søndager eller helligdager/høytidsdager regnes som virkedager. Tar du en ukes ferie i en arbeidsuke uten helgejobbing, trekkes du for seks feriedager, selv om du bare jobber fem dager den uken.

Når får du bekreftet ferien?

Arbeidstaker har krav på å få underretning om ferien senest to måneder før ferieavviklingen. Forutsetningen er imidlertid at slik underretning er krevd. Tiden for ferie diskuteres med arbeidsgiver, oppnås ikke enighet bestemmer arbeidsgiver. Arbeidsgiver kan nekte deg planlagt ferie, men det stilles strenge vilkår for at dette kan skje. Det må være på grunn av at uforutsette hendelser oppstår, det må skape et vesentlig driftsproblem, og det må ikke kunne skaffes annen stedfortreder. Arbeidstaker har i slike tilfeller rett til bistand fra tillitsvalgte. Arbeidsgiver plikter å erstatte de merutgifter dette medfører for deg.

Ferie på én uke

Arbeidstaker som arbeider på søndager kan kreve fri enten søndagen som faller umiddelbart før eller etter ferien dersom ferien er på mer enn seks virkedager. Det vil si at dersom du jobber to helger etter hverandre og har ferie i uken i mellom har du krav på å få fri en av søndagene. Her er døgnskillet ved midnatt, slik at arbeidsgiver ikke kan kreve at man arbeider vakt inn mandag i første ferieuke.

Ferie på tre uker

Dersom ferien varer i tre uker (18 virkedager) kan arbeidstaker, i tillegg til å kreve fri søndagen før eller etter ferien, også kreve at tiden fra arbeidets avslutning før ferien til arbeidet påbegynnes etter ferien skal utgjøre til sammen minst 16 timer. Dette betyr at man må se på når arbeidet slutter før ferien, og når det starter etter ferien. Slutter man fredag kl 16 i uken før ferien, og starter mandag kl 0800 etter ferien så er loven oppfylt. Dersom du har vakt helgen før blir det en beregning av timer om loven er oppfylt. Dersom man slutter med søndagsvakt kl 21, men har søndagsfri siste uken i ferien er vilkåret om søndagsfri oppfylt. Men vilkåret om 16 timer i tillegg er ikke oppfylt dersom man startet på jobb mandag kl 0800 (blir bare 11 timer). Det er arbeidsgiver som etter drøftelser med arbeidstaker eller dennes tillitsvalgte, bestemmer om tilleggsfritiden skal gis siste arbeidsøkt før ferien eller om den skal gis første ferieøkt etter ferien.

Ferie og tjenesteplaner

En tjenesteplan har som kjent uker med ulikt antall arbeidstimer. Lønn og arbeidstid regnes ut fra et gjennomsnitt fordelt på flere uker. Ferien er helt uavhengig av hvilke uke man

tar ferie i forhold til tjenesteplanen. Dette betyr at har man ferie i en uke med mange arbeidstimer, skal man ikke måtte ta igjen vakter eller få kortere ferie. Likeledes medfører dette at dersom ferien kommer i en uke med liten vaktintensitet, får man heller ikke lenger ferie.

Man kan også få ferie i en friuke/nulltimersuke da dette er en arbeidsuke med 0 timer, men arbeidsgiver kan ikke systematisk legge ferie til nulltimersuker eller uker med lav arbeidsintensitet. Gjennomsnittsberegnig av arbeidstiden skal også reflekteres i ferien. Ingen er vel så lite glad i ferie at de gjør dette frivillig, men på steder som har sommerstengt vil noen kunne oppleve dette.

Ferie og turnustjeneste.

Man har de samme rettigheter til ferie i turnustjenesten. Men av hensyn til det faglige innholdet vil feriefravær over to og en halv uke per avdeling (medisin, kirurgi, psykiatri, allmennmedisin), men maks 5 uker totalt i sykehus ikke gi godkjent tjeneste.

Ferie og graviditet

Arbeidsgiver kan ikke uten ditt samtykke kreve at du tar ferie når du får fødselspenger, men du kan få lovbestemt ferie i permisjonstiden om du måtte ønske det.

Hvis allerede planlagt ferie faller sammen med permisjonstid, kan du kreve utsettelse av de virkedager som omfattes av permisjonstiden. Et eksempel er om du har planlagt ferie som faller sammen med de 3 ukene man må ut i permisjon før termin, da kan du kreve å få ferien utsatt.

Ferie og oppsigelse

Får du sparken kan ikke arbeidsgiver tvinge deg til å ta ferie i oppsigelsesperioden med mindre denne er over 3 måneder. Arbeidstaker kan kreve å få avvikle ferie i oppsigelsestiden, hvis det etter dette tidspunkt ikke er tid til å avvikle ferie i hovedferieperioden (1.juni til 30.september) eller i ferieåret.

Ferie og sykdom

Blir du 100 % sykemeldt før feriens start kan du kreve utsettelse av ferien til senere. Blir du syk i mer en seks dager av ferien kan du kreve å få ta denne ferien senere.

Klar for ferie?

Enten det blir Vågå camping eller Mallorca, får du ha god tur. Men husk aller først å søke arbeidsgiver om ferie!

Martinique, Fransk Karibia. Foto: Jon Fredrik Stuestøl

Utdanningsfond III

Fondet skal bidra til å høyne og opprettholde sykehuslegenes medisinskfaglige kunnskapsnivå ved å yte økonomisk hjelp til videre- og etterutdanning. Nye satser for refusjon gjelder fra 1/1/08.

LINDA HATLESKOG
Styret

Hva refunderes?

Det er utgifter til reise og overnatting som kan søkes refundert fra fond III. Kurs- eller kongressavgift samt utgifter til diett dekkes ikke. Utgifter til overnatting refunderes innenlands med inntil kr 950,- per natt og utenlands med inntil kr 1100,- per natt. Det kan søkes refusjon for inntil seks kurs per kalenderår, til valgfrie og obligatoriske kurs innen spesialiteten du holder på med.

Spesielle behov

Leger som må ha med seg spedbarn (under ett år) og barnepasser, får i tillegg refundert utgifter til overnatting med inntil kr 300,- per natt. Tilsvarende gjelder for leger som på grunn av nedsatt funksjonsevne har behov for ledsager eller trenger et spesielt tilrettelagt rom. I slike tilfeller skal sekretariatet underrettes på forhånd. Utgifter til drosje refunderes kun i særskilte tilfeller.

Krav til bilag

Kursbevis eller kopi av kvittering som viser at kursavgiften er betalt må vedlegges søknaden, samt originale kvitteringer for alle utgifter som søkes refundert. Ufullstendig utfylt søknad eller søknad som mangler bilag blir returnert. Ved bruk av elektronisk billett og betaling med kredittkort skal utskrift av reiseplan samt reisekvittering vedlegges søknaden.

Søknadsfrist

Søknaden skal være mottatt i Legeforeningens sekretariat senest tre måneder etter avsluttet kurs eller kongress. Fristen praktiseres strengt. Dersom du ikke har mottatt kursbevis innen søknadsfristen bør du sende inn søknaden med beskjed om at kursbevis vil bli ettersendt. Alternativt kan du få kopi av kvittering for betalt kursavgift fra arbeidsgiver.

Normalt tar det mellom to og fire uker fra søknaden kommer inn til pengene utbetales.

Hvem kan få støtte?

Sykehusleger, det vil si leger ansatt i offentlig virksomhet og private laboratorier. I tillegg omfatter fondet leger i administrative og kliniske stillinger i spesialisthelsetjenesten som ikke omfattes av Utdanningsfond II. For å være støtteberettiget må du ha full norsk autorisasjon og ha drevet legevirksomhet i Norge i minst seks måneder umiddelbart før kurset. Videre må du utøve medisinsk virksomhet tilsvarende minimum 50 % stilling. Kravet om seks måneders karenstid kan fravikes dersom du har arbeidet i ideell norsk organisasjon utenlands o.a.

Støtteberettiget kurs

Kurset/kongressen må være faglig godkjent av Legeforeningen. Som ledd i spesialistutdanningen godkjennes normalt bare kurs arrangert i Norge. I enkelte fagområder er det felles nordiske kurs, som skal være forhåndsgodkjent av spesialitetskomiteen. Anerkjente internasjonale

Illustrasjon: Fredrik Nomme

medisinske kurs/kongresser i utlandet kan også godkjennes. Minimum kurslengde som er støtteberettiget er seks undervisningstimer, maksimal kurslengde en uke.

Industrimedvirkning

Ingen kurs der industrien har medvirket praktisk eller økonomisk i forbindelse med den enkeltes deltakelse på kurset godkjennes for refusjon. Det ytes heller ikke støtte til norske kurs eller kongresser der industrien er medarrangør. Unntatt fra denne regelen er de gangene sentralstyret etter særskilt vurdering har godkjent kurs der det av faglige grunner har vært nødvendig med praktisk samarbeid med utstyrsleverandøren. Dette vil i hovedsak gjelde kurs i spesialistutdanningen.

Har du allerede en spesialistgodkjenning?

Spesialister kan søke refusjon for inntil kr 13 000,- per år. Antall kurs, og om det er i inn- eller utland, er valgfritt. Som et alternativ til kurs kan spesialister få støtte til hospiteringsopphold innenfor sitt fagområde. Du må da i tillegg til de vanlige bilagene legge ved rapport om oppholdet og bekreftelse fra hospiteringsstedet.

Legespesialister som er under utdanning i ny spesialitet eller grenspesialitet, kan velge hvilket regelsett de ønsker søknaden behandlet under.

Tørre fakta

Utdanningsfond III ble opprettet i 1988 etter avtale mellom Staten, Norske Kommuners Sentralforbund og Den norske legeforening. Fondsutvalget avgjør bruk av fondsmidlene. Fondsutvalget er partssammensatt og består av leder og fire medlemmer, der leder og to medlemmer er oppnevnt av Den norske legeforening mens Spekter og Helse- og omsorgsdepartementet har ett medlem hver. Det ble i 2006 refundert utgifter for 6 369 søknader, og samlet utbetaling fra fondet var kr 29,8 millioner. Søknadsskjema finnes på legeforeningens nettsider.

Kilde:
http://www.legeforeningen.no/

Fast jobb for leger i Sverige!

I Sverige har nesten alle leger som er i spesialistutdanning fast jobb. Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) har hatt stor framgang med kampanjen «Fast Jobb». Dårlig ansettelsestrygghet og svak posisjon på arbeidsplassen er snart en saga blott.

HEIDI STENSMYREN
Leder, SYLF

I Sverige har leger som har gjennomført sin spesialistutdanning på universitetssykehusene hatt en svak stilling på arbeidsplassen. På grunn av en mulighet til å unngå loven om ansettelsestrygghet har arbeidsgiveren kunnet ansette legene i begrenset tid, slik at de som nyferdige spesialister ikke lenger hadde noen jobb på sin arbeidsplass. Tanken har vært at man skulle forhindre at universitetssykehusene som utdanningsinstitusjoner skulle «korke igjen» og dermed forhindre at nye leger skulle få komme inn og gjøre sin spesialisutdanning. Resultatet har vært at de yngre legene (som ikke er egentlig er så unge i og med at snittalderen på nyferdige spesialister i Sverige er 41 år!) ikke har tilhørt arbeidsplassen på samme måte som alle andre yrkesgrupper, for eksempel sykepleiere og hjelpepleiere. De har dermed hatt mye mindre innflytelse på sin arbeidssituasjon og sitt arbeidsmiljø.

På 90-tallet inngikk universitetssykehuset i Umeå en avtale med legeforeningen i Sverige om å gi alle leger som gjorde sin spesialisutdannelse der, fast jobb. Dette ble vellykket, og man så ikke noen negative innvirkninger verken på utdannelsesmuligheter, stillingsrotasjoner eller forskning. SYLF dro derfor igang kampanjen «Fast Jobb» 2006. Nå, to år senere, har alle universitetssykehusene i Sverige gått med på en avtale om ikke å benytte seg av muligheten til å la være å gi legene fast jobb. På den måten er de med på å sørge for at legenes arbeidsforhold blir tilsvarende forholdene som gjelder for alle andre på arbeidsmarkedet. Det er bare noen klinikker på Akademiska Sjukhuset i Uppsala som har motsatt seg dette.

Unge leger har nå en sterkere stilling på arbeidsplassen. De behøver ikke lenger la seg kue fordi de er redde for å ikke få jobb videre, og dermed deltar de også mer enn tidligere i utviklingen av helsetjenesten. Det har ikke blitt færre utdannelsesstillinger, mindre undervisning eller mindre forskning på grunn av at legene behandles likt som alle andre. Tvert imot har det blitt en braksuksess!

«Leger vil jo aldri noen ting»
«Legene er bare opptatt av å tjene penger»
«Leger er så vanskelige å lede»

– Om leger, omstillinger, hva vi tror på og hvor det fører oss

Nå nærmer det seg et halvt år siden jeg begynte i jobben som leder av Yngre legers forening, og jeg må si at jeg er svært glad for at jeg fikk denne muligheten. Jeg lærer mye som har høy personlig verdi, og jeg lærer mye om helsevesenet på et større plan enn det jeg var vant til fra før. Jo mer jeg lærer, jo mer overbevist blir også jeg om at det trengs endringer i hvordan sykehusene drives. Men i motsetning til enkelte andre, er jeg overbevist om at dette er noe man må bruke tid på, mye tid, og man må bruke tiden godt.

HEGE GJESSING
Leder

Det er avgjørende at det skapes gode forhold mellom sykehusledelsen og legene. Vi er ikke helt der nå. Det verserer en del teorier om hvorfor det er sånn, og det verserer en del «vedtatte sannheter» som jeg bare delvis kjenner meg igjen i. Det som er sikkert er at mennesker aldri har kommet videre ved å beskylde hverandre for både det ene og det andre. Hvis vi skal skape noe må vi være i gode omgivelser, vi må ha tillit til de vi er der sammen med, og vi må se resultater av arbeidet for å få inspirasjon til å fortsette.

«Leger vil jo aldri noen ting»

Dette er en «sannhet» blant mange ledere i sykehusene. Det hevdes med stor styrke at vi alltid motsetter oss forandringer og bare er opptatt av våre egne lille nisje i steden for helheten. Som lege i spesialisering har jeg vært opptatt av min egen lille nisje i den forstand at jeg har prøvd å lære meg et fag. Jeg har hatt et stort behov for å komme på et såpass høyt faglig nivå at jeg i minst mulig grad er avhengig av å rådspørre kolleger, fordi jeg vet at de ofte har mye å gjøre. På den andre siden er noe av det jeg setter stor pris på med anestesifaget, at vi ofte samarbeider med kolleger fra andre fag, og det er enorm takhøyde når det gjelder å diskutere fremgangsmåter og hva som er beste praksis.

Jeg er enig i at det er utpreget skepsis til pågående omstillingsprosjekter blant leger. Men jeg er helt uenig i at det skyldes at «leger aldri vil noen ting». Mange av de som har engasjert seg som tillitsvalgte og som har vært på møter har fornemmet at tiltakene er bestemt på forhånd. Og at den egentlige hensikten med drøftingen er at man skal komme til enighet om det arbeidsgiver allerede har bestemt. Mye av vår utdannelse har handlet om oppgaveløsning. Vi liker det. Vi liker det ikke når oppgaveløsningen viser seg å være et skalkeskjul for innføre kontroversielle endringer og samtidig kunne si at avtaler ikke er brutt. Det er ikke noe nytt med omstillinger i sykehusene. Omstillingene har for mange leger ført til dårligere arbeidsvilkår – det er ulogisk at en yrkesgruppe skal bruke mye tid og krefter på jobbe med løsninger som oppleves som dårlige.

Løsningsforslag: Det er i dag ingen felles forståelse mellom ledere og leger når det gjelder hva leger kan og bør tilby sykehusene og hva de skal få igjen for det de tilbyr. Det må gjøres et grundig arbeid som fører til en slik felles forståelse. Dette krever at man lytter til hverandre og evner å legge beskyldningene på hylla.

«Leger er bare opptatt av å tjene penger»

Jeg skal være den første til å innrømme at jeg mange ganger har tenkt at jeg

fortjener hvert øre av det jeg tjener og vel så det. Oftest tenker jeg dette når jeg sitter med trøtthetstårer i øynene klokken kvart over fem om morgenen og så vidt har klart å motstå et sterkt behov for å kaste callingen i veggen fordi det er nøyaktig 16 minutter siden jeg sovnet.

Et annet eksempel er etter at jeg har levert et lite barn på postoperativen og endelig kan begynne å puste vanlig igjen.

Det har blitt sagt at vi bruker «ansvar» som et middel til å skaffe oss økt lønn. Når det gjelder ansvar, har jeg skjønt at vekten av det ikke kan forstås før du har kjent det på egen kropp.

Men sannheten er at jeg ikke har sett noe særlig til de grådige legene. Det er klart folk blir oppgitte når de hører at det nå er en «lønnsutjevningspolitikk» i sykehusene. Det er et svært uklokt signal å sende. Men når jeg spør mine kolleger, kommer lønn et stykke ned på listen over det som skal til for å trives og vokse på jobben. Når de andre punktene ikke oppfylles, er lønn et naturlig tema. I tillegg er det ikke annet enn et sunnhetstegn å forvente lønnsutvikling på linje med andre. Hvis man mener om seg selv at man burde gå ned i lønn, verdsetter man ikke sitt eget arbeid og sin egen innsats.

Løsningsforslag: Gi oss fred fra de ekstremt dårlige forhandlingsforløpene. Skap ro ved å fokusere på pasient-legemøtene, tid til faglige diskusjoner og undervisning, og organiser sykehusene med det som sentrum.

«Leger er så vanskelige å lede»

Dette er på mange måter min favoritt, fordi den både brukes av andre yrkesgrupper og av leger om leger. Jeg kjenner meg overhodet ikke igjen i uttalelsen, og jeg betrakter ikke meg selv som atypisk. Jeg har opplevd gode ledere og jeg har opplevd dårlige.

Jeg lar meg lede lett som bare det, når lederen inspirerer og når jeg ser poenget med å følge etter, og nå snakker jeg vel om troverdighet. Og sist men kanskje aller viktigst: Jeg lar meg lede når lederen gir meg inntrykk av at jeg er dyktig og hyggelig å jobbe sammen med. I så måte er jeg en enkel sjel.

Det kan tenkes dette endrer seg når legene blir eldre og mer erfarne og gror inn i sine behagelige mønstre, men heller ikke da handler det om evne eller vilje til å la seg lede, det handler om alt som førte fram til det.

Løsningsforslag: Sørg for å fylle sykehusene med ledere som har troverdighet og som betrakter leger som en ressurssterk gruppe som kan gjøre store ting for helse-Norge. Sørg for å plukke ledertalenter blant unge leger og gi dem den utdannelsen de trenger for å utvikle sine gode egenskaper.

Det kan nok tenkes at noen vil oppleve deler av løsningsforslagene som sære, urealistiske eller kanskje søte. Mitt hovedpoeng er at leger bør bidra, gjerne vil bidra og selvfølgelig må gis anledning til å bidra i utviklingen av helsevesenet. Det blir hevdet at diskusjonene rundt organisering av helsevesenet er de samme som de var for både 10 og 25 år siden. Det forteller meg èn ting: Hvis vi skal oppnå målene våre må vi lære oss tenke annerledes.

Illustrasjonsfoto: Jon Fredrik Stuestøl

Fryder forandring?

– Fellestrekk ved helseledelse, Star Trek og karuseller

På broen om bord på stjerneskipet Enterprise har lite endret seg siden den originale serien ble publisert i 1966. Fartøyet har blitt byttet ut flere ganger, stjerneflåten har blitt større, universet mer tilgjengelig og utfordringene tiltagende kompliserte. I tillegg har besetninger kommet og gått. Prinsippet for skipets eksistens forblir det samme: på dristig vis å fare dit hvor ingen før har vært. Det er en ansvarsfull arbeidsoppgave. Derfor er mannskapet om bord på Enterprise nøye utvalgt, både på grunn av sine individuelle egenskaper, og sammensetningen. Som det fremgår er det mange paralleller mellom dagens helsevesen og stjerneskipet Enterprise. Opprustning er kanskje ikke en av dem.

Denne kronikken er en kritikk av dagens helserealiteter, og et forsøk på å vise hvor absurd årsak til – og virkning av beslutninger kan være i den sekundærhelsetjenesten som nå har tatt form. Absurd fordi flere av grepene som nå gjøres for å møte budsjettkrav både risikerer å forringe viktig helsehjelp, og faktisk øke kostnader. Hvis de regionale helseforetakene kun kan regulere lønnskostnader og innkjøpskvanta for å oppnå budsjettbalanse, er det gitt at man må skyte seg selv i foten for å møte kravene fra helseministeriet.

Mange beskylder science fiction-fans for å søke virkelighetsflukt. Det er ikke nødvendigvis tilfelle. Gjennom fiksjon ser man virkeligheten fra nye vinkler. Det er åpenbart at ikke alle liker Star Trek, men jeg tillater meg å hente et par eksempler fra serien, som paralleller til vårt helsevesen. En størrelse vi ikke kommer utenom er stjerneskipets kaptein. Enhver ny sesong Star Trek har sett ansiktet til nok en sterk leder. Med tiden har disse kapteinene blitt byttet ut alle som en. De har lidd heroiske og tragiske skjebner, eller kort og godt blitt glemt. Entuasiastene selekterer fort vekk kapteinene som ikke er minneverdige, mens episodene hvor de virkelige heltene figurerer blir spilt om igjen. Mange ganger.

Dessverre er ikke virkeligheten like enkel. Det finnes ingen knapp for å spole framover i episodene man ikke liker. Man er pent nødt til å se dem, leve dem, fra ende til annen. I tillegg blir disse lange periodene fra virkeligheten desto mindre tiltalende når man innser rekken av tilfeldigheter som har skapt dem. Et sitat fra den tyske forfatter Otto Ludwig (1813-65) apropos styresmakter gjør seg gjeldende: «Selvfølgelig har demokratiet sine ulemper. Velgerne er et eksempel på en slik ulempe». På tross av hva vi enn måtte si er politikerne, og således deres handlinger, en relativt direkte konsekvens av folkets, og vår, kollektive stemme. Det er et paradoks. Er folkets stemme blitt hørt gjennom flertallsdiktaturet? Vil vi virkelig ha helsevesenet slik det nå er i ferd med å utvikle seg? Som en hvilken som helst annen bedrift, hvor budsjett og økonomiske incentiver veier tyngre og tyngre, men hvor det ikke blir tatt stilling til de etiske dilemma som relaterer seg til særdeles kostbare behandlinger av kroniske og neoplastiske lidelser? Ville kapteinen på Stjerneskipet Enterprise tillatt at mannskapet hans ble redusert betraktelig i tider hvor drivstoffprisene steg, slik at ubrukte lønnsmidler kunne være med på å kompensere for prisøkningen? Hensikten med et stjernskip er ikke å forbruke drivstoff. Drivstoffet er et verktøy, for å sørge for at stjerneskipet kan ta med seg mannskapet til de steder av universet hvor de har arbeid å utføre. Enkelte ting tar man seg råd til.

Det heter at man «bare skal si selvfølgeligheter, da vil ingen være uenig med deg». For enkelte folkevalgte kan det virke som om dette er fundamentet i deres retorikk. Men folk som er valgt på tillit har som oppgave å ta stilling til kontroverser, ikke til selvfølgeligheter. Om noen år har vi garantert en ny helseminister, med ny stab, nye budsjetter å forholde seg til, og nye tanker. Det er fristende å gjengi nok et sitat, denne gang av Jostein Gaarder: «Det er moro på tivoli, og det er moro med karusell, men av og til får jeg lyst til å hoppe av». Det finnes avhoppere, og de hopper ikke av uten grunn. Det er forståelig at leger blir frustrerte, når de oppdager at de må bruke brorparten av sin tid på administrative og budsjettrelaterte forhold, i stedet for å gjøre pasienter friske. Hvor mange arbeidstimer gikk med etter utspillet fra Ullevål universitetssykehus om at skadeavdelingen ved Oslo legevakt skulle nedlegges, på tross av at det er en meget velfungerende avdeling som går i overskudd? Jeg vil anta at man gjøre seg tanker om sin ledelse, når de spiller russisk

rulett med så mange årsverk, og da også din jobb. Spesielt absurd blir det at alle parter innrømmet at endringen ville forringe helsehjelpen for skadepasientene.

Forandring kan fryde, men av og til trenger vi trygghet og konstanter framfor variabler og usikkerhet. Min forhenværende overlege informerte om at enhver lege må ha følgende to leveregler, for å overleve en karrière på sykehus. For det første: kom aldri tilbake fra ferie før du vet når neste ferie begynner. For det annet: svøm alltid på onsdager. Hans poeng var at man alltid må ha noe positivt å se fram til, spesielt når det er tungt å jobbe. Hvis man trives på jobben, nyter man den uansett.

Av de mange kapteinene som har hatt kommandoen på Stjerneskipene i Star Trek husker vi noen bedre enn andre. Vi husker de som står rakrygget på broen når forliset er uungåelig, og som forlater det havarerte stjerneskipet som sistemann. Vi husker de som utstråler karisma, får fram det beste i mannskapet. Fremfor alt husker vi kapteinene vi forstår, hvis handling og ord går oss rett til hjertet, som representer noe jordnært, men også visjonært. Derfor husker vi Jean-Luc Picard, derfor husker vi James T. Kirk. Resten har vi mest lyst til å glemme.

Stjerneskipet Enterprise og Star Trek har overlevd såpass lenge som konsept fordi det bygger på en visjon og ikke på en karusell. Begynnelsen av det tredje millennium har blitt en tid hvor helsevesenets tilsynelatende uoverkommelige problemer overskygger mulighetene. I denne virkeligheten utøver vi vårt yrke, og gjør vårt beste for å holde motivasjonen oppe. Bekymringene vokser, og det er vanskelig å se om det finnes noen konkret strategi for hvordan framtiden skal bli bedre. Jeg har hørt flere overleger si at denne situasjonen er i progresjon, og at absurditenene vil øke på, både i antall, og i omfang. Forandring kan fryde, men fryden skal ikke være skrekkblandet.

Helsevesenet er ikke et politisk spill, det er en måte å hjelpe mennesker på. Derfor er det i tider som dette vi trenger mennesker som holder ut karusellens sentrifugering. Slike personer trenger vi på alle plan, men primært nærmest pasienten. Ikke minst trenger vi ærlige ledere, som kan gi oss inspirasjon, og få oss til å forstå deres handlinger:

– C: Take us out of the docking area, Number one.
– N: Where to, Captain?
– C: I don't know. Somewhere. Out there.

– Eystein Hoddevik

Foto: Eystein Hoddevik

Foto: Jon Fredrik Stuestøl

Lønn for strevet

Før jeg flyttet hjemmefra da jeg var 18 år, hadde jeg hatt én sommerjobb. Foreldrene mine var av den oppfatningen at ferie burde være ferie, men dette syntes de virket ferie-aktig. Jeg og en venninne solgte jordbær på hver vår side av en mindre vei i Lier. Det høres kanskje kjedelig ut, men det var helt fantastisk. Vi jobbet enten om formiddagen eller om ettermiddagen, og kunne med andre ord dra på stranden like ved enten før eller etterpå. Vi satt i sola eller under parasollen, leste i en bok eller hørte på radio. Alle kundene var stort sett blide og fornøyde. Bonden kom regelmessig med is, brus og nye jordbær.

Tiden for sommerjobb er over, og det er vanlig jobb som gjelder. Is og brus betaler ikke en øre av boliglånet, og ikke kan jeg ringe bonden hvis jeg går tom for det jeg trenger eller vekslepenger. På sykehus og i alle landets legekontorer jobber vi med pasienter og helse. Det er ansvarsfullt og krevende.

Det er mange måter å belønnes på. Ros og oppmuntring, å bli gitt utfordringer og det å bli sett er viktig på en arbeidsplass. Veiledning, fellesskapstilhørighet og trygghet skaper også lojale arbeidstakere. Evig krangling om lønn og arbeidsforhold, men kanskje særlig følelsen av at arbeidsgiver ikke setter pris på innsatsen, gjør ikke det.

Noen observante lesere har kanskje allerede savnet spalten «Morbus norvegicus» som i de to siste årene har bidratt med underholdende og filosoferende synsing om helsetjenesten. Den faste spalten er over, bloggen eksisterer fremdeles (www.norvegicus.no), og jeg vil oppfordre til debatter der. For øvrig vil vi takke Morten Magelssen, Kristoffer Brodwall og Torbjørn Folstad for mange gode innlegg.

– Marit Tveito

Tema: Lønn

Lønnslippen • Leger og kjøpekraft

Lege i Norge = dårlig kjøpekraft

Når Spekter vil at legers lønn skal tilnærmes lønnen til kjøkken- og renholdsassistenter nikker du forståelsesfullt. Vi lever i verdens rikeste land, og nyter godt av den høyeste velferd og den fremste materielle velstand som finnes noe sted på kloden. Å være lege i et slikt land må vel være den sikreste veien til den globale overklassen? Litt av denne umåtelige velstanden du som lege nyter godt av må du da kunne dele med lavtlønnsgrupper. I hvert fall vil politikerne at du skal det.

Så gå da ut av din 36 kvadrats leilighet, eller stans dieselmotoren på din 1997 modell Volkswagen dieselpurke som du kjøpte etter at barneflokken ble alt for stor. Du drømmer om hus, men du har ikke råd. Ditt foretak tilbyr deg sykehusleilighet. Det er lurt. Den har du råd til. For foretaket trekker leien rett fra lønna, og da slipper du å tenke på det. Du slipper å forklare banken hvorfor du bare er vikar selv om du snart er førti.

Hadde du bodd slik hvis du var lege i et annet land? Kanskje, kanskje ikke.

Hadde du kjørt slik bil hvis du var lege i USA? Helt sikkert ikke.

KJETIL A. H. KARLSEN
Styret

Penger er lapper av papir – du lever av kjøpekraft

Målt i bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger er Norge verdens nest rikeste land etter ministaten Luxembourg. 79 000 dollar per innbygger var tallet i 2007 (tall fra IMF – det internasjonale pengefondet), og det gjør norske innbyggere til klodens desiderte overklasse. Tror vi. I USA og Storbritannia, som også er meget rike land, var BNP 45 000 dollar per innbygger. I et mellominntektsland som Polen var BNP per innbygger 11 000 dollar og aller nederst på IMFs liste ligger Burundi med 127 dollar. Er det da slik at Ola og Kari Nordmann er 1,8 ganger rikere enn briter og amerikanere? Kan vi forbruke syv ganger mer enn polakker? Nei, slik er det selvsagt ikke, og forklaringen er kjøpekraft: Det høye kostnadsnivået i Norge svekker vår kjøpekraft. Og det er ikke sant at vi er syv ganger rikere enn polakker. Målt etter kjøpekraft er vi tre ganger rikere. Deres kjøpekraft er omtrent som den var i Norge i 1980, og vi sultet ikke da heller. Så inntekten per innbygger i Norge er meget høy både når man ser på nominelle tall og kjøpekraftjusterte tall. Men forskjellene til andre OECD-land blir mye mindre når man justerer for kjøpekraft og altså tar hensyn til det høye norske kostnadsnivået. Hvordan er det da med legene? Også kjøpekraftjustert skulle man forvente at Norge hadde verdens rikeste leger.

Norge og Tyskland – Europas lavtlønte leger

Tabell 1 forklarer hvorfor ikke leger fra hele verden strømmer til vårt kalde land. Sett fra Tyskland og Øst-Europa er det brukbare lønnsvilkår i Norge. På den internasjonale toppen troner legene i USA. Den kjøpekraftjusterte lønna er 267 tusen dollar, mot magre 61 tusen dollar i Norge. De britiske legene ligger også godt an. Her har lønna i det offentlige sykehusvesenet (NHS) økt med 16 prosent på to år. Norske leger ligger langt etter. Sammenlignet med leger i mange andre land er legene i Norge lavtlønnet. Norske leger har ikke fått ta del i den velstandsutvikling store deler av det norske samfunn ellers har hatt. Når hørte du sist leger argumentere på samme måte som næringslivsledere: At lønna må opp fordi den er høyere i utlandet. Det er altså ingen økonomisk kompensasjon for dårlig klima og perifer beliggenhet… Men legene er ikke alene: Man kunne sett på tilsvarende tabeller for andre akademikergrupper, jurister, lektorer, sivilingeniører, og tabellene ville vært

nokså like. De norske akademikerne har dårlig kjøpekraft. Og den norske middelklassen er lavt lønnet i europeisk sammenheng.

Hvem er det da som har pengene? Ikke legene i hvert fall. En ting er sikkert: Det er lurt å være rik i Norge og hente sin inntekt fra kapital i stedet for arbeid. Det er 65 000 dollarmillionærer i Norge, mot 50 000 i Sverige og 35 000 i Danmark. (VG 18/6-2002).

Og de tyske legene? Finner de seg i dette? Tabellen viser at situasjonen slett ikke er lys for dem. Kjøpekraften deres er til og med lavere enn for norske leger. I Tyskland har det vært en rekke streiker blant legene som har fått stor sympati i befolkningen. Men de tyske legene gjør mer enn å streike: De tyske legene flytter. I følge Der Spiegel 10/11-2006 begynner nå bare litt over halvparten av nyutdannede leger i helsevesenet. De andre går til toppjobber innen industri, ledelse og forskning. Av de som begynner i helsevesenet, flytter halvparten til et annet land. Og hva er det tyske medier har kalt de tyske legene, med sine lange arbeidsdager og dårlige lønn som til og med er lavere enn det leger har i Norge? Kalles de grådige? Nei, de kalles Slaver i hvitt!

Leger i spesialisering og lønn – et lyspunkt?

Norge har en sammenpresset lønnsstruktur. Det er liten avstand mellom de lavest og høyest lønnede. For leger ansatt i offentlige sykehus har dette fått konsekvenser for lønnsforskjellene innbyrdes mellom leger. I Norge er det liten avstand mellom overlegelønn og lønn til leger i spesialisering. Sammenlignet med andre land tjener Leger i spesialisering i Norge brukbart, 560 000 kroner i følge Spekter. Det er imidlertid vanskelig å få tak i gode lønnsdata for leger i spesialisering i andre land. I Danmark er snittlønna for leger i spesialisering 490 000, men de har ikke det fenomenet som heter utvidet tjenesteplan. I Danmark arbeider de normalarbeidsuke. Punktum. Imidlertid er det slik i mange land at leger i spesialisering har dårlig lønn og dårlige arbeidsforhold. Enkelte steder ingen lønn overhodet. Mange hevder at aller verst er det i USA der spesialistene har høy lønn, mens leger i spesialisering nærmest får ingen ting. Men er det slik?

Snittlønna for amerikanske utdanningskandidater er 50 000 dollar i året. Lønna varierer lite og er lik fra spesialitet til spesialitet. Sett med øynene til norske leger i spesialisering er lønna dårlig. Med dagens rekordlave dollarkurs blir det ca. 300 000 kroner. Men la oss stoppe opp et øyeblikk: Korrigert for kjøpekraft er den norske overlegelønna 61 000 dollar. Da er ikke femti tusen dollar for amerikanske leger i spesialisering (som der heter Residents and Fellows) så dårlig lenger. Antagelig gir det en kjøpekraft på linje med det norske leger i spesialisering har, kanskje bedre. Og lønna rekker lenger: En ny Audi A4 koster 168 000 der mot 416 000 kroner her, og boligprisene i amerikanske storbyer er i snitt halvparten av i Oslo. Man må bare holde seg unna New York, San Francisco og noen andre steder. Og så kan man se frem til den dagen slitet som underordnet er slutt, og man kan ta fatt som karrieren som spesialist. Og det er fett … i USA.

De rikeste legene i verden

De amerikanske spesialistene tjener best i verden (tabell 2). Forsikringspremier?

TABELL 1

Kjøpekraftsjustert inntekt, sykehusleger (USD)

Tallene gjelder for spesialister ansatt ved sykehus

Rangering	*Land*	*Årslønn (USD)**
1	USA	267 000
2	Australia	203 000
3	Nederland	170 000
4	Storbritannia	127 000
5	Frankrike	116 000
6	Italia	81 000
7	Danmark	73 000
8	Spania	68 000
9	Norge	61 000
10	Tyskland	56 000

* *Kjøpekraftjustert.*

Der Spiegel 6/2-2006

Dette er tall som er fratrukket forsikringskostnader (USA).

Norge er ikke med i opprinnelig tabell. Norges plassering beregnes med utgangspunkt i dansk overlegelønn (814 000 NOK) og norsk overlegelønn (770 000 NOK) som så justeres for standard kjøpekraftspariteter (PPP Danmark=122, PPP Norge=138, gjennomsnittlig kostnadsnivå for EU=100)

No problem. Disse tallene er netto, etter at forsikringspremier er betalt. Er det verd å slite litt som resident? Her er det snakk om fag med en kjøpekraft som overgår den norske overleger har seks til åtte ganger. Her skammer man seg ikke over å tjene mer enn Stoltenberg. De amerikanske spesialistene tjener dobbelt så mye som George W. Bush, i gjennomsnitt! De største "fiskene" er ikke en gang med: nevrokirurgi og visse deler av den kosmetiske kirurgien. De såkalte "$ 500 K specialities" – 500 kilodollar og oppover - Da er vi på samme nivå som fondsmeglerne og topplederne i store industriselskaper. Og det er i helseindustrien (ja for det heter industri på den andre siden av dammen). Og det er bra i en bransje uten børskrakk.

Men noen synes dette blir for mye. I USA tjener legene 6,2 ganger mer enn gjennomsnittspasienten. I en McKinsey rapport anbefales det at dette nærmer seg vanlig ratio i andre land som er rundt 4. I Norge er denne ratioen under 2. For i Norge skal legenes lønn tilnærmes lønnen til kjøkken- og renholdsassistenter (Anne Kari Bratten, Viseadministrerende direktør i Spekter, til Dagens Medisin 17/1-2008).

Hvor mye skal vi kreve?

Er det da slik at norske leger bør hente inn dette gapet, og bør vi tjene like godt som i USA? Gjennomsnittslønna for overleger i sykehus må da økes til 3,4 millioner kroner for å oppnå samme kjøpekraft. Svaret er nei. De amerikanske legene får trone på toppen alene. Ikke vil vi ha helsevesenet deres, og lønna deres er så langt unna at vi aldri kan nå dit. Vi har magemål, og sier at dette er for mye. De tjener rett og slett for godt. Vi bor på en klode som blir stadig varmere og vi kan ikke kreve en lønn som vil friste oss til et miljøskadelig og hemningsløst luksusforbruk. Men vi fortjener mer enn vi får i dag. Mye mer. Vi vil ha anstendig kompensert for utdanning, kompetanse og ansvar. Det har vi ikke i dag. Vi vil ha et samfunn som satser på kunnskap og belønner dem som tilegner seg kunnskap. Det er bra at lønnsforskjellene i Norge ikke er for store. Det er bra at lavtlønte kan leve av lønna si. Og kravene våre er svært beskjedne. Det vi krever er en lønnsutvikling på linje med andre sammenlignbare grupper i samfunnet, og vi må få kompensert for det vi har tapt gjennom nulloppgjør. Våre lønnsoppgjør må avtales i prosent. Ikke i kroner. Og vil ikke arbeidsgiver møte oss der, så skal de få svar på tiltale. For til våren har vi konfliktrett.

TABELL 2

Gjennomsnittlig årslønn best betalte spesialiteter

Rangering	*Spesialitet*	*Årslønn USD*
1	Kardiologi	460 000
2	Radiologi	425 000
3	Ortopedi	424 000
4	Gastroenterologi	405 000
5	Urologi	380 000
6	Anestesiologi	337 000

Martin Fletcher Physican compensation report 2007

Lønnsslippen – til nytte eller hodebry?

Det er en svært vanlig holdning blant leger at lønnsslippen mottas hver måned uten at legen egentlig forstår hva de enkelte rubrikkene gir av informasjon. Dette har etter omleggingen av lønnssystemet for leger i 2002, blitt enda vanskeligere. Denne artikkelen skal belyse de enkelte momenter på lønnsslippen slik at man forhåpentligvis kan bli mer observant på de feil som kan forekomme i lønnsutbetalingen.

ESPEN MØLLER-HANSEN
Styret

Alle ansatte mottar regelmessig lønnsslipp og selv om det har blitt vanligere med elektronisk utsendelse, gjelder det fortsatt at dette er et viktig dokument som vi egentlig plikter å forstå slik at vi kan korrigere for høy, eller lav utbetaling. En forutsetning for at vi skal få dette til er at vi forstår lønnssystemet. Dette er kanskje den egentlige årsaken til leger finner det vanskelig å etterkomme kravet om å kunne lese og forstå sin egen lønnsslipp. Vi har krav på oss fra arbeidsgiver til å kunne gi tilbakemelding om manglende lønnsutbetaling så vel som for meget utbetalt lønn. Vi har eksempler på at feil utbetaling har blitt kjent først etter lang tid hvor de legene det gjaldt fikk i mot seg krav om tilbakebetaling fra arbeidsgiver. Likeså finnes eksempler på det omvendte hvor leger har fått utbetalt betydelige summer da de endelig skjønte lønnsslippen og fikk sagt i fra om hva som var galt. Det må bemerkes at det er lovfestet 3 års foreldelsesfrist for lønnskrav, samt at leger som får slike tilbakebetalingskrav mot seg, kan gjøre seg tjent med å kontakte Ylfs kontor.

Lønnssystemet

Da lønnssystemet ble omgjort kom det inn en del nye momenter som mange har funnet vanskelig å forstå. Det er mange som i denne sammenheng kunne ønske seg fastlønn uten forvirrende variable tillegg og andre momenter. Vår månedlige lønnsutbetaling består av lønn for 38 timers uke med tillegg for fast avtalt overtid, vaktlønn, med mer. Grunnlønn er ikke lenger et begrep innen lønnsoversikten – her har basislønnen overtatt. Denne utgjør hoveddelen av lønnen og består av minimumslønn pluss eventuelle kollektive tillegg, doktorgradstillegg og andre evt. individuelt avtalte tillegg. Det er vel så vanlig at individuelle tillegg ikke inngår i basislønnen. Alle tillegg i forbindelse med overtidsarbeid og vakt utregnes på grunnlag av basislønnen. Det arbeides på flere sykehus for å få lønnsslippen oversiktlig og forståelig. Vesentlig her er det å synliggjøre basislønnen slik at tilleggenes størrelse også kan sjekkes.

Kjenner du ikke igjen beløpene?

Det er vanlig at man ikke kjenner igjen lønnen sin i beløpene på lønnsslippen. Den hyppigste årsaken er at årsbeløpene for de enkelte lønnsmomentene – basislønn, dr. gradstillegg, individuelle tillegg, osv – deles opp i tilsvarende månedlig beløp. Dersom man har et individuelt tillegg på 15.000kr per år, utgjør dette på lønnsslippen 1.250kr og dr. gradstillegget synes som 2083,33kr.

Overtidsbetalingen

Overtidsbetalingen for leger er et kapittel for seg som gjerne kunne fått egen artikkel, men i korte trekk kan overtiden deles i tre: UTA (Utvidet arbeidstid), Tilfeldig overtid (overtid) UFO-vakter (uforutsette vakter = tidligere vakansvakter). Disse plasseres på egne linjer på lønnsslippen under disse betegnelsene, og gjerne med tallstørrelsen på tillegget per time i parentes. Det potensielt forvirrende her er at disse størrelsene varierer fra turnusleger, leger i spesialisering og overleger, samt at det er forskjeller mellom de enkelte helseforetak. Disse fremgår av de lokale B-delsavtalene.

Et annet forvirrende moment er at UTA antallet er vanskelig å kjenne igjen for mange.

Der finnes tre alternativer å få dette presentert på. Det vanligste er den mest uoversiktlige. Eksempelvis med samlet 44,5 timers arbeidsuke og 38 timer som utgangspunkt. Timesatsen for UTA er oftest 0,075 % av basislønnen.

– UTA 26,0 (0,075 %) –

her er det 26 UTA-timer per måned.

– UTA 44,5 (0,075 %) –
samlet timetall per uke
– UTA 6,5 (0,075 %) –
antall timer per uke utover full stilling

Forekommer det feil i dette, vil det være vanskelig å oppdage og man må sjekke tallverdiene her nøye av og til. Sammenlikne gjerne tallene med en kollega med samme tjenesteplan.

Tilfeldig overtid (oftest 0,08 % av basislønnen per time) skrives på egen linje – evt. på flere linjer dersom en har levert inn flere overtidslister.

Vaktlønnen er kompensasjon for arbeidstiden mellom kl 17 og 07. Denne erstattet kvelds- og helgedagstillegget for noen år siden. Det fremkommer på slippen som "vaktl 0,025 % " det eksakte timeantallet må sjekkes i henhold til tjenesteplanen, men dette beløpet skal i hovedsak være det samme fra måned til måned så lenge man ikke har gjort endringer i tjenesteplanen.

Reell overtidsoversikt

Det er klare regler i arbeidsmiljøloven om overtidsbruk (AML § 10-6). Grensene for overtid er 10 t per 7 dager, 25t per 4 uker, 200t per 52 uker. Det kan søkes Arbeidstilsynet om utvidelse av grensen til 400t per år (gjøres av arbeidsgiver). Lønnsslippen skal egentlig gi deg informasjon om hvor mye overtid du selv har jobbet i inneværende år. Men dette stemmer for de aller fleste ikke – det er store mangler i registreringen av overtid. Det som ofte glipper ut av registreringen i lønnsdatabasene er UFO-vaktene. Disse utgjør for mange en betydelig andel timer som egentlig gjør at grensene for overtidsbruk overskrides brutalt. Det bør jobbes for å få den reelle overtidsbruken registrert på lønnsslippen til enhver tid. Gi beskjed til lønn/personal dersom timeantallet ikke er korrekt.

Ou-fond?

Nederst på lønnsslippen står det Oufond - Det trekkes for alle lønnsmottakere til et såkalt Opplysnings- og utviklingsfond. Beløpet er relativt lite. I størrelsesorden kr 10 per måned. Innbetalingen til disse fondene som er sentralt styrt f. eks innen HSH, skjer fra både arbeidstaker og arbeidsgiver med tilsvarende beløp. Det kan søkes om midler og stipender fra disse fondene til arbeid innenfor vedtektene. Det er ulike vedtekter innen de forskjellige organisasjonene (HSH, Spekter og Oslo Kommune). Alle ansatte betaler inn omtrent samme beløp. Beløpet avhenger vanligvis av stillingsstørrelsen man har, ikke av samlet lønn.

Trekk til pensjonskasse

På slippen er det ofte linjer for trekk – disse ser man med minustegn etter beløpet. Skatten er selvsagt størstedelen av trekket. AML hjemler når det kan trekkes i lønn (§14–15). Skatt og pensjonstrekk utgjør på forhånd avtalte trekk. Andre trekk i lønn som ikke er listet opp i AML § 14-15, avtales i hovedsak i hvert enkelt tilfelle og bør således ikke komme som noen overraskelse. Offentlig ansatte leger betaler inn til en pensjonskasse, 2–2,5 % av lønnen. Betingelsene varierer litt men er i det store og hele de samme og vi har liten innvirkning på denne delen av lønntrekket. Medlemskap bestemmes av hvor man er ansatt og selv om medlemskapet virker lite aktuelt for unge leger, er det likevel viktig at vi allerede nå passer på at vi har blitt innmeldt og registrert i for eksempel KLP eller SPK.

Ferietrekk til forvirring

Feriepengegrunnlaget følger fra året før og gir informasjon om hvor mye du får utbetalt i som godtgjørelse i den måneden man trekkes for ferie. Det utgjør 12 % av feriepengegrunnlaget og det trekkes ikke skatt av dette beløpet i denne måneden. Beløpet inngår derimot i den skattbare inntekten det året den utbetales, men det føles ikke som om vi betaler skatt av den når den ikke trekkes den aktuelle måneden.

Alle arbeidstakere skal i utgangspunktet ta ut ferie og arbeidsgiver plikter å legge forholdene til rette slik at man får tatt ut sin ferie ihht Ferieloven. Derfor blir alle i utgangspunktet trukket for 5 uker ferie i en av sommermånedene, oftest juni eller juli. Det trekket kan overraske dersom man ser etter fordi trekket utgjør mer enn en ordinær månedslønn, tilsvarende 5 uker. Da fremkommer det på lønnsslippen først oppsatt lønn med de ovenfornevnte elementene, med påfølgende trekk for 5/4 av de til vanlig gitte beløpene. Dette gjør at man kan komme særs dårlig ut dersom det er første året man jobber og ikke

Detaljer / Lønnsperiode

Beskrivelse	Stilling	Antall/grunnlag	Beløp
Månedslønn (leger)	749L0012	0,00	34 916,67
Vakttillegg LUS 0,041%	749L0012	29,40	5 050,63
Rekrutteringstillegg leger	749L0012	60 000,00	5 000,00
UTA	749L0012	20,58	6 898,42
Utrykningstillegg 0,125%	749L0012	4,33	2 267,84
Tillegg utrykning helg 0,125%	749L0012	1,67	874,66
Ulykkesforsikring arb.tid		0,00	45,00
Gruppeliv		0,00	790,00
KLP		0,00	-1 100,16
OU-fond ansatte		0,00	-10,83
Skattetrekk		53 908,04	-13 477,00

Desember er en ekstra fin skattemåned

har opparbeidet seg noe feriepengegrunnlag fra året før. Hvis man da velger å ta ut ferie som man egentlig skal, kan resultatet bli negativ utbetaling, altså at man trekkes ytterligere ved neste lønnsutbetaling. Ønsker man derimot å unngå denne situasjonen, må det gis beskjed til personal-/lønnskontoret om at det ikke skal trekkes for full ferie, men for eksempel bare for 2 uker dette året. Fristen for dette er vanligvis omkring 1.mai, men det kan variere en del.

At man bør ta kontakt med lokale tillitsvalgte eller Ylfs kontor dersom det fortsatt er uklart eller dukker opp vanskeligheter i forbindelse med lønnsutbetalingene, kan ikke gjentas for mange ganger.

GÅ TJENESTEVEI

Å GENIE JET VETS
NEGÅTE TIE JET
ÅVENGE I JET SET
SENATET GIVE JE
EÅSE JET VET GIN
ÅGE EVENS JETT

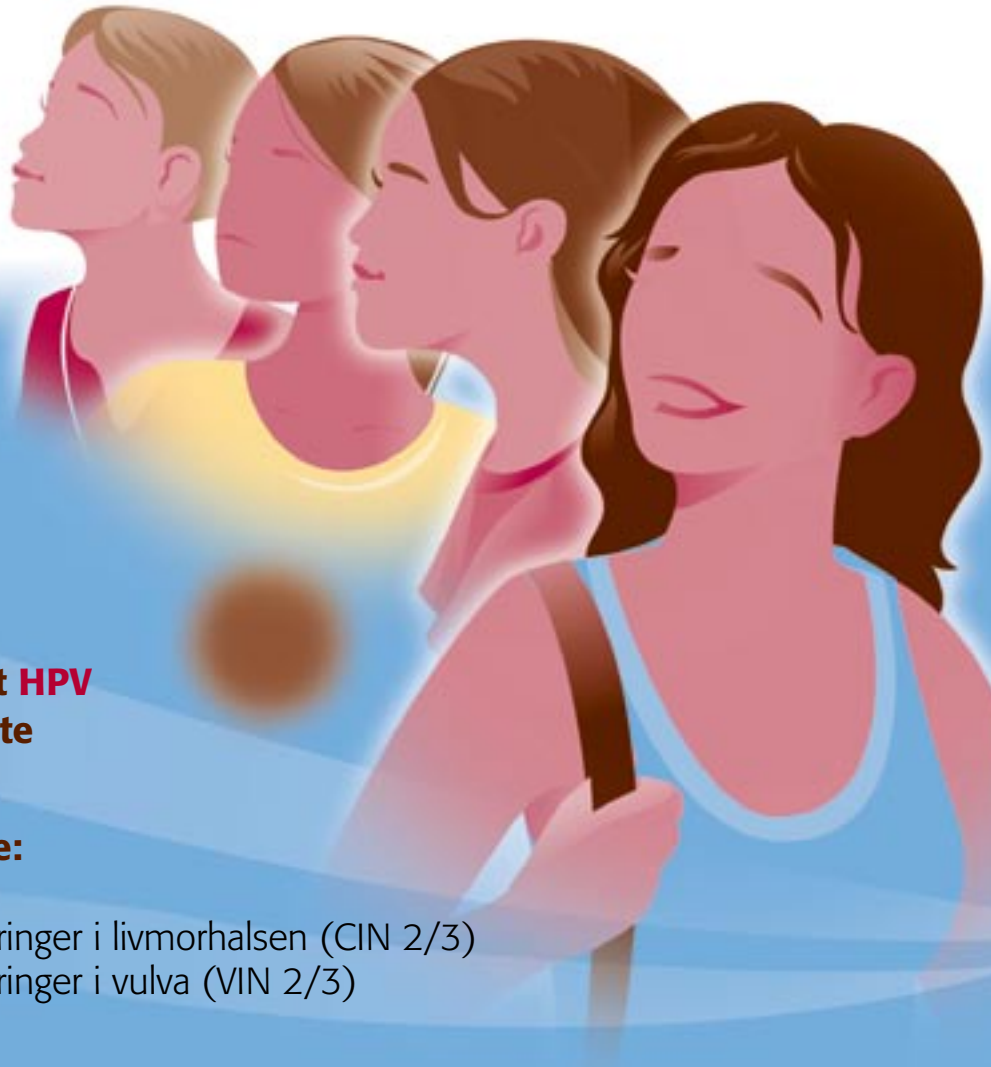
GÅ TJENESTEVEI

… og hell og lykke vil komme til deg
og du vil leve lenge i landet

– Hege Gjessing

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

Vaksinen som beskytter mot 4 papillomavirustyper og som skal forebygge livmorhalskreft**



Dokumentert effekt mot HPV 6, 11, 16 eller 18-relaterte genitale sykdommer

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

09-2007-NO-046-01

Se felleskatalogtekst side 38

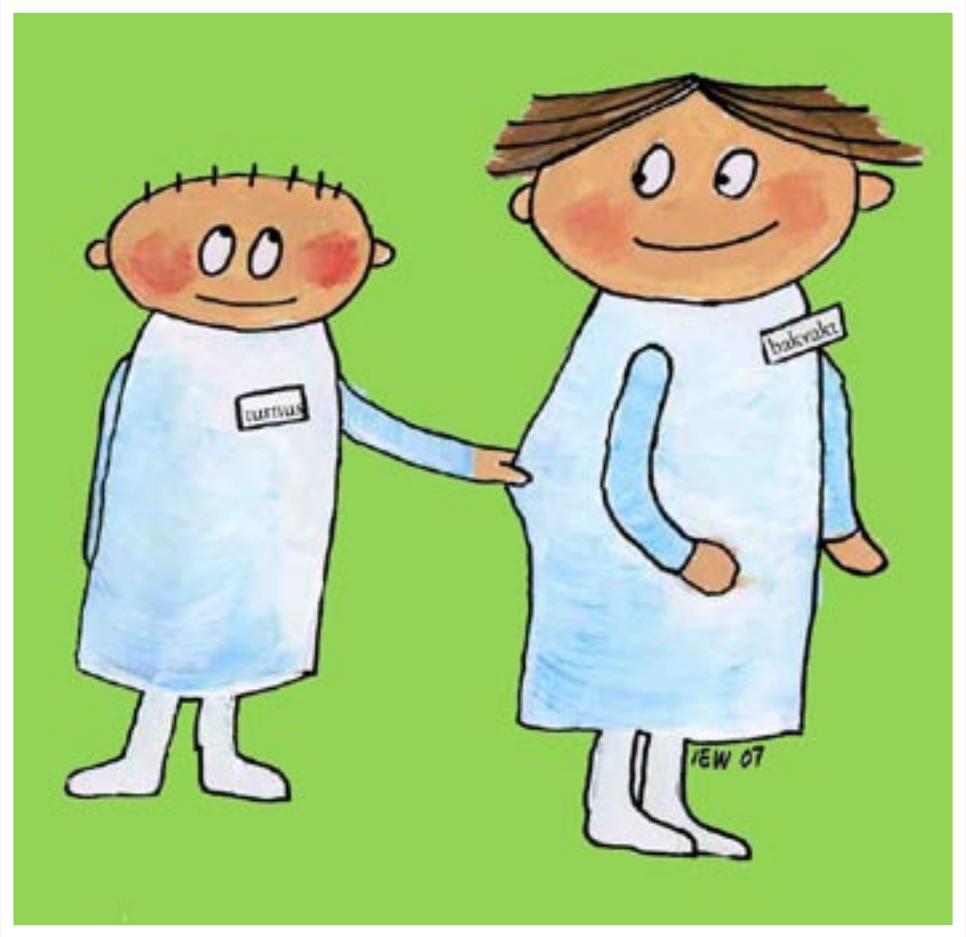
For bred beskyttelse* og tidlig nytte**

* Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.
** Norsk SPC

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
infono@spmsd.com

TURNUSTJENESTEN



Bilaget:
Alt du bør vite om turnustjenesten

Legeforeningen
Legeforeningen er fagforening og faglig forening for alle landets leger. Legeforeningen har nå over 25 000 medlemmer og er sammensatt av mange underforeninger. Yngre legers forening er av syv yrkesforeninger i legeforeningen. Ylf har over 6000 medlemmer. Vi er fagforening for turnusleger, sykehusleger som går i utdanningsstillinger, vernepliktig befal og stipendiater.

Ylf har eget kontor i Legenes hus, Akersgt. Oslo. Du finner e-postadresser til oss på vår hjemmeside.

Vi anbefaler alle å bruke lokale tillitsvalgte først og la de ta kontakten inn til oss når det er behov. Dette er fordi vi ser at det har stor betydning at vi klarer å utvikle et best mulig tillitsvalgtapparat.

Turnusrådet
Turnusrådet er Legeforeningens faglige organ for turnustjenesten for leger. Spørsmål vedrørende faglige sider ved turnustjenesten tas opp med turnusrådet.

Henvendelser rettes til Legeforeningens sekretariat som vil hjelpe deg videre.

Avtaleverket – dine rettigheter!
Det inngås avtaler mellom arbeidsgivers og arbeidstakernes organisasjoner. Disse avtalene omtaler forhold og rettigheter angående arbeidstid, lønn, vakttjeneste osv.

De avtalene legeforeningen har med helseforetakene kalles A2 og B.

A2 er en felles nasjonal avtale for alle sykehusleger, mens B er lokale versjoner som fremforhandles på det enkelte foretak. Innholdsmessig er mye likt, men med lokale varianter av en del temaer. Vi vil senere i dette heftet flette inn paragrafer fra A2 som har betydning for de forskjellige temaene.

Hovedtemaer som er avtalefestet; Arbeidstid: definisjoner og muligheter for utvidet arbeidstid. Vernebestemmelser- som beskriver maksimumsgrenser for arbeidstid, rett og plikt til å jobbe vakter, lønnsnivåene, forhold som angår turnusleger (§8)

Disse avtalene skal ligge på intranettsidene til foretaket. De ligger også på legeforeningens hjemmeside.

Hvem er din tillitsvalgte?
Hvis du trenger hjelp bør du kontakte din tillitsvalgte. Det skal være Ylf-tillitsvalgte ved henholdsvis kirurgisk, medisinsk og psykiatrisk avdeling og disse fungerer også som turnuslegenes tillitsvalgte. Over dette finnes det en hovedtillitsvalgt/foretakstillitsvalgt for sykehuset/foretaket. Personalavdelingen skal hele tiden ha oversikt over hvem de tillitsvalgte er. Ofte ligger opplysningene også på intranett. Hvis du ikke finner din tillitsvalgte kan du sende e-post til Ylf's kontor.

Autorisasjon
Når du er ferdig med tjenesten på den enkelte avdeling, må du selv sørge for å få avdelingsoverlegens underskrift på tjenestebeviset (søknad om autorisasjon) som du får tilsendt fra Helsetilsynet. Din autorisasjon vil bli datert etter den dato Helsetilsynet mottar din søknad.

Evaluering av turnustjenesten
En rekke endringer i rammebetingelsene for turnustjenesten reiser spørsmål om tjenesten fortsatt oppfyller hensikten og hvilke endringer som eventuelt er påkrevet. Legeforeningen gjennomfører en kontinuerlig standardisert nasjonal evaluering av turnustjenesten basert på spørreskjemaundersøkelser. Spørreskjemaundersøkelsene skal måle kvaliteten i turnustjenesten og tjene som informasjonsgrunnlag i arbeidet med å utvikle tjenesten. De skal danne grunnlag for beslutninger vedrørende turnustjenesten både for turnusrådet, arbeidsgivere og myndigheter. Undersøkelsen gjennomføres anonymt, og det er viktig at du benytter anledningen til å gi uttrykk for din vurdering av tjenesten.

Flytting
Sykehusturnus og distriktsturnus:

Flytteutgifter
Enkelte foretak/kommuner dekker flytteutgifter for turnusleger. Dette kan undersøkes ved å kontakte personalkontoret eller lokale tillitsvalgte hos den arbeidsgiveren du skal begynne hos.

Utover det som eventuelt dekkes av ny arbeidsgiver, er SAFH fra 1. januar 2005 delegert oppgaven med tilskudd til reise og flytting for turnusleger. Reglene for tilskudd til reise og flytting for turnusleger finnes på denne linken: http://www.shdir.no/publikasjoner/rundskriv/tilskudd_til_reise_og_flytting_for_turnusleger_og_turnusfysioterapeuter_2006_36009

Skjema for søknad om slikt tilskudd finnes her:
http://www.safh.no/skjema/reiseutg.pdf

Flyttedag
Flyttedager reguleres av personalhåndbøker. Vanligvis har man krav på inntil 2 dager velferdspermisjon for flytting. Det er den nye arbeidsgiveren som eventuelt skal dekke dette.

Bolig
Sykehusturnus:
Overenskomstens del A2 § 8.3.2: Turnusleger skal tilbys tilfredsstillende boligforhold. Se for øvrig http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=11604

Distriktsturnus:
Særavtalen § 11.6: Turnuslegen skal tilbys tilfredsstillende boligforhold i samsvar med de normer som gjelder for turnusleger i sykehus. Turnusleger har plikt, med mindre særlige grunner tilsier noe annet, til å bo i den anviste bolig eller dekke kommunens eventuelle husleietap hvis boligen ikke kan leies ut midlertidig til andre, se særavtalen 11.7. Særavtalen finnes her: http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=111867&subid=0

Felles for sykehus- og distriktsturnus:
Turnusforskriften § 19: Turnusstedet skal skaffe turnuslegen bolig. Det foreligger ingen sentral regulering av husleien.

Statens helsetilsyn har gitt følgende retningslinjer om turnuslegenes boligforhold:
Dersom man ikke blir enige om hva som er tilfredsstillende boligforhold, kan følgende retningslinjer gi veiledning:

1. Den frie gulvflate bør ikke være mindre enn 70m2 og utgjøre minimum 3 rom (1 oppholdsrom, 2 soverom) ent., kjøkken, bad og WC.
2. I kjøkken skal være installert: Komfyr med minst 3 kokeplater og stekeovn. Kjøleskap. Skapplass til kjøkkenutstyr og mat. Kjøkkenbenk med oppvaskkum og utslagsbenk.
3. I soveværelse skal være: Dobbeltseng med tilhørende madrasser. Nattbord og klesskap.
4. I bad skal være installert: Kar med eller uten dusj. Håndvask. Hylle med speil. Det må være rimelig adgang til klesvask (vaskemaskin eller lett adgang til fellesvaskeri)
5. I tilfelle hvor kandidaten ønsker det forutsettes det at sykehuset også er behjelpelig med møblering for øvrig

Arbeidsavtale
Arbeidsmiljøloven § 14-5 stiller krav om at det skal inngås skriftlig arbeidsavtale i alle arbeidsforhold. Avtalen skal inneholde bestemmelser om partenes identitet, arbeidsstedet, tittel, tidspunktet for arbeidets oppstart og forventet varighet. I tillegg er det vanlig, eventuelt som en henvisning til tariffavtalene, at arbeidsavtalen

gir opplysninger om rett til ferie og feriepenger, oppsigelsesfrister, lønnsvilkår og arbeidstidsregler. Det er vanlig at det henvises til tariffavtaler som regulerer arbeidsforholdet. Vi ser at flere arbeidsgivere tar inn formuleringer i arbeidsavtalene som strider mot gjeldene kollektive avtaler. Dette ser vi særlig i forhold til bestemmelser om arbeidssted, og det vil ha betydning for deg etter at du er ferdig med turnustjenesten og evt. søker stilling ved sykehus. Arbeidsavtalen vil gjelde foran avtaleverket. Hvis du er i tvil om formuleringer i arbeidsavtalen vil vi gjerne at du kontakter Ylf slik at vi kan gi deg råd.

Arbeidstid

Sykehusturnus
Arbeidstiden for leger i sykehus skal beskrives i en tjenesteplan. Leger er unntatt fra arbeidsmiljølovens bestemmelser om daglig og ukentlig arbeidstid, og daglig og ukentlig fritid. Vi har tariffavtalt vernebestemmelser som innebærer at man innenfor rammene i en tjenesteplan kan arbeide inntil 19 beregnede timer per vaktdøgn, at ingen arbeidsuke skal overstige 60 timer, at hver enkelt arbeidsuke skal inneholde minimum 28 timers sammenhengende fritid, og at det mellom to arbeidsperioder skal være en arbeidsfri periode på minimum 8 timer.

Turnusleger i sykehus kan i gjennomsnitt bli pålagt å arbeide 38 timer i uken (dersom man har vakttjeneste mellom kl 2000 og 0600), eller 40 timer i uken (uten vakt i nevnte tidsrom). Arbeid utover denne tid kan avtales med den enkelte, så lenge man holder seg innenfor vernebestemmelsene. Denne tiden kalles utvidet tjeneste/arbeidstid (UTA).

Overtidsarbeid
Det er ikke avtalt unntak for overtid i tariffavtalen. Det er uttrykkelig sagt i A2 § 3.6.1 at overtidsarbeid anvendes i overensstemmelse med arbeidsmiljølovens bestemmelser om overtid. Adgangen til å pålegge overtidsarbeid er begrenset til 10 timer pr uke, 25 timer pr 4 uker og 200 timer pr år. Disse bestemmelser knytter seg til overtidsarbeid isolert sett. Overtidsarbeid vil være alt arbeid som ikke står på den enkeltes tjenesteplan. I tillegg til dette kan man ikke pålegge overtid som sammen med alminnelig arbeidstid overstiger 13 timer pr døgn eller 48 timer pr uke.

Turnus i kommunehelsetjenesten
Turnusleger i kommunehelsetjenesten har en arbeidstid på 37,5 timer. I tillegg kommer legevakter. Organisering av legevakt er kommunens ansvar. Arbeidsmiljøloven § 48 stiller krav til at det skal utarbeides en arbeidsplan i slike tilfeller. Planen skal være forutsigbar for den enkelte arbeidstaker både hva gjelder arbeidstid og fritid. Det er fast praksis at slike arbeidsplaner rullerer mellom de legene som er med i vaktsjiktet etter et bestemt mønster. Turnuslegene skal inngå i denne vaktordningen på samme måte som de andre legene; det vil si de skal verken komme bedre eller dårligere ut enn de øvrige legene.

Tjenesteplan i sykehus
Arbeidsmiljøloven § 10-3 stiller krav om at dersom arbeidstakerne arbeider til ulike tider av døgnet skal det utarbeides en arbeidsplan som viser til hvilke uker, dager og tider den enkelte skal arbeide. Det er vanlig å kalle denne planen for tjenesteplan. Tjenesteplanen skal utarbeides i samarbeid med de tillitsvalgte.

Tjenesteplanen utarbeides med utgangspunkt i hvor mange leger det er i vaktsjiktet. Dersom det arbeider 7 leger i vaktsjiktet blir tjenesteplanen 7-delt, og vil rullere hver 7 uke. I løpet av denne 7-ukers perioden vil det variere hvor mange timer i uken man arbeider avhengig av hvordan vaktene fordeles. Det kan være uker på opptil 60 timer, og det kan være uker med null timer (såkalt nulltimersuke) på tjenesteplanen. Det er gjennomsnittet av timene i tjenesteplanen som er avgjørende for hvor lang tjenesteplanen sies å være. Et vanlig gjennomsnitt i tjenesteplanen er ofte 42-43 timer.

Endring eller oppsigelse av tjenesteplan som inneholder UTA (utvidet tjeneste/arbeidstid) skal gjøres med de frister som er avtalt mellom partene lokalt. Normalt er det 4 ukers frist for endring. "Endring" vil si justeringer hvor avtalt antall timer i tjenesteplanen ikke forandres. Hvis det er behov for å avtale flere eller færre timer i tjenesteplanen må det foretas oppsigelse, og da er varslingsfristen 2 måneder. I utgangspunktet vil dette også gjelde for endringer av oppstart i turnustjenesten, men her bør man være noe mer pragmatisk.

Hvem har ansvar for tjenesteplanene?
Det er uten tvil arbeidsgivers ansvar å organisere arbeidet. Om dere som turnusleger finner det hensiktsmessig kan dere selvsagt være behjelpelige i så henseende. Noen ganger kan det være en fordel fordi dere i større grad kan organisere tiden deres selv.

Vi vil uansett be dere hjelpe til i forhold til de som kommer etter dere ved at dere følger med på at det lages et opplegg som er klart når de nye ankommer.

Vakt

Vaktplikt
A2 § 3.5.2 (...) arbeidsbelastningen skal som hovedregel foredeles jevnt på det antall leger som omfattes av ordningen.

Paragrafen beskriver at alle har rett og plikt til å jobbe vakt der det er etablerte vaktordninger. Videre skal vaktene fordeles jevnt på de som er med i ordningen.

Døgnvakt eller ikke døgnvakt?
Ylf mener at det er viktig at man har nattevakter også i løpet av turnustjenesten, fordi man i vaktsituasjonen får testet evnen til å gjøre selvstendige vurderinger som lege.

I forbindelse med at det ble opprettet stillinger for turnusleger ved Ullevål Sykehus i sin tid, ble det fra sykehusledelsens side besluttet å minimere turnuslegenes tjenesteplaner. Turnuslegene ble derfor ikke tilbudt vakttjeneste på natt. Dette ble klaget inn for fylkeslegen i Oslo og Helsetilsynet, som etter vurdering kom til at tjenesten måtte godkjennes. Det er flere som mener at resultatet ikke var faglig basert, men bar preg av behovet for å ha mange turnusplasser.

Dermed kan man si at prinsippet er godtatt av myndighetene, men at Ylf aldri har akseptert den faglige begrunnelsen for dette.

Hvor mange vakter må jeg ha for å få godkjent tjeneste?
Det er ikke laget bestemmelser på hva som er det minste antall vakter du må ha for å få godkjent tjenesten, og i praksis vil det derfor være den som godkjenner tjenesten din som skriver under på at du har hatt en fullverdig tjeneste.

Vaktrom i sykehusturnus
Det følger av A2 § 8.4.1 at sykehuset skal stille velegnet vaktrom til disposisjon for vakthavende lege.

Formuleringen er identisk med den som fantes i tidligere tariffområder. Da de sentrale parter drøftet innholdet i dette ble det vist til tidligere vedlegg som beskriver standarden. Vedlegget er ikke tatt med som vedlegg til A2, men det har ikke på noe tidspunkt vært anført at en annen standard enn dette skal gjelde. Vedlegget må derfor brukes som utgangspunkt for innholdet i vaktrommet. Det er selvsagt ikke til hinder for at partene lokalt definerer en bedre standard enn dette. Standarden er som følger:

Vedlegg 1
VAKTROM FOR SYKEHUSLEGER MED VAKT PÅ ARBEIDSSTEDET (TILSTEDEVAKT)

Vaktrom nyttes som kjent av leger som pga vaktarbeidets art ikke kan oppholde seg i hjemmet under vakten.

Partene er enige om følgende retningslinjer for hvilken standard vaktrommene skal ha:

1. Vaktrom for leger skal være utstyrt med sove-, lese- og skriveplass samt skapplass av tidsmessig standard. Vaktrommene skal ha telefon med forbindelse utenfor sykehuset (bylinje), samt være utstyrt med radio. Om dagen skal vaktrommene normalt ikke benyttes til andre formål, og så vel selve rommet som skapene må kunne låses. Fra vaktrommene må det være lett adkomst til toalett og bad.
2. Vaktrom bør ha et areal på minst 10 kvadratmeter og dessuten være plassert slik at det har vindu. Rommet bør ha hensiktsmessig adgang til toalett og dusj.
3. Med mindre varm drikke og enkle måltider kan ordnes også på tider da sykehusets kantine er stengt, bør det være mulighet for å lage eller varme mat og drikke i tilknytning til vaktrommet.
4. Hvor sykehuset har 5 eller flere leger med tilstedevakt samtidig, bør det dessuten stilles oppholdsrom til rådighet med adgang til TV, dagsaviser etc.

Fravær som ikke resulterer i resttjeneste

Sykehusturnus
Feriefravær:
Maks 5 uker, fordelt likt på minimum to avdelinger.

Sykefravær/annet fravær:
Inntil 4 uker, men maks 2 uker ved en enkelt avdeling

Fravær utover dette resulterer i resttjeneste.

Distriktsturnus
Feriefravær:
Maks 2 ½ uke

Sykefravær/annet fravær:
Inntil 2 uker

Fravær utover dette resulterer i resttjeneste.

Ferie

Rett til ferie med lønn?
Hvor mye ferie med lønn du har krav på i 2008, avhenger av opptjeningen i 2007. Dette betyr at feriepenger beregnes på grunnlag av arbeidsvederlag utbetalt året før man tar ut ferie. Dette skyldes at opptjeningsåret for feriepenger er det forutgående kalenderår, se ferieloven § 4. Full opptjening utgjør 30 virkedager ferie med lønn (5 uker). Dvs. at du opptjente rett til 2,5 virkedager ferie med lønn i 2008 pr hele måned du arbeidet i 2007.

Kan jeg ta ferie uten lønn?
Selv om du ikke har opptjent rett til ferie med lønn, har du likevel rett til feriefritid (altså du kan ta ferie uten lønn.). Dersom du har begynt hos arbeidsgiver senest 30. september i ferieåret (inneværende år), har du rett til full feriefritid (5 uker) i år forutsatt at ferie ikke allerede er tatt ut hos annen arbeidsgiver tidligere i ferieåret, jf ferieloven § 5 nr 3.

Kan arbeidsgiver pålegge meg å ta ferie uten lønn?
Nei, arbeidsgiver kan ikke pålegge deg å ta ferie uten lønn. Unntak fra dette er hvis du jobber et sted hvor driften innstilles i forbindelse med ferieavviklingen (fellesferie). Da må ferien avvikles uansett, se ferieloven § 5 nr 6.

Kan du overføre feriepenger til ny arbeidsgiver?
Det følger av ferieloven § 11 nr 3 at alle opptjente feriepenger utbetales siste vanlige lønningsdag før fratreden. Kriteriet for utbetaling av feriepenger er at arbeidsforholdet opphører. Dette betyr at du får utbetalt alle opptjente feriepenger når du slutter hos den arbeidsgiveren der opptjeningen har funnet sted.

Merk: Selv om du etter ferieloven har rett til å ta ut 5 uker feriefritid, må du for å unngå resttjeneste likevel fordele den årlige ferien slik det fremkommer ovenfor om fravær som ikke resulterer i resttjeneste.

Svangerskap og foreldrepermisjon

Sykehusturnus
Overenskomstens del A2 § 8.3.3: Turnuslege som får avbrutt turnustjenesten pga svangerskaps- eller fødselspermisjon, skal ha rett til å fortsette sin turnus ved samme tjenestested etter endt permisjon. Se forøvrig Overenskomst mellom NAVO-Helse og Den norske lægeforening.

Folketrygdloven § 14-4: For å ha rett til fødselspenger etter folketrygdloven må barnets mor ha vært yrkesaktiv med pensjonsgivende inntekt i minst 6 av de siste 10 månedene før stønadsperioden starter.

Overenskomstens del A1 § 1.2, jf § 1.1: Den som er ansatt og har tiltrådt stilling i virksomheten og har rett til fødselspenger, svangerskapspenger mv. etter folketrygdloven, har rett til full lønn uten hensyn til bestemmelsene om inntektsbegrensning. Full lønn er all godtgjøring etter oppsatt tjenesteplan. Se for øvrig Overenskomst mellom NAVO og Akademikerne-Helse.

Se for øvrig artikkel i Ylf Forum nr 9 for 2003.

Distriktsturnus
Turnuslege som får avbrutt turnustjenesten pga svangerskaps- eller fødselspermisjon, skal ha rett til å fortsette sin turnus ved samme kommune for gjennomføring av resttjeneste i kommunehelsetjenesten etter endt permisjon. Dette synet støttes også av Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Folketrygdloven § 14-4: For å ha rett til fødselspenger etter folketrygdloven må barnets mor eller far ha vært yrkesaktiv med pensjonsgivende inntekt i minst seks av de siste ti månedene før stønadsperioden starter.

Hovedtariffavtalen i KS, fellesbestemmelsene § 8.3.1, jf § 8.2.2.1: Det utbetales full ordinær lønn, faste årsbeløp og faste variable tillegg etter oppsatt turnusplan.

Se hovedtariffavtale i KS-området. Hovedtariffavtalen finner du her: http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=101175&subid=0

Se for øvrig artikkel i Ylf Forum nr 9 for 2003

Legevakt i kommunehelsetjenesten

Refusjoner fra folketrygden:
For legevaktsarbeid får turnuslegen refusjoner fra folketrygden. Disse inntekter regnes som næringsinntekt, og det må avsettes penger til skatteoppgjøret. Det kan lønne seg å ha en regnskapsfører som fører legevaktregnskapet.

Legevaktskoffert:
Kommunen plikter å holde legevaktskoffert med faglig forsvarlig utrustning. Medisiner og forbruksvarer dekker turnuslegen selv.

Fri dag etter legevakt:
Man har krav på fri dag etter legevakt uten trekk i lønn dersom legen etter en konkret vurdering av belastningen finner at arbeid neste dag blir uforsvarlig, se særavtalens punkt 7.6

Saksgang når det oppstår problemer

Felles for sykehus- og distriktsturnus:
Se pkt 5.4 under målbeskrivelse for turnustjenesten for leger. Målbeskrivelsen finner du her: http://www.legeforeningen.no/asset/25700/2/25700_2.pdf

To turnusleger på jobb

Mo i Rana:

Det er en kald januardag. Snøen laver ned og gradestokken kryper ned mot minus 8, en mørk nordnorsk vinterkveld i Mo i Rana. Vi står utenfor akuttmottaket og skal møte Trygve, som er turnuslege og har nattevakt. Han begynner å bli «erfaren», har slitt korridorene her i snart seks måneder.

ASTRI REGE
Styret

– Etter ferdig studium ved Royal College of Surgeons i Irland, var jeg glad jeg fikk turnusplass, hadde hørt mye klaging om lange ventetider for turnus helt siden studiestart. Var heldig og fikk en plass selv om jeg måtte vente til 3. suppleringsvalg - men nummeret var ikke særlig bra så kan ikke si at jeg kom til Mo i Rana frivillig, hadde kun valget mellom Mo i Rana og Mosjøen. Når det er sagt hadde jeg bestemt meg for at jeg ønsket et lite sykehus og i Nord-Norge, så egentlig var jeg ganske fornøyd når alt kom til alt.

I akuttmottaket venter en liste av pasienter. Avtroppende turnuslege avslutter sitt siste arbeid, og Trygve overtar. Her venter utfordringer med stor variasjon. Og en lang natt, som eneste lege på sykehuset med 60–70 inneliggende pasienter. Bakvakter har passiv arbeidstid etter åtte, radiografen går hjem klokka ni, og laboratoriepersonalet klokka ti. Da må turnuslegen selv vurdere om og hvem han trenger hjelp fra i løpet av natta

– Føler du deg alene og utrygg på vakt om natta?

– Nei, kan ikke si det. Bakvaktene kommer raskt om jeg trenger hjelp, og ingen klager når vi ringer, det er aldri problem å få tak i hjelp – det er da dette systemet fungerer best for alle. Men selvsagt er det situasjoner der man lurer på om man har gjort det rette, og det hadde vært lettere hvis det var en mer erfaren lege i spesialisering på jobb sammen deg i mottakelsen. Siden turnuslegene utgjør en ganske stor prosentandel av antallet leger på sykehuset, betyr det at vi blir inkludert i mye av arbeidet, noe er som er kjempemoro, lærerikt, jævlig utfordrende, men alt i alt positivt. Har jobbet to somrer tidligere ved et sykehus i Oslo, så jeg kan sammenligne med det. På store sykehus får en andre typer erfaringer og se mer spesialiserte ting og må samarbeide med flere mennesker. Pasientene er kanskje mer kompliserte, men der fungerer man mer som

Foto: Astri Rege

Turnuslege Trygve Sundby Hall utenfor akuttmottaket.

støttespilleren til assistentleger og overleger. Sykehuset her er veldig avhengig av turnuslegene, noe som er tilfredstillende etter et langt liv som student, du føler du arbeider som lege, og at du gjør nytte for deg!

Callingen piper, og Trygve må opp på medisinsk avdeling og vurdere en inneliggende pasient som har brystsmerter, før han tar til med første pasient i akuttmottaket. EKG'et ser greit ut, og 87 år gamle Ingeborg som har kjent angina får en nitro-tablett. Nå må han brette opp armene og rydde mottaket.

Her venter allerede ett par pasienter. Noen har fått tatt røntgenbilde av armer og bein etter fall. En eldre herre

ramlet i dag formiddag på vei ut etter posten, og har etter det hatt vondt i den ene hofta. Røntgenbildet viser en medial fraktura colli femoris. En kjapp telefon for å melde den til bakvakt, som ber ham forberede pasienten til operasjon i morgen tidlig, og smertelindre gjennom natta.

Callingen piper på nytt, medisinsk avdeling har en urolig dement pasient som har blitt for irriterende for personalet, de ønsker å gi han noe slik at han sovner. Like etter er det kirurgisk intensivpost som vil ha hjelp. En postoperativ pasient har fått ordinert væske, men sykepleier synes at han virker litt surklete, og vil at Trygve skal lytte først. Så er det mottakelsen igjen, en fem år gammel gutt med falsk krupp kommer inn med pustevansker. Foreldrene har forsøkt det meste, og nå skal pari-apparatet prøves.

Det virker rolig, og Trygve vil gå for å sove. Turnuslegene har en «suite», et rom på kreftpoliklinikken til soverom om natta. Her er det oppredd seng og TV. Her får han en time på øyet til han blir rusket ut av søvnen av det evinnelige pipet. Det er sykepleieren i mottakelsen, temmelig oppkavet på telefonen; han må komme. Trygve småspringer bortover gangen, og i mottakelsen venter en mann i 50 årene som bare dukket opp på døren. Han hadde selv kjørt dit, etter at han fikk brystsmerter. Sykepleieren vifter hektisk med et EKG og legger pekefingeren bestemt på ST-elevasjonen i V3-V6. Da er det bare å vekke medisinsk bakvakt, for trombolyse vil han ikke starte på egen hånd.

Slik går nettene. I helgene blir det minst søvn. Da kan det komme berusede pasienter i eskorte med politiet for en sjekk etter slagsmål – eller tenåringer som legges inn med alkoholforgiftning.

Trygve er helt klart ikke misfornøyd med sykehuset han har turnustjeneste på!

– Noen klager på turnus og hvordan vi har det som leger, jeg er fornøyd med miljøet og arbeidssituasjonen. Jeg føler at jeg jobber mye og at jeg bruker mye av livet mitt i jobben, men føler meg heldig som har fått muligheten. Jeg synes turnustjenesten er kjempeviktig som opplæringssituasjon og er imot at den skal nedlegges. Vil også si at jeg har studert i utlandet hvor turnuslegen blir behandlet som en mygg langt nede i systemet, her i Norge opplever man respekt fra kolleger, og vi har det godt sammenlignet med andre steder i utlandet!

Turnuskandidatene her i Mo i Rana jobber vanligvis et par timer overtid i måneden, og en vakansvakt annenhver måned, og får betalt for det de skriver opp. Med ni-delt vakt og 42 timer i uken blir det like i underkant av 500.000 kroner i året, og litt i overkant med overtid.

Klokken kvart på åtte: morgenmøte hos kirurgene, åtte hos medisinerene. Og så kan han tusle hjem, mens det ennå er mørkt, for å telle sauer før neste nattevakt starter om elleve timer.

Tromsø:

Samtidig som Trygve avslutter sitt arbeid, begynner Annveig sin arbeidsdag. Hun er i Tromsø ved UNN, og har for tiden medisinsk turnustjeneste ved hematologisk avdeling.

– Siden kjæresten min ikke var ferdig med studiene sine her i Tromsø, valgte jeg å bli her. De sosiale grunnene veide tyngst, samboer, venner og familie i byen gjorde det unaturlig å velge seg bort. Jeg hadde ganske bra nummer. De fleste turnusplasser i Tromsø er to-delte med medisin og kirurgi, mens noen er tre-delte hvor en kan velge blant annet psykiatri og pediatri i tillegg. I kirurgisk turnus kan en havne på gastrokirurgisk avdeling, urologen eller hjerte/kar/thorax. Fem uker av kirurgisk turnus tilbringer en på ortopedisk avd. I medisinsk turnus kan en havne på hjerte-, gastro-, nyre-, lunge-, infeksjon- eller hematologisk avdeling.

Jeg har vært på hematologen i seks måneder og er veldig fornøyd med turnustjenesten der. Det er veldig godt arbeidsmiljø og god supervisjon. Arbeidsdagen starter kl 08.00 med fellesmøte MedB (lunge, infeksjon, hematologi) der pasienter som er kommet inn i løpet av kvelden og natten rapporteres og diskuteres. I tillegg gis rapport fra medisinsk intensiv.

Etter morgenmøtet tusler Annveig til avdelingen, der previsitten etter hvert tar til. Først er det noe dødtid som går med til å godkjenne notater. På previsitten blir hennes gruppe gått gjennom, og som regel er det en overlege til stede. Visitten og postarbeidet etterpå gjør hun ofte alene, men hun er aldri alene på posten. I dag har

hun seks pasienter på sin gruppe. En dame som er inne for anemiutredning, mest sannsynlig jernmangelanemi pga. blødning i GI-traktus. Hun får blodtransfusjon og venter på en koloskopi. En annen med brystsmerter, hjerteavdelingen var full, og denne pasienten fikk plass på hematologen. Han har allerede fått tatt et arbeids-EKG og en angiografi og reiser nok hjem allerede i dag. I de andre pasientkategoriene føler hun seg mer hjemme. To yngre damer med AML som ligger inne for cytostatika-behandling. Leukemipasientene som får cytostatika ligger ofte inne under behandlingen, da de i nadirperioden ofte får infeksjoner. En pasient med ALL som står på vedlikeholdsbehandling, men som på uforklarlig vis har fått pareser i underekstremitetene, og den siste er en eldre mann med AML.

«Det eneste jeg har å utsette på turnustjeneste i Tromsø er at en går for lite vakt i akuttmottaket sammenliknet andre steder. Dette er selvfølgelig svært behagelig, men for læringen sin del hadde dette vært gunstig. Regner med at det begrensa vaktarbeidet har med økonomi å gjøre, og vi får i svært liten grad gå overtid»

Etter at det vanlige postarbeidet er gjort, gjenstår noen journalopptak på elektive pasienter. Daglig tar hun sternalmargsbiopsi, og noen ganger cristabiopsier. Mikroskopere kan hun også gjøre daglig, men det er vanskelig, og må alltid kontrolleres av mer erfarne leger. Kl. 15.00 er det ny rapport etter dagen. Arbeidstid til 16.00. Ingen jobb på post i helgene.

I Tromsø arbeider turnuslegene 38 timer i uka. I tillegg til den vanlige arbeidsuka på post kommer vaktarbeid i akuttmottaket. Gjennomsnittlig utgjør det fem timer vakt per uke.

Foto: Astri Rege

Turnuslege Annveig Hoff på jobb

– Da er vi to turnusleger på vakt. Men vi har aldri nattevakter, da går primærvakta alene. Vi har heller aldri vakt på lørdager, men på fredager og søndager. Vi er aldri alene på vakt i mottakelsen, og heller aldri uten bakvakt på huset. Det er på vakt en kommer borti ulike akuttmedisinske tilstander og mer generelle indremedisinske tilstander.

– Det eneste jeg har å utsette på turnustjeneste i Tromsø er at en går for lite vakt i akuttmottaket sammenliknet andre steder. Dette er selvfølgelig svært behagelig, men for læringen sin del hadde dette vært gunstig. Regner med at det begrensa vaktarbeidet har med økonomi å gjøre, og vi får i svært liten grad gå overtid. Forøvrig passe arbeidsmengde og deilig med avspaseringsuke hver sjette uke. Årslønn 373 907 kr.

Annveig synes at turnustjenesten bør bestå. Man bør begynne sin karriere under veiledning, men hvordan den organiseres kan diskuteres. Hun er i alle fall fast bestemt på at noe må gjøres med flaskehalsen og ventetiden som nå fins.

Framtidige studier uten turnus?

Det er med skrekkblandet fryd jeg tenker på det å skulle begynne i turnus etter doktorgraden. Tanken på å skulle måtte begynne direkte som lege i spesialisering, eller sogar som allmennlege i spesialisering uten å ha gjennomført turnus er bare skremmende. Nå har jeg liten tro på at såpass drastiske endringer i turnusordningen vil komme de neste to årene, men med den pressede situasjonen som er i dag, må grep tas og det snart. Det som for meg personlig er et skrekkscenario kan kanskje bli realiteten for framtidens legestudenter. I løpet av studiet har vi tidvis fått høre «ikke fortvil, det får dere gjøre i turnus»[1], og mye har vært basert på at vi skal ha en praktisk tjeneste etter gjennomført grunnstudium.

I Norge har en bevisst valgt å la de fire fakultetene ha ulike studiemodeller. Hver og en av dem har sine fordeler og ulemper, og er det optimale for forskjellige studenter. Studier fra Norge har ikke vist noen signifikant forskjell mellom kliniske ferdigheter etter turnus for studenter fra de ulike fakultetene, mens det er noe forskjeller rett etter endt studium, hvor studenter med en PBL-basert undervisning scorer noe høyere på kliniske ferdigheter før turnus. Turnus er likevel viktig for utvikling av ferdigheter uavhengig av studiemodell[2,3]. Bør en eventuell avskaffelse av turnus derfor være rettet mot å endre studiet med mer praktisk kunnskap på bekostning av den biologiske, eller er det en endring i innholdet i assistentlegestillingene/spesialiseringen som fastlege som må til?

Turnussaken har vært oppe som en bekymringsmelding ved Dekanatet på Medisinsk Fakultet, Universitet i Bergen, men det har ikke blitt tatt opp som en konkret sak, og konsekvensene av avskaffelse av turnus har ikke vært oppe til reell diskusjon. Prodekanus for undervisning, Kjell Haug er likevel klar på at studiet i Bergen i dag er basert på at studentene skal ha et og et halvt år praktisk tjeneste før de skal begynne med selvstendig legearbeid. Om turnus går ut mener han at studiet må forlenges slik at studentene får mer praktisk erfaring og øvelse enn det de får i dag. «Det er ikke spørsmål om å skulle ta vekk noe fra studiet slik det er i dag, problemstillingen er heller at en rekke fagområder ønsker mer tid, og at stadig nye emner skal inn på studentenes studieplan. Dette fører til et stort press på studentene, og studiet er allerede svært konsentrert og hektisk. Hvis turnustjenesten faller bort må en øke studielengden slik at det blir tilstrekkelig tid til praktisk, klinisk arbeid. Dette vil imidlertid skape store problemer på universitetssykehusene som allerede har en betydelig undervisningsbelastning. Det vil dessuten være et stort savn om framtidige leger ikke får oppleve det kliniske arbeidet på mindre sykehus, slik mange gjør i turnustiden. Det vil sannsynligvis også øke tendensen til at framtidige leger i større grad blir værende i sentrale strøk rundt de store sykehusene framfor å bli spredt rundt om i landet. Jeg kan ikke se noen faglige fordeler med å sløyfe turnustjenesten. Alle framtidige leger har godt av den kliniske bredden som turnustjenesten representerer før de starter opp med en spesialisering. Det å jobbe som turnuskandidat er en fin overgang fra den uforpliktende rollen som student til autorisert lege med mer selvstendig ansvar. Også for de som veileder turnuskandidater er turnusordningen viktig. Som veileder møter man lærevillige unge kolleger som kommer med ny oppdatert kunnskap og som stiller kritiske spørsmål ved gamle rutiner».

– Kristin Viste
Styremedlem, LVS

1. Dette ble vesentlig bedret med opprettelse av ferdighetssenteret, hvor studentene får mulighet til å øve på praktiske prosedyrer
2. Garder K., Eide N.A., Fack, G., Turnuslegers ferdigheter i praktiske prosedyrer (2000) Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1512–7
3. Falck G, Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter ny og gammel studieordning i Trondheim. (2003) Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2268–70

Trykket første gang i LVS-info nummer 3 – 2007.
Gjengitt med tillatelse fra forfatter og redaktør.

Ny grafisk design

Fra nyttår har Legeforeningen og alle underforeninger fått en ny, felles grafisk design, og et oppsett som gjør at det blir lett å se tilhørigheten til Legeforeningen.

Inntil nå har det ikke alltid vært så lett å se at alle underforeningene er en del av Legeforeningen. Torunn Janbu, president i Legeforeningen, viser til at en del foreninger har hatt sin egen design, og at navnet på foreningen ikke i seg selv viser noe tilhørighet.

Nå blir det derimot et system, kalt gridsystem, med logo og så noen kryssende linjer med lokalforeningens eller den fagmedisinske foreningens navn øverst, og Den norske legeforening under. De underforeningene som har hatt egen logo og ønsker å beholde den, kan gjøre det, men den blir da plassert inn i linjene til gridsystemet. Det er valgt ut en ny, egen skrifttype som heter Whitney, og foreningene får en egen profilmanual hvor maler for alt fra brevark til powerpointmaler ligger inne.

– Nå skal det bli lettere å gjenkjenne de ulike organisasjonsleddene som en del av Legeforeningen, og leddene vil få et mer enhetlig grafisk uttrykk. Samtidig fremkommer det tydelig hvilken underforening det er snakk om. Jeg opplever at profilmanualen fremhever at alle ledd tilhører samme forening samtidig som det er rom for individuelle løsninger. Dette gjenspeiler foreningen slik jeg opplever den – samlet og med stor takhøyde, sier presidenten.
Logoen til Legeforeningen er også fornyet.

– Ovalen er tatt bort, mens Asklepios beholdes. Dog kan ovalen fortsatt benyttes dersom Asklepios brukes alene, for eksempel i segl. Det sikrer en mer moderne utforming som samtidig ivaretar det tradisjonelle, stolte og medisinske uttrykk. Navnet, Den norske legeforening, blir nå stående vannrett ut fra figuren. Underforeninger som ikke har hatt egen logo, får nå Legeforeningens logo inn ved siden av navnet, forklarer avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet, som har vært prosjektleder på arbeidet med den nye designen.

Foreningene får tilgang til maler til en rekke formål, som for eksempel brevark, innkallinger til årsmøter, veiledere, visittkort og powerpointer til foredrag.

– Tillitsvalgte som skal holde foredrag, kan bruke disse powerpointmalene og sparer også mye tid på å få et godt, presentabelt uttrykk. Det vil være enkelt å laste malene ned fra nettet, og det sikrer god design også når du for eksempel lager trykksaker. Du slipper å legge en masse innsats inn i dette arbeidet. Vi lager også en fotodatabase med illustrasjonsbilder som viser legerollen, sier hun.
For å se eksempler på design på brevark, powerpoint-presentasjoner, visittkort og liknende se:
http://www.legeforeningen.no/profil

– Cecilie Bakken
cecilie.bakken@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Sover vi bort kvaliteten?

– *Spesialistutdanning og arbeidstid*

Mange av oss blir møtt med ytringer fra overleger om at spesialistutdanningen nå står i fare. Eksempler på utsagn er: «Da vi spesialiserte oss jobbet vi flere døgn i strekk, mens dere er jo nesten ikke tilstede på dagtid lenger!» og «Nå er smertegrensen nådd!». Var det egentlig «så mye bedre før», og hvilken «smertegrense» er det egentlig snakk om?

FREDRIK NOMME
Styret

«Stridens kjerne» er dagens tjenesteplaner, som i større grad nå enn tidligere følger vernebestemmelsene (A2 § 3.5.3). Årsakene til at man er mer opptatt av å ta hensyn til arbeidstidsbestemmelser nå er nok mange. For de som ikke allerede har gjort det, er det på høy tid at man tar innover seg den veldokumenterte kunnskapen man har om skadevirkningene av manglende arbeidsfri og hvile. En ting er vår egen helse, som vi «aldri» har vært flinke til å ta hensyn til, men hvordan kan en lege forsvare *ikke* å gjøre tiltak som reduserer faren for skader på pasientenes liv og helse?

«Vernebestemmelser»

Fra et semantisk synspunkt virker begrepet «vernebestemmelser» noe pussig da bestemmelsene er *unntak* fra arbeidsmiljøloven, en lov som nettopp har som hovedmål å sørge for «vern» av arbeidstakere. For mange, ikke minst andre yrkesgrupper, virker det svært merkelig at «Vernebestemmelsene», eller kanskje heller «de *ikke* så vernende bestemmelsene» vi forholder oss til skal kunne sette *for store* restriksjoner i arbeidstiden til at en kvalitativt god nok spesialistutdanning kan gjennomføres. Er vi totalt på kollisjonskurs med resten av samfunnet?

Det er en kjensgjerning at befolkningens forventninger til hva helsevesenet skal tilby av hjelp, og ikke minst *når* denne hjelpen skal gis, har endret seg betraktelig med årene. Innenfor fagfelt som radiologi har endringen vært enorm på mange avdelinger, med en økning i antall undersøkelser i størrelsesorden 100 prosent bare over få år. I «gamle dager» var en vond rygg en naturlig og forventet følge av et langt arbeidsliv, og ikke noe man uten videre oppsøkte hjelp for å få behandling for. Overvektoperasjoner og brystreduksjoner er eksempler på relativt nye former for hjelp det offentlige helsevesen tilbyr. Sammen med bortfall av «øvre aldersgrense» for ulike medisinske tiltak kombinert med det stadige fokuset på økonomiske tiltak som å redusere liggedøgn og antall korridorpasienter har arbeidsbelastningen på vaktøkt for de aller fleste leger i spesialisering (LIS). Fra å være mer preget av beredskap består vaktene nå i stor grad av aktivt arbeid. Ja, noe var nok «bedre før», og som en følge av å være mer tilstede på kveld og natt blir vi mindre tilstede på dagtid. Men er dette nødvendigvis utelukkende negativt for spesialistutdanningen?

«(…) hvordan kan en lege forsvare ikke å gjøre tiltak som reduserer faren for skader på pasientenes liv og helse?»

Dagdyr

I tråd med at mennesker er dagdyr kan det ikke herske tvil om at ny kunnskap er noe man best tilegner seg på dagtid. Man skal likevel ikke undervurdere verdien vaktarbeidet har for spesialistutdanningen. Det at man blir tvunget til å ta selvstendige valg og må forholde seg til at ikke all hjelp er like tilgjengelig som på dagtid er lærerikt. At vaktarbeid anses som viktig i utdanningen gjenspeiles også i legeforeningens «Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen» der det i kap. 1 § 5 «Krav til tjeneste» fremgår at det kreves full deltakelse i

avdelingens vaktplan for å få godkjent utdanningen. Selv om vaktarbeidet gir nyttig kunnskap i spesialistutdanningen kan den ikke direkte erstatte dagarbeidet. Ulike typer utredning og behandling må man lære seg på dagtid, enten fordi det utelukkende gjøres på dagen eller fordi omfanget av det er for lite på kveld og natt til å gi nok mengdetrening. Samtidig bør man vokte seg vel for å blande begrepene kvantitet og kvalitet. Her syndes det mye, kanskje fordi kvantitet er så mye lettere å forholde seg til enn kvalitet. En god spesialistutdanning er ikke direkte proporsjonal med et stort antall utførte prosedyrer eller inngrep. Noen mener man er nødt til å bryte vernebestemmelsene for å få utført mange nok spesialistutdanningskrav til normert tid. Kan et slikt «karrierejag» forsvares? Hvilken læringskurve har man etter å ha vært våken i 32 timer? Men først og fremst, hvordan forsvarer man å «spille russisk rulett» med pasientene og «kjøre bil uten bilbelte» når det gjelder egen helse bare for å få fylt ut prosedyresjekklisten raskt?

Utdanning

Kvaliteten på utdanningen på dagtid må bedres! For å sikre et minimum av dagarbeidstid fremgår det i Overenskomstens del A2 § 3.2 «Alminnelig arbeidstid» at minst 20 timer i gjennomsnitt pr. uke skal legges i tiden 07–17 i ukens 5 første dager. Mange mener 20 timer er for lite. De har kanskje rett i det, vel og merke dersom ikke organiseringen av arbeidet på avdelingene har vært endret i takt med den reduserte dagarbeidstiden! For svært mange leger i spesialisering består fortsatt hovedandelen av arbeidsdagen av å produsere, ta unna de mindre lærerike oppgavene overlegene selv ikke vil ta, og sågar være «journalslaver». Selvfølgelig skal også vi ta del i produksjonen, men det kan ikke være tvil om at det fortsatt er et stort utdanningspotensiale i dagarbeidet man ikke har utnyttet. Hever man kvaliteten så blir selvfølgelig antall timer mindre viktig.

Men det har sin pris – og den prisen liker ikke overlegene å måtte ta. Når det er færre underordnete leger tilstede på dagtid øker produksjonspresset på overlegene. Hvis de i tillegg må «gi fra seg» noen av de interessante oppgavene de har, og som kanskje er med på å holde motivasjonen oppe i en produksjonsfokusert hverdag, er det forståelig at de blir misfornøyd. Enkelte er nok så misfornøyde at de føler at «smertegrensen er nådd». Løsningen på dette kan likevel ikke være å «gamble» med pasientenes og LIS-enes liv og helse. Flere stillinger! Selvfølgelig er det ikke enkelt å få tildelt stillingene, men det er mulig, og søkere til stillingene blir det nok av, om det ikke allerede er det. Dersom overlegene nekter å produsere mer enn det de mener er forsvarlig, vil arbeidsgiver ikke ha annet valg enn å prioritere flere legestillinger dersom produksjonen ønskes opprettholdt.

«Noen mener man er nødt til å bryte vernebestemmelsene for å få utført mange nok spesialist-utdanningskrav til normert tid. Kan et slikt «karrierejag» forsvares?»

Ikke «spark nedover» overleger! – rett frustrasjonen dit den hører hjemme – mot arbeidsgiver!

Så til deg som nå skal hjem fra en lang og slitsom vakt … Sov godt! For da blir kvaliteten mye høyere på neste arbeidsdag.

Bli med til Ålesund!

Foto: Kjersti Boksaas Aasen

Utsikt over brosundet i Ålesund

LINDA HATLESKOG
Styret

I herlige april går turen til Ålesund for Ylfs årsmøteseminar. Dette finner sted, som navnet antyder, i tilknytning til årsmøtet. Begge deler er engasjerende begivenheter som alle bør få med seg! Årsmøteseminaret har i år spesialisering av leger som tema. Vi fokuserer spesielt på spesialisering i Norge og utfordringer for spesialistutdanningen her, men tar også for oss spesialisering i andre nordiske land. Engasjerende foredragsholdere innleder, og det blir debatt i tilknytning til hvert tema.

Årsmøtet er Ylfs øverste organ. Her samles landsrådsrepresentantene og behandler årsberetningen og andre saker. Blant annet blir premissene for Ylfs politikk i foreningen og utad i stor grad lagt her.

Det er som vanlig også et rikholdig sosialt program. Ålesund er kjent for sin vakre arkitektur i jugendstil, og er med i et europeisk nettverk for art nouveau, sammen med blant andre Glasgow og Riga. Vi vil få mulighet til å ta inn litt av den vakre byen mens vi er der. Videre blir det tur til Atlanterhavsparken (Akvariet) og gode middager i nydelige omgivelser. Ta med penklær og dansesko!

Årsmøteseminaret og årsmøtet er åpent for alle medlemmene. Spesielt tillitsvalgte vil ha stor nytte av deltagelse. Landsrådsrepresentantene forutsettes å stille. Andre oppfordres herved til å melde seg på!

Program finnes i dette nummeret av Forum og på www.ylf.no, hvor du også vil finne påmeldingsskjema.

Yngre legers forenings årsmøteseminar 9. og 10. april 2008, Ålesund

«Spesialisering av leger»

Dag 1

12.00 – 13.00	Lunsj
13.00 – 13.15	Åpning
13.15 – 15.00	Spesialisering i nordiske land
15.00 – 15.30	Pause
15.30 – 17.00	Spesialisering i Norge
18.45	Buss fra hotellet til Atlanterhavsparken. Aperitif og omvisning. Middag kl. 20.00

Dag 2

09.00 – 12.00	Utfordringer for spesialistutdanningen
12.00 – 13.00	Lunsj

Etter lunsj dag 2: Årsmøtet. Årsmøtet avsluttes etter lunsj fredag 11. april.

ANNONSER

Medlems Rådgiveren

Medlemsfordeler på bank- og forsikring. Alt på et sted!

Ring oss på telefon 04700 eller se www.medlemsradgiveren.no

DnB NOR

Ett søk gir deg alt du trenger å vite

www.legemiddelsiden.no

Legemiddelsiden.no PharmaSafe AS

DIKT FRA VAKT

Ligning, lindring, erindring

– Apropos prinsipper og visjoner

Sykehuset er.
en ligning av tredje grad
Røttene er irrasjonelle tall
Kun unntaket bekrefter regelen.

Sykehuset er levende.
Mennesker, pasienter,
leger og sykepleiere flyter som blod
gjennom gangene, inn på rommene

Sykehuset er
en maurtue av dimensjoner
Men det finnes ingen dronning,
bare en horisont.

Sykehuset er
En ligning som kan løses
når man finner *røttene*

Anonym assistentlege

Utnytter du Dnlf-medlemsskapet ditt?

Som medlem av Legeforeningen, er du jo automatisk medlem av yrkesforeningen – Ylf for de fleste av dere som leser «Forum». Samtidig er du medlem av en geografisk forening, det fylket der du arbeider. Derimot var det frivillig om du ville delta i det faglige fellesskapet inntil i fjor. Da ble det innført obligatorisk medlemsskap i alle foreningens tre søyler. Spesialister blir automatisk medlem i «sin» fagmedisinske forening. Derimot må leger i spesialisering selv melde seg inn i en Fagmedisinsk forening (FMF). Hvis ikke, forsvinner en del av kontingenten fra deg inn i det «store sluket». Det er viktig å gjøre dette aktivt, fordi:

1. Du er velkommen inn i det faglige fellesskapet og ha utbytte av det. FMF vil ha med alle som arbeider i spesialiteten, ikke bare spesialister!
2. «Ditt» fag får støtte sentralt fra, avhengig av antall medlemmer de har.
3. Det blir lettere å få politisk innflytelse i Legeforeningens sentrale organer for «din» gruppe, enten det gjelder fag, yrke eller fylke. Som eksempel kan jeg nevne de 20 landsstyrerepresentantene som skal velges fra FMF på «en måte som representerer sammensetningen i foreningen». I inneværende periode er det få som representerer leger i spesialisering her, og det skyldes blant annet at så få har meldt seg inn i en FMF.

Derfor: Om du ikke har gjort det, send en e-post til register@legeforeningen.no i dag og si hvilken forening du vil være med i! For øvrig finnes det en rubrikk på innmeldingsskjemaet til Legeforeningen der du kan krysse av hvor du vil være medlem.

Velkommen inn i varmen!
Hilsen

– Jannicke Mellin-Olsen
leder FaMe
(de 20 FMF-representantene i landsstyret)

Abilify «Otsuka Pharmaceuticals»
Antipsykotikum. ATC-nr.: N05A X12
MIKSTUR, oppløsning 1 mg/ml: 1 ml inneh.: Aripiprazol. 1 mg, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), const. q.s. Sukkerholdig. Appelsinsmak.
SMELTETABLETTER 10 mg og 15 mg: Hver smeltetablett inneh.: Aripiprazol. 10 mg, resp. 15 mg, aspartam. 2 mg, resp. 3 mg, const. q.s. Fargestoff: 10 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).
TABLETTER 5 mg, 10 mg, 15 mg og 30 mg: Hver tablett inneh.: Aripiprazol. 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg et 30 mg, lactos. 67 mg, resp. 62 mg, 57 mg et 187 mg, const. q.s. Fargestoff: 5 mg: Indigotin (E 132). 10 mg og 30 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).
Indikasjoner: Behandling av schizofreni. **Dosering**: Voksne: Anbefalt startdose er 10 mg eller 15 mg 1 gang daglig (dvs. 10 eller 15 ml mikstur), med en vedlikeholdsdose på 15 mg 1 gang daglig, uten hensyn til måltider. Aripiprazol er effektivt i doser fra 10-30 mg/dag (dvs. 10-30 ml mikstur/dag). Det er ikke påvist at høyere doser enn en døgndose på 15 mg kan gi bedre effekt, men enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser. Maks. døgndose bør ikke overskride 30 mg. Barn og ungdom <18 år: Ingen erfaring. Preparatet anbefales ikke til denne pasientgruppen. Eldre: Effekt hos pasienter >65 år er ikke fastsatt. Lavere startdose bør vurderes når kliniske faktorer tilsier dette, da denne pasientgruppen er mer sensibel. Nedsatt leverfunksjon: Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør aripiprazol administreres med varsomhet, og maks. døgndose på 30 mg brukes med forsiktighet. Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for aripiprazol eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Ved antipsykotisk behandling kan forbedring av pasientens kliniske tilstand ta fra flere dager til noen uker. Pasienten bør overvåkes nøye i hele perioden. Suicidal adferd er rapportert raskt etter oppstart eller endring av behandling. Nøye overvåking av høyrisikopasienter anbefales. Bør brukes med forsiktighet ved kjent hjerte-karsykdom (tidligere hjerteinfarkt eller iskemisk hjertesykdom, hjertesvikt eller ledningsforstyrrelser), cerebrovaskulær sykdom, tilstander som predisponerer for hypotensjon eller hypertensjon, inkl. malign hypertensjon, samt ved forekomst av forlenget QT-intervall i familien. Dosereduksjon eller seponering bør vurderes dersom tegn eller symptomer på tardive dyskinesier oppstår. Symptomene kan forbigående bli svakere eller til og med inntre etter seponering. Ved utvikling av tegn og symptomer på Neuroleptisk malignt syndrom (NMS), f.eks. feber, muskelstivhet, endret mental status, autonom ustabilitet, økt kreatinfosfokinase, myoglobinuri, akutt nyresvikt, eller ved uforklarlig høy feber uten tillegg av andre kliniske manifestasjoner på NMS, skal alle antipsykotika, inkl. aripiprazol, seponeres. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt krampeanfall eller tilstander assosiert med kramper. Hos eldre pasienter med demens er det rapportert økt dødelighet ved bruk av aripiprazol. Cerebrovaskulære bivirkninger (f.eks. slag, TIA), inkl. dødsfall, har forekommet hos pasienter med psykose relatert til Alzheimers sykdom. Aripiprazol er ikke godkjent for behandling av demensrelatert psykose. Hyperglykemi, i noen tilfeller meget uttalt og assosiert med ketoacidose eller hyperosmolært koma eller dødsfall, er rapportert ved behandling med atypiske antipsykotiske legemidler, inkl. aripiprazol. Forkomst av fedme og diabetes i familien er risikofaktorer som kan predisponere for alvorlige komplikasjoner. Pasienten bør observeres for symptomer og tegn på hyperglykemi (f.eks. polydipsi, polyuri, polyfagi, svakhet), og pasienter med diabetes mellitus eller risiko for diabetes mellitus bør overvåkes regelmessig for forverret blodsukkerkontroll. Vektøkning er rapportert svært sjelden, og vanligvis hos pasienter med signifikante risikofaktorer, f.eks. diabetes, sykdommer i skjoldkjertelen eller hypofyseadenomer. Øsofagusdysmotilitet og -aspirasjon kan forekomme. Bør brukes med forsiktighet ved risiko for aspirasjonspneumoni. Bør ikke tas ved sjelden arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Pasienten bør advares mot å betjene farlige maskiner, inkl. motorkjøretøy, til reaksjonen på preparatet er kjent. **Interaksjoner:** Aripiprazol kan potensielt øke effekten av visse antihypertensiva pga. α1-adrenerg reseptorantagonisme. Pga. preparatets primære CNS-effekter, bør forsiktighet utvises ved samtidig inntak av alkohol eller andre sentralvirkende legemidler med overlappende bivirkninger som sedasjon. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering med legemidler som kan forårsake forlenget QT-intervall eller elektrolyttubalanse. Famotidin reduserer absorpsjonsgraden til aripiprazol, men effekten anses ikke som klinisk relevant. Ved samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. kinidin, fluoksetin, paroxetin) eller CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, itrakonazol, HIV-proteasehemmere), bør ordinert aripiprazoldose omtrent halveres. Når CYP 2D6- eller CYP 3A4-hemmeren seponeres fra kombinasjonsbehandlingen, bør aripiprazoldosen økes igjen. Beskjeden økning i aripiprazolkonsentrasjonen kan forventes ved samtidig administrering med svake CYP 3A4- eller CYP 2D6-hemmere. Ved samtidig administrering av potente CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, rifabutin, fenytoin, fenobarbital, primidon, efavirenz, nevirapin, johannesurt), bør aripiprazolosen dobles. Ved seponering av potente CYP 3A4-induktorer, bør aripiprazoldosen reduseres til anbefalt dose.
Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Ingen dokumentasjon foreligger. Skal ikke brukes ved graviditet med mindre fordelen forventes å oppveie potensiell risiko for fosteret. Pasienten bør rådes til å gi legen beskjed ved graviditet eller planlagt graviditet under behandlingen. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, konstipasjon, dyspepsi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, akatisi, somnolens/sedasjon, tremor, ekstrapyramidale symptomer, inkl. parkinsonisme, dystoni, dyskinesi. Psykiske: Insomnia, rastløshet. Syn: Sløret syn. Øvrige: Asteni/tretthet. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Takykardi, ortostatisk hypotensjon. Sjeldne (<1/1000): Blod: Leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Endokrine: Hyperglykemi, diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, diabetisk hyperosmolært koma. Gastrointestinale: Økt spyttsekresjon, pankreatitt, dysfagi, abdominalt ubehag, maveubehag. Hud: Utslett, fotosensitivitetsreaksjoner, alopesi, hyperhidrose. Lever: Gulsott, hepatitt. Luftveier: Orofaryngealspasme, laryngospasme, aspirasjonspneumoni. Muskel-skjelettsystemet: Stivhet, myalgi, rabdomyolyse. Neurologiske: Taleforstyrrelse, NMS, grand mal-anfall. Psykiske: Nervøsitet, uro, engstelse. Sirkulatoriske: Synkope, hypertensjon, tromboemboliske hendelser, forlenget QT-intervall, ventrikulære arytmier, brå, uforklarlig død, hjertestans, «torsades de pointes», bradykardi. Urogenitale: Priapisme, urininkontinens, urinretensjon. Øvrige: Allergisk reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon, angioødem inkl. hevelse i tungen, tungeødem, ansiktsødem, kløe, urticaria), brystsmerter, temperaturreguleringsforstyrrelser (f.eks. hypotermi, pyreksi), perifere ødemer, perifere ødemer, vektøkning, vektreduksjon, anoreksi, hyponatremi. Selvmordsforsøk, selvmordstanker og gjennomført selvmord er rapportert. Laboratorieverdier: Økning i kreatinkinase, ALAT, ASAT, gammaglutamyltransferase. Økt blodglukose, svingninger i blodglukose, økt glykosylert hemoglobin. Andre kjente bivirkninger assosiert med antipsykotisk terapi, inkl. tardiv dyskinesi, kramper, samt cerebrovaskulære bivirkninger og økt dødelighet hos eldre demenspasienter, kan også forekomme. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er sett i doser beregnet på opp til 1080 mg uten dødsfall. Symptomer: Bl.a. kvalme, oppkast, asteni, diaré og søvnighet. Symptomer ved overdosering opp til 1260 mg: Letargi, forhøyet blodtrykk, søvnighet, takykardi og oppkast. Potensielt alvorlige symptomer, f.eks. ekstrapyramidale symptomer og forbigående bevisstløshet, har forekommet ved overdosering hos barn. Behandling: Overdosebehandling bør fokusere på støttende behandling, opprettholdelse av frie luftveier, oksygenering og ventilering samt behandling av symptomer. Muligheten for innvirkning av flere legemidler bør vurderes. Kardiovaskulær overvåkning, inkl. kontinuerlig EKG-overvåkning for å oppdage mulig arytmi, bør startes omgående. Kull kan være effektivt ved behandling av overdose. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. Egenskaper: Klassifisering: Antipsykotikum. Virkningsmekanisme: Det er antydet at aripiprazols effekt ved schizofreni er mediert via en kombinasjon av partiell agonisme for dopamin D2- og serotonin 5HT1a-reseptorer og antagonisme for serotonin 5HT2-reseptorer. Preparatet viser i dyremodeller antagonistiske egenskaper av dopaminerg hyperaktivitet og agonistiske egenskaper av dopaminerg hypoaktivitet. In vitro høy bindingsaffinitet til dopamin D2- og D3-, serotonin 5HT1a- og 5HT2a-reseptorer og moderat affinitet til dopamin D4-, serotonin 5HT2c- og 5HT7-, α1-adrenerge- og histamin H1-reseptorer. Moderat bindingsaffinitet til serotoninreopptaksseter, men ingen nevneverdig affinitet til muskarinreseptorer. Interaksjoner med andre reseptorer enn undertyper av dopamin- og serotoninreseptorer kan forklare noen av de øvrige kliniske effekter. Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon 3-5 timer etter dosering. Absolutt biotilgjengelighet 87%. Farmakokinetikken påvirkes ikke av fettholdig måltid. Proteinbinding: >99%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Distribusjonsvolum: 4,9 liter/kg. Halveringstid: Ca. 75 timer. Ved dårlig CYP 2D6-metabolisering, ca. 146 timer. Metabolisme: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 og CYP 2D6 ved dehydrogenering og hydroksylering, via CYP 3A4 ved N-dealkylering. Utskillelse: Ca. 60% via fæces, ca. 27% via urin. **Pakninger og priser:** Mikstur: 150 ml kr 1451,10. Smeltetabletter: 10 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. 15 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. Tabletter: 5 mg: Enpac: 14 stk. kr 601,70. 28 stk. kr 1169,00. 56 stk. kr 2303,70. 10 mg: Enpac: 14 stk. kr 601,70. 56 stk. kr 2303,70. 15 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. 56 stk. kr 2303,70. 30 mg: Enpac: 56 stk. kr 4413,30. **T**: 18a).
Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra en slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.
Sist endret: 18.09.2007

Bristol-Myers Squibb • Otsuka Pharmaceuticals
Postboks 464, 1323 Høvik · Telefon 67 55 53 50, Fax: 67 55 53 52 · www.b-ms.no

Vesicare «Astellas» Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D08
TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneh.: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.
Dosering: Voksne inkl. eldre: 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. Barn og unge: Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. Nedsatt nyrefunksjon: Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance e30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Nedsatt leverfunksjon: Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann.
Kontraindikasjoner: Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol.
Forsiktighetsregler: Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastro-intestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointes-tinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastro-øsofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en neurogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt.
Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin før en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itrakonazol).
Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Bruk under amming bør unngås.
Bivirkninger: Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørrhet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominal-smerter. Syn: Tåkesyn. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastro-øsofageale reflukssykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusia. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, vannlatingsbesvær, urinretensjon, cystitt. Øvrige: Tretthet, perifere ødemer. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Det er ikke sett allergiske reaksjoner under den kliniske utviklingen, men at allergiske reaksjoner kan oppstå kan aldri utelukkes.
Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Høyeste solifenacinsuksinatdose administrert er 100 mg som engangsdose. De mest vanlige bivirkningene ved denne dosen er hodepine (mild), munntørrhet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. Behandling: Ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikkelskylling kan foretas, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardischemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt).
Pakninger og priser: 5 mg: 30 stk. kr. 427,60, 90 stk. kr. 1159,60. 10 mg: 30 stk kr. 533,20, 90 stk. kr. 1448,90.
T: 40a).
Refusjon: Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.
Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006.
Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.
Innehaver av markedsføringstillatelse (MT): Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark. **Sist endret:** 01.09.2007.

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

C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01
INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.
INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervikal intraepitelial neoplasi, (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.
DOSERING: *Primær vaksinasjon:* 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. *Barn:* Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.
KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinering utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.
FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseseffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser.
INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdititer var lavere når vaksinene ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.
GRAVIDITET/AMMING: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.
Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.
BIVIRKNINGER: *Hyppige (>1/100):* Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.
OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkeltdoser.
EGENSKAPER: *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftitre mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirustype(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdititer, 1 måned etter den 3. dosen i primærvaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetsammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke evaluert hos menn.
OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.
ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinatør har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.
PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10 *Sist endret: 16.08.2007*

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervikal intraepitelial neoplasi (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
infono@spmsd.com

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

C Mirena Bayer Schering Pharma Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 20 µg/24 timer: Hvert intra-uterint innlegg inneh.: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriehyperplasi under substitusjons-behandling med østrogen.

Dosering: Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortinngrep i 1. trimester. Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnlegget skal fjernes/byttes etter 5 år.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for noen av hjelpstoffene.

Forsiktighetsregler: Før innsetting foretas en generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mamma-eundersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinnlegget må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinnlegget bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som tyder på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markant blodtrykksøkning, påvist eller mistenkt hormonavhengig neoplasi, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-karsykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjertesykdom eller hjerteklaffsykdom med risiko for infeksiøs endokarditt. Antibiotikaprofylakse bør gis til disse pasientene når innlegget settes inn eller fjernes. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved inn-setting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart. Livmorinnlegget kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten.

Interaksjoner: Metaboliseringen av progestagener kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampedempende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiinfektiva (rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er ukjent, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinnleggets hovedsakelige lokale virkning.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Livmorinnlegget skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Innlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormonekssponering, kan teratogenisitet (spesielt virilisering) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterskader, som anses å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinnlegget på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig med den dosen som frigis fra livmorinnlegget.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem. Gastrointestinale: Buksmerter, underlivssmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervøsitet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversible ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenninger, mastalgi, ryggsmerter, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, håravfall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utslett, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migrene, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenskjelett med en hormonkjerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale armen. Hormonkjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjelett er impregnert med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinneår. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinneår. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialt frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen- og gestagenreseptorene. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermiene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermiemobiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovulasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsterapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren.

Utskillelse: Via urin og fæces.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1205,90.

Sist endret: 05.11.2007

Bayer Schering Pharma,
Drammensveien 147 B, 0212 Oslo,
Tel: 24 11 18 00, Fax: 24 11 19 93

Exforge «Novartis»

Kalsiumantagonist og angiotensin-II-antagonist ATC-nr.: C09D B01

TABLETTER, filmdrasjerte, *5 mg/80 mg, 5 mg/160 mg, 10 mg/160 mg:* *Hver tablett inneh.:* Amlodipinbesilat tilsv. amlodipin 5 mg, resp. 5 mg og 10 mg, Valsartan 80 mg, resp. 160 mg og 160 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5/80 og 5/160: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10/160: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av essensiell hypertensjon. Exforge er indisert hos pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig blodtrykkskontroll med amlodipin eller valsartan monoterapi.

Dosering: Anbefalt dose er 1 tablett daglig. ***5/80*:** Kan gis til pasienter når blodtrykket ikke er tilstrekkelig kontrollert med amlodipin 5 mg eller valsartan 80 mg alene. ***5/160*:** Kan gis til pasienter når blodtrykket ikke er tilstrekkelig kontrollert med amlodipin 5 mg eller valsartan 160 mg alene. ***10/160*:** Kan gis til pasienter når blodtrykket ikke er tilstrekkelig kontrollert med amlodipin 10 mg eller valsartan 160 mg alene eller med Exforge 5 mg/160 mg. Individuell dosetitrering med de enkelte komponentene anbefales før bytte til fast dosekombinasjon. Direkte bytte fra monoterapi til fast dosekombinasjon kan vurderes når det er klinisk forsvarlig. Pasienter som får valsartan og amlodipin som separate tabletter/kapsler kan bytte til Exforge med samme dose av de enkelte komponentene. Kan tas uavhengig av måltid. Tas sammen med litt vann. ***Barn:*** Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. ***Eldre ≥ 65 år:*** Forsiktighet må utvises ved doseøkning. *Nedsatt nyrefunksjon:* Dosejustering er ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR >30 ml/min). Det anbefales å kontrollere kalium- og kreatininnivå ved moderat nedsatt nyrefunksjon. *Nedsatt leverfunksjon:* Ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon uten kolestase bør valsartandosen ikke overstige 80 mg. Se for øvrig Forsiktighetsregler.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for virkestoffene, dihydropyridin-derivater eller noen av hjelpestoffene. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, biliær cirrhose eller kolestase. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR <30 ml/minutt), pasienter i dialyse. Graviditet.

Forsiktighetsregler: Symptomatisk hypotensjon kan forekomme i sjeldne tilfeller hos pasienter med aktivert renin-angiotensinsystem (f.eks. ved væske- og/eller saltmangel hos pasienter som får høye doser diuretika). Denne tilstanden bør korrigeres før behandlingsstart, evt. bør nøye medisinsk oppfølging foretas ved behandlingsstart. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av legemidler som påvirker kaliumnivået. Hyppig kontroll av kaliumnivået anbefales. Særskilt forsiktighet bør utvises hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon eller obstruktive gallesykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved primær hyperaldosteronisme. Hos pasienter med alvorlig hjertesvikt, hvor nyrefunksjonen er avhengig av aktiviteten til renin-angiotensinsystemet, har behandling med ACE-hemmere og angiotensin-II-antagonister vært assosiert med oliguri og/eller progressiv azotemi, samt i sjeldne tilfeller akutt nyresvikt og/eller død. Særskilt forsiktighet må utvises ved aorta- eller mitralstenose eller obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati. Svimmelhet og tretthet kan oppstå, og det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bilkjøring eller betjening av maskiner.

Interaksjoner: Preparatet kan øke den blodtrykkssenkende effekten av andre antihypertensiva samt andre legemidler som kan gi blodtrykkssenkning. *Interaksjoner forbundet med amlodipin*: CYP3A4-hemmere (f.eks. diltiazem, ketokonazol, itrakonazol, ritonavir) kan øke plasmakonsentrasjonen av amlodipin. CYP3A4-induserе (f.eks. karbamazepin, fenobarbital, fenytoin, fosfenytoin, primidon, rifampicin, Hypericum perforatum) kan føre til nedsatt plasmakonsentrasjon av amlodipin. Klinisk monitorering er indisert og dosejustering av amlodipin kan være nødvendig. *Interaksjoner forbundet med valsartan*: Ingen erfaring med samtidig bruk av litium, kombinasjonen anbefales derfor ikke. Dersom samtidig bruk er nødvendig anbefales nøye monitorering av serumlitiumnivået. Regelmessig kontroll av kaliumnivået anbefales ved samtidig bruk av kaliumsparende diuretika, kaliumtilskudd, kaliumholdige salterstatninger eller andre legemidler som kan øke kaliumnivået. Samtidig bruk av NSAIDs kan svekke den antihypertensive effekten av angiotensin II-antagonister, samt gi økt risiko for forverring av nyrefunksjonen og økt kaliumnivå. Det anbefales å kontrollere nyrefunksjonen ved behandlingsstart samt å sørge for at pasienten er tilstrekkelig hydrert.

Graviditet/Amming: Se Kontraindikasjoner. *Overgang i placenta:* Skal ikke brukes ved graviditet. Bytte til egnet alternativ behandling bør skje i forkant av en planlagt graviditet. Substanser som påvirker renin-angiotensinsystemet kan forårsake fosterskade/død i løpet av 2. eller 3. trimester. Hvis graviditet oppdages, må behandlingen avsluttes så raskt som mulig. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Valsartan utskilles i melk hos rotter. Potensialet for bivirkninger hos barn som ammes må veies opp mot potensiell effekt av behandlingen hos moren.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Luftveier: Nasofaryngitt, influensa. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Ødem, pittingødem, ansiktsødem, perifert ødem, tretthet, rødme, asteni, hetetokter. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, kvalme, mavesmerter, treg avføring, munntørrhet. Hud: Utslett, erytem. Luftveier: Hoste, faryngolaryngal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Leddhevelse, ryggsmerte, artralgi. Neurologiske: Svimmelhet, søvnighet, postural svimmelhet, parestesi, vertigo. Sirkulatoriske: Ortostatisk hypotensjon, takykardi, palpitasjoner. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Hyperhidrose, eksantem, kløe. Hørsel: Tinnitus. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasme, tyngdefølelse. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypotensjon, synkope. Syn: Synsforstyrrelse Urogenitale: Pollakisuri, polyuri, erektil dysfunksjon. Øvrige: Hypersensitivitet. Se for øvrig preparatomtalene for preparater med innhold av kun amlodipin eller valsartan.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Ingen erfaring. Uttalt hypotensjon med svimmelhet kan oppstå ved overdosering med valsartan. Overdosering med amlodipin kan gi perifer vasodilatasjon og muligens refleks-takykardi. Markert og potensielt forlenget systemisk hypotensjon inkl. sjokk med fatalt utfall er rapportert. *Behandling:* Brekninger eller magetømming kan vurderes igangsatt dersom inntaket er skjedd nylig. Klinisk signifikant hypotensjon pga. overdosering krever aktive kardiovaskulære støttetiltak, inkl. hyppig kontroll av hjerte- og lungefunksjonen, heving av ekstremiteter og fokus på sirkulerende blodvolum og urinproduksjon. En vasokonstriktor kan være nyttig, evt. kan i.v. kalsiumglukonat reversere effekter av kalsiumkanalblokade. Valsartan og amlodipin fjernes ikke ved hemodialyse.

Egenskaper: *Klassifisering:* Angiotensin II-reseptor (type AT1)-antagonist kombinert med dihydropyridinderivat. *Virkningsmekanisme:* Kombinerer to antihypertensive komponenter med komplementære mekanismer for blodtrykkskontroll. Kombinasjonen gir en doserelatert, additiv blodtrykksreduksjon som er større enn blodtrykksreduksjonen sett med de enkelte komponentene alene. Amlodipin hemmer den transmembrane innstrømmingen av Ca^{2+}-ioner i hjertemuskulatur og vaskulær glatt muskulatur. Amlodipin har en direkte avslappende effekt på vaskulær glatt muskulatur, dette gir nedsatt perifer vaskulær motstand og senket blodtrykk. Valsartan bindes selektivt til AT1-reseptorer og hemmer alle fysiologisk relevante virkninger av angiotensin II. Valsartan reduserer blodtrykk uten å påvirke hjertefrekvensen. Antihypertensiv effekt av en enkeltdose Exforge vedvarer i 24 timer. Effekten opprettholdes ved langtidsbehandling. Brå seponering har ikke vært assosiert med rask blodtrykksøkning. *Absorpsjon:* Maks. plasmakonsentrasjon av valsartan og amlodipin etter hhv. 3 og 6-8 timer. *Proteinbinding:* Amlodipin: 97,5%. Valsartan: 94-97%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Amlodipin: Ca. 21 liter/kg. Valsartan: Ca. 17 liter/kg. *Halveringstid:* Amlodipin: 30-50 timer. Valsartan: Ca. 6 timer. *Metabolisme:* Amlodipin metaboliseres i utstrakt grad (ca. 90%) til inaktive metabolitter i leveren. Valsartan metaboliseres ikke i vesentlig grad. *Utskillelse:* For amlodipin utskilles 10% uforandret, 60% som metabolitter. Valsartan utskilles primært i fæces (83%) og urin (13%), hovedsakelig uforandret.

Pakninger og priser: ***5/80 mg:*** Enpac: 28 stk. 234,80, 98 stk. 742,00. ***5/160 mg:*** Enpac: 28 stk. 291,70, 98 stk. 935,60. ***10/160 mg:*** Enpac: 28 stk. 291,70, 98 stk. 935,60. **Sist endret:** 08.05.2007(SPCer 17.01.2007) **T:** 12c)

Refusjon: Ved oppstart av behandling av ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsatt glukosetoeranse eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som førstevalg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til tiazid ikke brukes skal angis i journalen.

Id-kode: 3752/04.2007

NOVARTIS

NOVARTIS NORGE AS
Postboks 237 Økern - 0510 OSLO - Tlf. 23 05 20 00
Faks 23 05 20 01 - www.novartis.no

FORSVARETS INNSATSSTYRKE SANITET

FORSVARET TRENGER FLERE LEGER TIL INTERNASJONAL TJENESTE

Vurderer du om internasjonal tjeneste kan være noe for deg? Vi ønsker i så fall å invitere deg til en uforpliktende informasjonsdag hvor du får vite mer om hva det innebærer å tjenestegjøre som lege for Forsvaret i internasjonal operasjoner FØR du tar stilling til om dette er aktuelt?

Forsvaret trenger flere leger til både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for kortere og lengre tjenesteperioder i 2008. Vi søker etter personell med erfaring fra allmennpraksis og/eller legevakt og spesialister innen kirurgi eller anestesi, både til misjonsspesifikke oppdrag og beredskapsavdelinger.

På informasjonsdagen vil du blant annet få vite mer om:
- Mandat, oppdrag, konfliktsituasjon, arbeidsoppgaver, sanitetskonsept m.m.
- Lønnsavtalene og kontraktsforhold for leger
- Kvalifikasjonskrav og medisinsk seleksjon. (NB! Militær erfaring IKKE et krav!)

Gå gjerne inn på www.fsan.no for å lese mer om svar på de mest stilte spørsmål eller for å registrere deg i vårt interesseregister for å motta uforpliktende informasjon om Forsvarets internasjonale operasjoner. Se også www.mil.no under "Norske styrker i Utlandet."

Forsvarets innsatsstyrke sanitet
OPE-kontoret
2058 Sessvollmoen

Mail: rekruttering.fsan@mil.no. Send oss en mail med overskriften: "Lege til infodag".
Tlf Løytnant Eirik Holmstrøm: 48010640
Tlf Løytnant Henrik Syversen: 48010730
Tlf Kaptlt Thomas Alsaker: 48010729
T1f: Major Ingar Guttersrud: 48010648

GlaxoSmithKline (GSK) er et av verdens ledende, forskningsbaserte legemiddelfirmaer.
Vår virksomhet er basert på legemidler og kompetanse som gjør at folk klarer mer, føler seg bedre – og lever lenger.
Vi har i dag bransjens mest ekspansive og anerkjente pipeline med flere banebrytende produkter innenfor onkologi og vaksiner.
I Norge har vi 140 medarbeidere og omsetter for 800 millioner kroner. Kjerneverdiene våre er: Glede, Engasjement, Nyskapning, Omsorg og Mot.

Vil du være med og bygge opp vår medisinske informasjonsservice?

Medisinsk Rådgiver

søkes til nyopprettet og selvstendig stilling

GlaxoSmithKline ble nummer 2 i Great Place to Work i 2006, og vi har en klar målsetning om å fortsette å utvikle oss som en attraktiv arbeidsplass.

Til en nyopprettet stilling søker vi en lege som skal bygge opp en god og faglig forankret medisinsk informasjonsservice. I tillegg skal vedkommende være medisinsk rådgiver internt innenfor definerte terapiområder. Stillingen rapporterer til medisinsk sjef.

Kvalifikasjoner
Vi ønsker oss en kollega som er utdannet lege og har noe klinisk erfaring, gjerne innen almenmedisin, indremedisin, nevrologi eller tilsvarende. Du må ha god kjennskap til organiseringen av helsevesenet i Norge, gode kommunikasjonsevner skriftlig og muntlig, samt evne og vilje til å arbeide i nettverk på tvers i organisasjonen.

Selvstendige arbeidsoppgaver med ansvar og muligheter
- Ekstern og intern medisinsk informasjon
- Forskningsformidling
- Bivirkningsovervåkning og reklamevurdering
- Faglig støtte til markedsavdelingene
- Støtte til klinisk forskning innenfor sitt eget fagområde

Ytterligere informasjon og søknadsfrist
For spørsmål, kontakt Erik Hjelvin, tlf. 90 60 50 24.
Kortfattet søknad med CV sendes erik.x.hjelvin@gsk.com
innen 15. mars 2008.

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

SPESIALSYKEHUSET FOR REHABILITERING

Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) *er en enhet i Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF med avdelinger i Stavern og Kristiansand. Sykehuset fremstår i dag som et av de ledende fagmiljøer innen området fysikalsk medisin og rehabilitering og voksenhabilitering. Sykehuset har 112 senger samt en betydelig aktivitet innen dag-behandling og poliklinikk. SSR er aktive innen forskning og utvikling.*

SSR Stavern har følgende stilling ledig:

Lege under spesialisering
Id. nr. 12346

100 % stilling innen fysikalsk medisin og rehabililitering fra dd. til våren 2012

For ytterligere opplysninger kontakt:
Avd.leder rehab: Kari Marthinsen, tlf: 930 58 090,
epost: kari.marthinsen@rehabilitering.net
Avd.leder fys.med: Simen Haugen, tlf: 995 77 080,
epost: simen.haugen@rehabilitering.net

Dette er en henvisningsannonse.
For nærmere informasjon om stillingen:
www.rehabilitering.net

Søknad med CV sendes: Spesialsykehuset for rehabilitering, postboks 160, 3290 Stavern

Søknadsfrist: 13. mars 2008

HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA

Klinikk Hammerfest har ledig følgende stilling

Ass.lege
Gynekologisk avdeling

Utdanningsstilling – fast 100 % fra 01.04.08. ID.nr. 12064. Hjemmel nr. 8495.
Vi vil legge vekt på personlig egnethet for stillingen.

Nærmere opplysninger vedrørende stillingen fås ved henvendelse til avd.overlege Jes G. Westergaard, tlf. 78 42 10 00.

Lønn: Iht gjeldende overenskomster mellom Den norske Lægeforening og Helse Finnmark. Medlemskap i KLP.

Vi kan tilby:
- Allsidig og variert virksomhet.
- Godt og tidsmessig utstyr.
- Et godt faglig miljø, dyktighet og entusiastisk personale.
- Mulighet for å drive forskning i samarbeid med Universitetet i Tromsø.

Vi minner om statlig nedskriving av studielån i Statens lånekasse med 10% pr. år inntil kr 25.000, samt særskilt skattefradrag og forhøyet barnetrygd for arbeidstakere i Finnmark. Forøvrig tilsettes arbeidstakere etter gjeldende lover, reglement og overenskomster, herunder lønn og pensjon, samt 6 mnd. prøvetid. Reise- og flytteutgifter dekkes iht gjeldende flytteregelement. **Sykehuset kan være behjelpelig med bolig.**

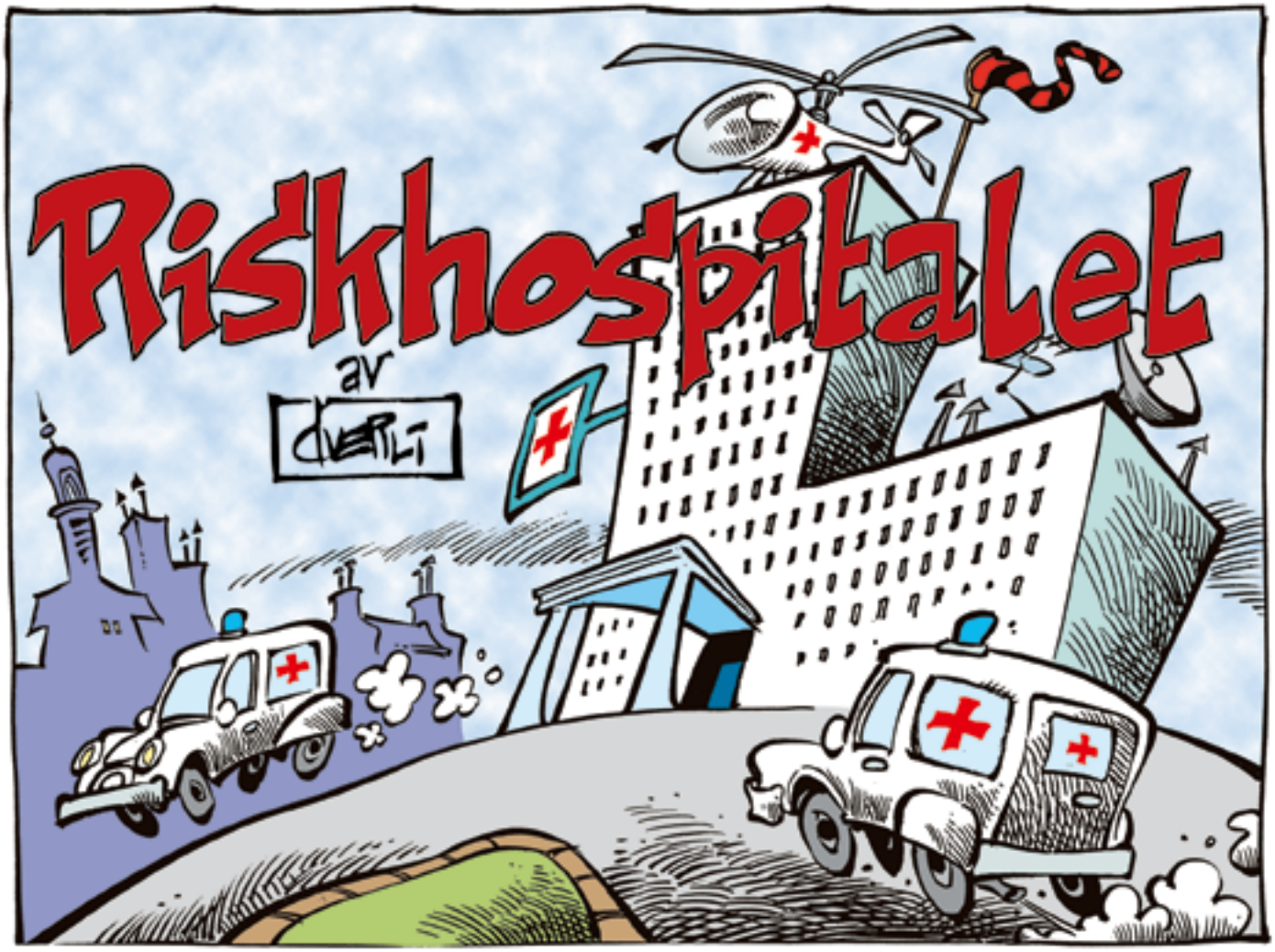
Helse Finnmark HF er i omstilling og endringer i arbeidsoppgaver/stillingsbeskrivelse kan derfor ikke utelukkes.

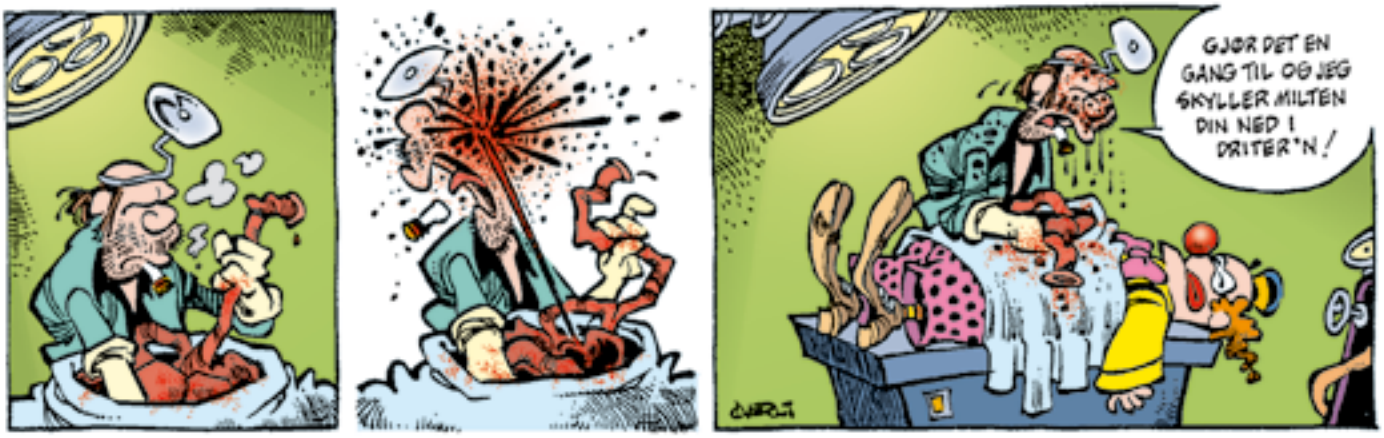
Søknad med CV og 2 referanser sendes elektronisk via www.jobbnorge.no. Søknadsfrist: 14. mars 2008.

CICERO ev

Riskhospitalet

av





Fremtiden begynner nå

Abilify (aripiprazol) i behandling av schizofreni

Gi dine schizofrenipasienter fordelene ved Abilify helt fra starten av:

Effekt

- Abilify har en tidlig innsettende effekt og kontrollerer psykotiske symptomer både i akutt - og langtidsbehandling.[1-2]

Bidrar til bedre fysisk helse hos schizofrenipasientene

- God tolerabilitet på områder som betyr mye for pasienten, som vektforandringer, sedasjon, prolaktinstigning og EPS[1,4,5,6]

Pasientens opplevelse

- Abilify foretrekkes av pasienter fremfor tidligere antipsykotisk behandling[7]

1. Potkin SG et al. Arch Gen Psychiatry 2003;60:681-690
2. Kasper S et al. Int J Neuropsychopharmacology 2003:6:325-337
3. Kern RS et al. Psychopharmacol 2006;187:312-320
4. McQuade RD et al. J Clin Psychiatry 2004;65(suppl 18):47-56
5. Pigott TA et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1048-1056
6. Marder SR et al. Schizophr Res 2003;61:123-36
7. Tandon R et al. Schizophr Res 2006;84:77-99

For informasjon om bivirkninger og forsiktighetsregler, se felleskatalogtekst.
Se felleskatalogtekst side 37

Postboks 464, 1323 Høvik · Telefon 67 55 53 50, Fax: 67 55 53 52 · www.b-ms.no

Bristol-Myers Squibb Otsuka Otsuka Pharmaceuticals

B-Economique
Utgiversted: Oslo
Returadresse: Yngre legers forening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
NORGE P.P.
DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE

NYHET!

- Første og eneste kombinasjon av kalsiumkanal-/AII-blokker
- Effektiv blodtrykkssenkning ved alle grader av hypertensjon[1, 2]

Referanse:
1. Poldermans D et al. Tolerability and Blood Pressure-Lowering Efficacy of the Combination of Amlodipine Plus Valsartan compared with Lisinopril plus Hydrochloro-thiazide in Adult Patients with Stage 2 Hypertension. Clinical Ther. 2007;29:279-289.
2. Smith TR et al. Amlodipine and Valsartan Combined and as Monotherapy in Stage 2, Elderly, and Black Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-controlled Studies. J Clin Hypertens. 2007;9:1-10.

Se felleskatalogtekst side 39

EXFORGE®
amlodipine besylate/valsartan
GREAT DROPS JUST GOT BETTER

NOVARTIS
Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • Tlf. 23 05 20 00
Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no Id-kode: 4319.02.2007