

# Doktor I NORD

1 • 12

MEDLEMSBLAD FOR NORDLAND, TROMS OG FINNMARK LEGEFORENING • 11. ÅRGANG

## Temanummer: Fastlegeforskriften



Opprørte  
fastleger

4

Uventet  
støtte

6

Ny turnus

11-22-23





Organ for Nordland, Troms og Finnmark legeförening

#### Utgiver:

Nordland, Troms og Finnmark legeförening

#### Ansvarlig redaktör:

Jostein Törstads, Kirkenes

E-post: jostein.torstads@

sor-varanger.kommune.no

Jo-Endre Midtbu

Tlf. 930 08 700

E-post: jo-endre.midtbu@unn.no

Margit Steinholt, Sandnessjónen

Tlf. 993 55 760

E-post: margit.steinolt@gmail.com

#### Journalist:

Tove Myrbakk

E-post: nlfinfo@frisurf.no

#### Bladets adresse:

Doktor i NORD

Mörkvedsenteret 17

8028 Bodö

#### Sekretariatet finner du i

Mörkvedsenteret 17, i 2. etg. over

Coop Extra på Mörkved.

Det er öpent mandag til fredag

09.00 - 15.30.

Tlf. 75 54 49 11.

E-post: nlfinfo@frisurf.no

#### Forsidefoto:

«Brensholmen»

Foto: Ole Kristian Losvik.

#### Redaksjonen for nr. 1/12

avsluttet 9. mars 2012.

#### Deadline for 2012:

1. april

5. juni

10. september

20. november

#### Produksjon:

**COX** Bergen AS

Annonser: Cecilie Dahle Tlf. 930 04 871

Mail: cecilie.dahle@cox.no



## Ny fastlegeforskrift

Forslag til ny fastlegeforskrift er hovedtema i denne utgaven av Doktor i Nord. Ny fastlegeforskrift kan i stor grad sees som et virkemiddel som skal sikre myndighetene kontroll over gjennomföringen av samhandlingsreformen, og et middel for å styre innholdet av medisinsk førstelinjetjeneste på en helt annen måte enn det som har vært mulig frem til i dag. Höringsrunden avsluttes den 22. mars. Ny forskrift trer etter planen i kraft sommeren 2012. Her kan det imidlertid se ut som at helseminister Anne-Grethe Ström-Erichsen har forregnet seg grovt.

Forslaget har ledet til en voldsom mobilisering blant landets fastleger. Det er publisert flere tusen innlegg på allmennlegenes diskusjonsforum Eyr. Protestene er referert i alle medieflater siste måneder, og gjenfinnes i en rekke nyhetsbrev og medlemsinformasjoner fra Dnlf og Af sentralt. Höringssvarene fra våre lokalföreninger kan leses på nettsidene til f.eks Troms legeförening (1). Legeföreningen har laget en egen portal med nytt om fastlegeforskriften (2). Fastlegeaksjonen har samlet noen av de viktigste leserinnlegg og nyhetsoppslag på en egen blogg (3). Før du surfer ut i den store verden, bör du imidlertid lese noen av innleggene i bladet du nå har i hendene.

Fastlegenes engasjement i denne saken er inspirerende og gledelig. Samholdet og prinsippfastheten er utypisk vår profesjon. Grasrotoppörret handler heller ikke om tradisjonell profesjonskamp, men om legens autonomi og kampen mot meningslös detaljstyring og overbyråkrati. Gjennomgangstema i kritikken er at forskriftsforslaget vil forringe fastlegenes mulighet til å yte faglig gode og omsorgsfulle tjenester overfor sine pasienter. Dette er altså en kamp det er verdt å ta!

Når allmennlegene nå slår seg sammen – er det all grunn til å følge med – for det har vi altså ingen tradisjon for. Motsetninger har ofte splittet oss, men denne gangen er det annerledes. Hele kollegiet må støtte opp om dette: Det handler om å si tydelig fra til uklok politisk myndighet om at de må ta tilstrekkelige steg tilbake – og starte på nytt. Her holder det ikke med pragmatisk flikking på HODs utkast. Vi önsker å sette faget og pasienten i sentrum. Da må utkastet til forskrift kondemneres. Fastlegeforskriften gjør det dessuten nödvendig å reise spørsmålet om hvilke rådgivere Helseministeren har hatt i den aktuelle saken? Hvem definerer hennes virkelighet; hvem er det - in persona – som har fört utkastet til ny fastlegereforskrift i pennen, og hvordan kunne disse personene få en slik upörorsjonert makt? Jeg håper ingen leger er konsultert.

Ovenfor urimelige, inkonsekvente og udokumenterte krav, skal fastlegene nå detaljstyres slik vi ikke tidligere har sett maken til. Forskriftsforslaget oser av underliggende mistillit ovenfor allmennlegene, som överste politiske myndighet vil kunne få vansker med å rydde opp i.

Gjennomgangstenen i kritikken er at summen av alle forslagene i ny fastlegeforskrift vil umuliggjøre en oppfyllelse av samhandlingsreformens intensjoner – heller enn å bygge opp under dem - både ut fra et rent praktisk synspunkt, men også ut fra den strategiske risikoen helsemyndighetene löper ved å demotivere og villedet et frem til nå, svært lojalt allmennlegekorps. Legenes beslutninger må være basert på faglighet og rett prioritering – ikke feilslåtte myndighetskrav. Hvis allmennlegene öker sin henvisningsrate med 1%, öker antallet innlegelser i sykehus med 30%.

Helseminister: Ta dæ en kjeks! Lytt til gode råd fra fagpersonene som i dag faktisk leverer en velfungerende primærhelsetjeneste. Vi kan alltid bli bedre – men dette er ikke måten å motivere til det, på. Du gjør klokt i å invitere til dialog og stimulere landets fastleger med positive incitamenter – ikke urimelige krav og trusler om sanksjoner.

(1) legeföreningen.no/troms

(2) legeföreningen.no/Emner/Andre-emner/Fastlege/

(3) fastlege.blogspot.com/

**Jo-Endre Midtbu, leder i Troms Legeförening**

# Opprørte fastleger

Helsemyndighetene var nok klar over at fastlegene ikke ville bli fornøyd med forslag om ny fastlegeforskrift. Men at de skulle bli så opprørte at mange heller går over til å bli helpri- vate enn å detaljstyres i alle retninger, var kanskje i overkant av det HOD så for seg. Over hele landet har det vært arrangert lokale møter der fastleger har protestert og informert om at de vil si opp avtaler med kommuner dersom forskriften blir vedtatt. Troms topper protestfylkene. Der har 73 prosent av legene skrevet under protestbrevet til helseministe- ren med krav om å trekke forslag om ny fastlegeforskrift tilbake. I Nordland og Finnmark har rundt halvparten av legene skrevet under.

## Ønsker dialog først

**Legeforeningen står midt mellom opprørte fastleger som maner til kamp og helsemyndighetene som i 13. time kan være klar for dialog.**

Av Tove Myrbakk

Forslaget til ny fastlegeforskrift har skapt storm og hisset opp selv de aller sindigste fastlegene. Over hele landet har allmennle- ger protestert mot det de ser vil rasere fastlegeordningen, og sette samhandlingsreformen i fare. Over 3000 leger, i tillegg til ansatte ved landets universiteter, har sendt brev til helseministeren med krav om å trekke forslaget tilbake. Trond Egil Hansen er leder av Allmennlegeforeningen, og har stått sentralt i debatten. Han kan fortelle om en snodig prosess forut for høringen, der Legeforeningen har vært holdt helt utenfor.

For rundt et år siden ble Lege- foreningen med kort varsel inn- kalt til et møte i direktoratet. Deltakerne besto av partene i avtaleverket, men også av enkelt- personer som direktoratet hadde valgt å invitere. Rolle og mandat for møtet virket veldig uklar, og Legeforeningen valgte å ikke delta på dette møtet, men be om et separ- rat møte sammen med KS.

– Vi regnet jo med å bli invitert på nytt møte, men dørene forble lukket for alle, så vidt jeg har forstått det, helt fra direktoratet oversendte sitt faglige innspill til departementet, sier Trond Egil Hansen.

Rett før jul kom forslag om revidert fastlegeforskrift. Lege- foreningen var raskt ut med å gi klar beskjed om at forslaget ville ødelegge fastlegeordningen.

– Det vil ikke være mulig å gi et godt pasienttilbud hvis dette blir vedtatt. Selv om forslaget bygger på mange gode intensjoner, virker det helt virkelighetsfjernt. Ønsket om å øke fastlegenes tilgjengelig- het kolliderer kraftig med ønsket om å øke legenes deltakelse på andre arenaer utenom legekoni- toret. Det er utformet slik at fast- legen ikke lenger skal prioritere dem med alvorlig sykdom eller mistanke om alvorlig sykdom. Mindre tid til pasientarbeid kom- binert med overambisiøse tiljen- gelighetskrav vil medføre at kon- sultasjonene må gjøres kortere og mer utsatt for å bli avbrutt. Dette vil igjen føre til flere henvisninger.

– Mange mener *Legeforenin- gen nå må kreve at helseministe- ren trekker hele forslaget tilbake og at prosessen må begynne på nytt. Hva mener du?*

– Jeg skjønner at mange mener det, men vi tror alle er best tjent med at Legeforeningen hjelper HOD med å finne bedre virke- midler enn det som ligger i forsla- get som nå er ute. Målet om god kvalitet i allmennlegetjenestene



– Det mest alvorlige med forskriften er at den tiden legen er tilgjenge- lig for pasienten blir sterkt redusert på grunn av en lang rekke nye pålegg om blant annet møtevirksomhet, dokumentasjon og rapporte- ring, sier leder av Allmennlegeforeningen Trond Egil Hansen.

og et enda mer omfattende tilbud hos fastlegene nås ikke gjennom detaljstyring av fastleger i alle retninger. Det håper jeg HOD skjønner nå.

Hansen ser at private allmenn- leger kan bli resultatet hvis HOD ikke lytter sterkt til de signalene som er gitt i høringsprosessen.

– Legene er ikke de som taper mest. Heller ikke den største

gruppen av pasienter. Men noen pasientgrupper med dårlig øko- nomi vil falle utenom og få det langt tøffere. Legene vil i en slik situasjon heller ikke kunne for- pliktes til legevakt og offentlig legearbeid som sykehjems- og helsestasjonsarbeid. Legefore- ningen ønsker ikke en slik situa- sjon, men hele fastlegeordningen bygger på eksisterende forskrift.



Helseminister Anne Grete Strøm-Erichsen har hisset på seg allmennlegene i sitt forslag om ny fastlegeforskrift.

Store endringer i denne endrer hele grunnlaget for avtalene som er inngått med kommunene, og konsekvensen blir at avtalene må sies opp til reforhandling. Dette er ikke noe Legeforeningen truer med. Det er en konsekvens av departementets forslag.

Hansen og Legeforeningen er glad for det store engasjementet som fastlegene har vist i saken og håper at KS og kommunene skjønner hva forslaget og konsekvensene innebærer for dem.

– *Pasientorganisasjonene har langt på vei støttet forslag om ny forskrift. Hva tenker du om det?*

– Det mest alvorlige med forskriften er at den tiden legen er tilgjengelig for pasienten blir sterkt redusert på grunn av en lang rekke nye pålegg om blant annet møtevirksomhet, dokumentasjon og rapportering. Fastlegen gis ikke anledning til å prioritere dem med alvorlig sykdom eller mistanke om alvorlig sykdom. Alle skal prioriteres. Den som prioriterer alle, prioriterer i realiteten ingen. Dette går sterkt ut over kronikerne. Alt dette håper jeg at KS og pasientorganisasjonene reagerer på i høringsprosessen.

– *Professorer går ut og advarer medisinstudentene mot å bli allmennleger. Hva mener du?*

– Det er høyst forståelig at studentene advares. Konsekvensene av forslag om ny fastlegeforskrift er skremmende. Jeg er bekymret over at de studentene som nå er i ferd med å velge yrkeskarriere velger bort allmenntillegene, og at vi dermed mister flere kull med medisinstudenter. Vi sliter jo allerede med å rekruttere.

– *Hva med de 2500 nye allmennlegene som skulle komme?*

– Det har myndighetene gått stille med i dørene om de siste årene, og nå er situasjonen så alvorlig at vi frykter vi blir enda færre som skal klare alle oppgavene som pålegges. Det er en situasjon som ingen er tjent med. Aller minst pasientene, sier leder av Allmennlegeforeningen Trond Egil Hansen.

# Trist og vantro

**På Mo står kommunene uten fastleger om ny fastlegeforskrift vedtas. – Jeg har aldri vært så skuffet, trist og vantro som da jeg så utkastet til ny fastlegeforskrift.**

Av Tove Myrbakk



– Jeg har aldri vært så skuffet, trist og vantro som da jeg så utkastet til ny fastlegeforskrift, sier Anette Fosse.

Det sa Anette Fosse i et intervju med Rana Blad nylig. Hun hadde trodd myndighetene ville sjekket konsekvensene før de kom med forslag. I en kronikk i Dagens Medisin oppfordrer hun både fastleger, kommuner og helsemyndigheter til å komme i dialog og finne gode løsninger på de utfordringene som ny fastlegeforskrift er et særdeles dårlig svar på.

– HOD peker på ustyrlige og utilgjengelige fastleger og dytter pasientene foran seg i retorikken. Kommunene skylder på uinteresserte fastleger som ikke vil delta i noe som helst uten å få betaling for det. Fastlegene tegner et bilde av myndighetene som byråkratiske og kunnskapsløse. HOD må ta hovedansvaret for at gjensidig mistillit har fått gode vilkår i det siste. Nå begynner det møysommelige arbeidet med å bygge opp igjen tillit, og det kan bare skje gjennom god, likeverdig og åpen dialog mellom alle involverte. Det er opp til departementet å ta imot den utstrakte hånden fra fastlegene for å komme inn i et konstruktivt spor.

## START PÅ NYTT

Anette Fosse tror mange av intensjonene bak forskriften er gode, men at de ikke oppnås gjennom forskriftsverktøyet.

– Både mål og virkemidler må utvikles gjennom en åpen og inkluderende dialog. En videreutvikling av fastlegeordningen – med samhandlingsreformen som bakteppe – må baseres på bred kunnskap og innsikt i hvordan dagens ordning fungerer. Det er ønskelig å prøve ut nye måter å organisere fastlegetjenesten på. Ulike modeller kan passe i ulike deler av landet. Utdanningsstillinger, forskning, legevakt og samarbeid med andre helseprofesjoner er viktige elementer. Slike prosjekter bør ønskes velkommen og stimuleres.

Arbeidet må foregå både nasjonalt og lokalt og baseres på gjensidig tillit og respekt. Dette kan by på utfordringer, men er den eneste farbare veien. HOD, KS og Legeforeningen må utarbeide overordnede mål og avtaler, gjerne kombinert med veileder-/retningslinjer for lokale avtaler og arbeid med kvalitetsutvikling, utdanning, forskning og samarbeid. Pasientorganisasjonene kan gjerne inviteres med.

– Lokalt må fastleger og kommuner ha som mål å utarbeide en plan for å videreutvikle fastlegeordningen. Allmennlegeutvalget (ALU) og Lokale samarbeidsutvalg (LSU) er etablerte strukturer som kan brukes som arena, sier Anette Fosse.

# Uventet støtte til fastlegene

**Legeforeningen var ikke invitert til å si noe på høringsmøte om fastlegeforskriften i regi av NSH. Det betyr ikke at budskapet ikke ble fremført, og støtten kom fra flere og kanskje litt uventet hold.**

**Tove Myrbakk**

Maren Skaset, lege og avdelingsdirektør i HOD kom på ingen måte til sine egne da hun entret talerstolen i Oslo kongressenter, og var nok forberedt på det selv om hun uttrykte at hun hadde gledet seg til møtet.

## Gir ikke svar på alle utfordringer

Hun startet med å forklare hvorfor myndighetene ønsker ny fastlegeforskrift på plass.

– Fastlegene samhandler i lite eller variabel grad med andre aktører om pasienter med psykiske problemer. Forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad, og samarbeidet med kommunenens omsorgstjenester bør bli bedre. Hjemmebesøk benyttes for lite, og legene deltar for lite i legevakt.

Av andre utfordringer trakk hun fram rekruttering, for lite forskning i primærhelsetjenesten, for få spesialister og en grunnutdanning som i for stor grad er på spesialisthelsetjenestens premisser.

– Fastlegeforskriften er ikke svaret på alle disse utfordringene, men gir et betydelig handlingsrom hvis det er politisk vilje til å gi et budsjettmessig påfyll, og at kommunene følger opp sine fastleger.

Skaset sa også at legene har misforstått bestemmelsene om at legene skal innkalle listepasienter som ikke bestiller time selv. Det gjelder ikke friske folk.

## Tar tid bort fra konsultasjonen

Ottar Grimstad, leder i Møre og Romsdal Legeforening og kommuneoverlege/fastlege i Hareid kommune fikk 10 minutter til å påpeke at forskriften ikke sier noe om kvaliteten i pasientkonsultasjonen. Nettopp denne kvaliteten vil bli kraftig utfordret av alle nye fastlegeoppgaver.

– Det er mange tiltak i forskriften som vil ta tid bort fra jobben vi er satt til å gjøre overfor pasientene. Resultatet av dette blir mindre tid til samtale og undersøkelse, mindre behandling, mer henvisning og mer misfornøyde leger og pasienter. Dette er stikk i strid med det kommunene trenger inn i samhandlingsreformen.

Grimstad mener enkelte av bestemmelsene kan være umulig å følge.

– 5 dagers fristen kan jeg klare i de aller roligste periodene. Man må ikke forskriftsfeste noe som er umulig å gjennomføre. Da jager man legene bort fra fastlegeordningen. Dette er detaljstyring uten hensyn til virkeligheten. En sementerer regler som kunne vært utviklet dynamisk.



Lars Vorland støtter fastlegenes bekymring over forslag om ny fastlegeforskrift. - Jeg tror ikke forslaget vil føre til økt tilgjengelighet. En må ned på listeantallet og få flere fastleger hvis man skal lykkes.

## Støtte fra foretaksdirektør

Da Lars Vorland, administrerende direktør i Helse Nord RHF, ble bedt om å innlede om fastlegeforskriften sa han ja fordi han trodde det ville være en enkel og grei jobb.

– Men jeg måtte jo lese hele forskriften godt, og synes ikke det er rart at fastlegene protesterer.

Vorland finner det underlig at myndighetene går for forskriftsstyring i så stor grad som man gjør.

– Folk er jo særdeles godt fornøyd med fastlegeordningen. Allmennlegetjenesten preges av stor produktivitet. Fastlegene jobber om lag femti timer i uka og har i snitt 23 konsultasjoner per dag. Ingenting tyder på at de ikke jobber hard og effektivt. Samtidig er dette en tjeneste som i dag også preges av forgubbing. En av tre fastleger er over 55 år.

Vorland ser at intensjonene bak forslaget er gode, men mener summen av alle tiltak blir for høy.

– Jeg tror ikke forslaget vil føre til økt tilgjengelighet. En må ned på listeantallet og få flere fastleger hvis man skal lykkes.

## Frykter flere henvisninger

Som RHF-direktør er Vorland bekymret over hva som vil skje i spesialisthelsetjenesten om fastlegene får mindre tid til pasientene.

– Det kan føre til at enda flere blir henvist til sykehus fordi det ikke er tid til å utrede. Vi må være forsiktede med å skape en arbeids hverdag for fastlegene som fører til at flere henvises til sykehus og blir stående i kø og

vente på polikliniske undersøkelser for mindre alvorlige plager. Det er ikke til gagn for noen, mener Lars Vorland.

Kommunenens Sentralforbund skal behandle forslag til revidert fastlegeforskrift i hovedstyret i mars etter å ha hatt et omfattende høringsrunde i kommunene. Direktør Gudrun H. Grindaker var positiv til mye av det som ligger i forslaget. Hun var ikke bekymret for rekruttering av nye fastleger, men mer opptatt av at de økonomiske konsekvensene må utredes.

– Vi i KS ønsker en bedre og mer integrert legetjeneste enn vi har i dag i tillegg til bedre tilgjengelighet og kvalitet for de pasientene som trenger det mest. Forslaget har mye bra i seg, men også en del man må komme tilbake til.

## Todelt helsevesen

Bent Høie, leder i helse- og omsorgskomiteen, håper helseministeren starter med blanke ark igjen og trekker hele forslaget.

– Summen går ikke opp. Ministeren og HOD må sette seg sammen med KS og Legeforeningen og finne ut hva som skal til for å bedre pasienttilgjengeligheten og få til bedre samhandling. Krev at fastlegen er spesialist. Jeg frykter at forslaget kan medføre at de store byene vil oppleve at fastleger melder seg ut til et todelt helsevesen, og det vil ingen av oss ha.

Under debatten kom legeforeningen til ordet.

– Norge har en allmennlegestab som duger og kan faget sitt. Vi har hatt resertifisering i lang tid, noe som er spesielt i forhold til mange andre land. Som fastleger må vi få bruke vårt faglige skjønn. Forslaget truer faget vårt. Derfor er vi så engasjerte og protesterer, sa Marit Hermansen, leder i Norsk forening for Allmennmedisin.

Trond Egil Hansen viste til statusrapporten «Tillit, trygghet og tilgjengelighet» som Legeforeningen utarbeidet for noen år siden og som inneholder mange konstruktive forslag om forbedringer av fastlegeordningen.

– Fastlegeordningen er god, men ikke perfekt. Vi har aldri sagt at alt var såre vel. Men hvis vi skal få noe til må vi bruke trepartssamarbeidet som har vist seg å fungere utmerket tidligere. Vi trenger en overordnet forskrift, fornuftige avtaler og hensiktsmessig finansiering. Det haster med å justere kurset. Vi vil gjerne i dialog med HOD og håper at dørene åpnes for oss denne gangen.

# Ny fastlegeforskrift – Nei takk!

**Fastlegeordningen har vært en suksess. Legeforeningens eierskap til ordningen vurderes i denne sammenheng som viktig. En av de sentrale suksessfaktorene har vært legenes eget kontinuerlig pågående kvalitetsforbedringsarbeid med ordningen, faglig og administrativt. Innflytelse over egen arbeidssituasjon er noe allmennlegene oppgir som vesentlig for trivsel, motivasjon og yteevne.**

Dessverre har andrelinjetjenesten, sett fra vårt ståsted, i samme periode vært under styring av svært ulik kvalitet. Kostnadsveksten innen sykehussektoren synes de siste årene å ha vært ute av kontroll. Én og en halv milliard kroner er brukt på konsulentoppdrag knyttet til omstrukturering i Helse Sør-Øst, noe det har vært både stor faglig, politisk og administrativ uenighet om. Da planene om at administrerende direktør skulle reise til Roma på en 5 måneders studiepermisjon for å gå på NATO kurs ble offentlig kjent, ble det i all hast omgjort. Ventetiden for spesialisert sykehusmedisin er dessverre fortsatt for lang, for selv enkle tilstander der tidlig behandling vil ha betydelig gevinst for både samfunn og pasient. Vårt eget universitetssykehus er dessverre intet unntak, og rapporterer for 2011 om gjennomsnittlig ventetid på 86 dager fra sykehuset prioriterer vår henvisning, og til pasienten får behandling. Tallene for ferdigbehandlede pasienter oppgis å være stigende, men samtidig opplever vi at tilgjengeligheten og servicen synker innenfor mange områder. Reinnleggelse blir stadig vanligere, og pasientene oppsøker oss uten å ha fått ordnet med relevante resepter og uten at sykehuset har gjort avtale med hjemmesykepleien. Epikrisene er av varierende kvalitet, og kommer iblant for seint til å kunne formidle viktige beskjeder fra sykehuset til fastlegen, mens enkelte epikriser og svar på undersøkelser ikke kommer i det hele tatt. Pasienten bestiller gjerne time hos oss i etterkant av en sykehusinnleggelse for å få den informasjonen han eller hun burde fått fra sykehuset.

Høringsutkastet til ny fastlegeforskrift ble introdusert like i forkant av implementeringen av samhandlingsformen. Begge deler synes faglig spinkelt fundamentert. Reformene forsøkes solgt som kvalitetsforbedring, men det er vanskelig å fri seg fra enn mistanke om at de i virkeligheten er motivert av et ønske om sentral kontroll, kostnadseffektivisering og dårlig skjult mistillit til landets fastleger.

Bedret telefontilgjengelighet samt kortere ventetid på time er gode idealer, men urealistisk når de kommer sammen med økte krav til deltakelse i møtevirksomhet, oppsøkende virksomhet, mer sykebesøk, mer

individforebyggende arbeid, og kontinuerlig rapportering om praksisen. For oss vil det viktigste alltid være den direkte møtet med den enkelte pasient.

Samhandlingsreformens intensjon om å overføre mer av behandlingen til førstelinjetjenesten er et greit prinsipp. Mye diagnostikk og behandling må likevel fortsatt gjøres på sykehus, der kompetansen og utstyret er. Det stilles stadig høyere krav fra brukere og pårørende til kvalitet og tilgjengelighet når sykdom og ulykke rammer. For lite er gjort for å bygge opp kompetanse i kommunene, og dette ser ikke ut til å ha endret seg vesentlig siden nyttår, da startskuddet gikk for den nasjonale utrulling av samhandlingsreformen. Hvordan fastlegene både skal kunne bygge opp kontorets kompetanse og tilegne seg utstyrmessig det som er nødvendig for å erstatte spesialistene i sykehuset, er vanskelig å forstå. Hvordan skal dette få ned forbruket av sykehustjenester? Og blir det billigere – og bedre?

Departementet ser også ut til å ha gått helt bort fra prinsippet om å ikke utføre unødvendige undersøkelser og behandling. Hvis vi skal oppsøke personer som selv ikke tar kontakt, og gjøre mer behandling og utredning i kommunen, blir konsekvensen en virksomhet som iverksetter utredning på andre indiksjoner enn faglige, og unødvendige utgifter over det offentlige budsjett. Det er tankevekkende at dette foreslås innført, hjemlet i forskrift, i en tid der selv departementer som styrer over mindre akademiske virksomheter enn helsetjeneste har fått med seg at handlinger og aktiviteter bør være kunnskapsbasert.

Man får også inntrykk av at prioriteringsdebatten har gått i glemmeboken hos våre helsepolitiske myndigheter. Hva er for eksempel rasjonale for at en person som ønsker ny førerkortattest skal være garantert time i løpet av få dager? Dette vil kunne fortrenge eksempelvis en pasient med begynnende KOLS-forverring. Hvis det skulle stilles samme krav til sykehusene som til fastlegekontoret, måtte man ta konsekvensene av de tusenvis av fristbrudd på allerede lange ventelistegarantier som sykehusene tillater seg. Man kan

lure på om forslaget om krav til ventetid hos fastlegene er en bevisst strategi fra Regjeringen for å flytte fokus bort fra de atskillig lengre ventetidene til sykehusbehandlingen, der problemstillingene i tillegg er atskillig mer kompliserte og alvorlige.

Forebyggingsarbeidet som myndighetene legger opp til lider av en fundamental mangel på virkelighetsforståelse. Oppegående mennesker må forventes å ta ansvar for egen helse. Det gjelder både tidligere helseministre og folk flest. Personlig ansvar og ansvar for egen helse, kan aldri via forskrift skyves over på fastlegen.

Vi spør oss hvilke rådgivere og hvilke kompetansesentra departementet har støttet seg til ved utarbeidelse av utkastet til ny fastlegeforskrift. Tilliten til sentrale helsemyndigheter var allerede i utgangspunktet tynnslikt. Med dette forskriftsutkastet har helsedepartementet tatt et nytt stort steg i gal retning: Økt byråkratisering, statlig kontroll og mistillit til en ordning som har fungert svært bra. Manglende faglige begrunnelser og trusler om sanksjoner har gjort utkastet fullstendig uakseptabelt. Myndighetene demonstrerer ved sitt forslag til forskrift og lovhjemmel en betydelig egenrådighet og styringsiver, og i stede for å søke de beste løsningene gjennom tillit og gjensidig respekt; i avtaler.

Fastlegene vil ikke være med på ødeleggende reformer slik vi har sett i sykehusene de siste årene med omstillinger, nedbemanning, strukturendringer, endrete funksjonsfordelinger, nedleggelse og gjentatte ombygninger. Som fastleger må vi tenke nøye gjennom hvordan vi vil forholde oss til fastlegeavtalene våre dersom forslaget til fastlegeforskrift går gjennom i nåværende eller lignende form.

*Bernhard Holte*

*HTV Narvik kommune*

*Dag Nordvåg*

*HTV Tromsø kommune*

*Ronny Andreassen*

*HTV Harstad kommune*

*Anton Giæver*

*1. Landsrådsrepresentant AF, Troms*

# Forslag til revidert fastlegeforskrift sett fra et distriktsperspektiv

**Fagrådet ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin utarbeidet i februar en momentlist til bruk for leger og andre som arbeider med høringsuttalelser til HODs forslag om revidert fastlegeforskrift. Synspunktene bør ha gyldighet langt utover høringsfristen 22. mars.**

## Innledning

Ved innføring av reformer i helsetjenesten er det viktig at utfordringene knyttet til tjenesteproduksjon og kvalitet i distriktene blir tatt hensyn til og innarbeidet i lover og avtaleverk. Distriktskommunene har lang avstand til sykehus, spredt bosetning, relativt flere eldre innbyggere og større utfordringer knyttet til beredskap enn bykommunar. I tillegg er det godt dokumentert at distriktskommunene sliter med å rekruttere og holde på fastlegar. På den andre siden er de stabile legene i distriktskommunene ofte godt integrert i den kommunale helsetjenesten og driver en praksis som ligger nær hovedintensjonene i det nye forslaget til fastlegeforskrift.

## Samhandlingsreformen og fastlegeforskriften

Forslaget til revidert fastlegeforskrift må sees som del av samhandlingsreformen. Hovedbudskapet i samhandlingsreformen er en omfordeling av faglige oppgaver og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi som arbeider som leger i distrikt er enig i en slik utvikling, og vi har sett fram til kvalitetsheving og kompetanseutvikling i tråd med oppgavene. Det har og vært en klar forutsetning at tallet på leger i førstelinjen skulle økes (tallet 2000 var konkret nevnt da samhandlingsreformen ble lansert i 2009).

Samhandlingsreformen er avhengig av fastlegene, ikke minst i distrikt. Fastlegene i kommunen er den medisinsk-faglige spisskompetansen som reformen henger på. Forslaget til revidert fastlegeforskrift inneholder ingen punkter som støtter eller sikrer kompetanseutvikling eller ressurstilgang i fastlegetjenesten. Tvert om. Følgende punkter står i direkte motsetning til intensjonene i samhandlingsreformen:

- Forslaget sier at en «normal» pasientliste skal være på 300 pasienter/kurativ arbeidsdag. Dei fleste leger i distriktskommuner har kortere lister av hensyn til beredskap, avstander (tidsbruk ved utrykning og hjemmebesøk osv) og et helhetlig tilbud til pasientene. Leger i byen kan lettere henvise fra seg oppgaver som legene i distrikt tar hand om selv. Dersom forslaget til revidert fastlegeforskrift blir vedtatt kan en risikere at distriktskommuner får færre, ikke flere leger.
- Oppgavene som blir listet opp i forslaget til



På bildet sees fra venstre Peder A Halvorsen (forskningsleder og fastlege Alta), Hege Lund (kommuneoverlege Røros og Os kommuner) Per Baadnes (avd. leder administrasjon), Per Stensland (tidligere fagrådsmedlem, derfor ikke med på å lage momentlisten), Svein Steinert (MPH, nestleder NSDM), Helen Brandstorp (pH student og webredaktør), Elisabeth Swensen (kommuneoverlege Seljord), Karsten Kehlet (fastlege i Senjalegen), Robert Tunestveit (Fastlege Ål, leder Hallingforsk), Ivar Aaraas (professor, leder NSDM).

revidert fastlegeforskrift peker alle bort fra de sykeste pasientane. Det er særlig alvorlig at forskriftsforslaget legger stor vekt på å detaljeste tilgjengelighet for de friskeste, mens legen i praksis blir fratatt ansvar og verktøy for å prioritere etter eget faglig skjønn. Det er bekymringsfullt at forslaget til revidert forskrift lister opp en rekke nye oppgaver og sanksjoner knyttet til gjennomføring av disse uten at det er lagt opp til en økning av ressurser til legetjenesten. I praksis vil dette lett føre til at de sykeste og minst «krevende» pasientene taper.

- Forslaget til fastlegeforskrift inneholder mye om ansvar for å holde oversikt over helse-tilstanden til de som står på legens liste, og rapportering av data knyttet til dette. Slik IT-systemene i helsetjenesten er i dag, mener vi foreløpig at helsestyresmaktene bør prioritere å få på plass elektronisk kommunikasjon som sikrer hensynet til de pasientane som faktisk er syke og trenger tjenester fra flere nivå i helsetjenesten.

## Kompetanse, rekruttering og trygghet

Norge har lovfestet at innbyggerne har rett til likeverdige tjenester uavhengig av geografi. Det er godt dokumentert at mange distriktskommuner sliter med å skaffe og holde på leger. Likeledes vet vi at kvaliteten på legetjenesten er varierende og henger sammen med kontinuitet og stabilitet. Forslaget til fastlegeforskrift vil gjøre det vanskeligere å rekruttere leger i førstelinjen generelt, og særlig vil dette

ramme distriktene:

- Forslaget til ny fastlegeforskrift inneholder ingen tydeleg referanse til kvalitet, kompetanse, eller spesialistkrav for leger i allmennlegetjenesten.
- Legevakt i distrikt er en stor utfordring for den enkelte lege og for kommunene som skal sikre nok og kompetente leger til vaktordningene. Forslaget til fastlegeforskrift tar svært lett på dette, og ser ut til å «løse» problemene ved å innskjerpe kravet til å ta del i legevakt samt stramme inn på kriteriene for å få fritak fra vakt. Det er i seg selv bra at kravet til å ta del i legevakt blir presisert, men en innskjerping av fritakskriteriene vitner om liten forståelse for belastningen ved å ha legevakt langt fra sykehus gjennom mange år.

## Konklusjon

Forslaget til revidert fastlegeforskrift slik det foreligger er en trussel mot rekruttering, stabilitet og kvalitet i legetjenesten i distrikt. Forslaget vil i sin konsekvens føre til at ressursene blir omfordelt fra de sykeste til de mest ressurssterke og krevende pasientene. Slik Forslaget nå foreligger er vi redd for at fastlegeordningen vil bli rasert og på det viset slå beina under de gode intensjonene i samhandlingsreformen.

*Karten Kehlet, Peder Halvorsen, Elisabeth Swensen, Helge Lund, Robert Tunestveit, Helen Brandstorp, Ivar Aaraas, Svein Steinert*



## - Kommer lenger med demokrati og dialog

**Harald Sunde, medisinsk fagsjef i Helse Finnmark er overrasket over at myndighetene ser behov for slike innstramningstiltak overfor en ordning som er så velfungerende og populær som fastlegeordningen.**



Harald Sunde håper at de sentrale helsemyndigheter får arbeidet med fastlegeforskriften inn på rett spor igjen.

– Spesialisthelsetjenesten er helt avhengig av en helsegrunnmur som består av en god og velfungerende allmennlege/fastlegeordning. I Finnmark ser vi i dag utfordringer i kommuner med ustabil primærlegedekning og er bekymret for utviklingen dersom dagens forskrift fører til en sviktende rekruttering og stabilisering innen allmennlegetjenesten. En slik svikt vil primært ramme befolkningen i de gjeldende kommunene, men vil også innvirke negativt på spesialisthelsetjenesten. En slik svikt vil også kunne slå beina under hele samhandlingsreformens grunnidé; flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

– Generelt vil jeg si at man kommer lenger med demokrati og dialog enn med dekreter. Jeg håper derfor at de sentrale helsemyndigheter får arbeidet med fastlegeforskriften inn på rett spor, sier Sunde.

## - Må drøfte fastlegerollen

**Kai Brynjar Hagen jobber som sunnhetsoverlege i Salten Regionråd og mener fastlegerollen på drøftes grundig før man kan sortere ut hva som skal reguleres av forskrifter og hva som bør avtalebaseres.**

Av Tove Myrbakk

– I forbindelse med høringsrunden til ny forskrift for fastlegeordningen har det oppstått en situasjon som er vanskelig for kommuner og fastleger. Det er nødvendig å ”løfte blikket”. Kommunens helse- og omsorgstjeneste har nå meget omfattende ansvar innen folkehelse, utredning, behandling og rehabilitering. Kommunens ansvar og befolkningens rettigheter gjelder uansett kommunens geografiske størrelse, innbyggertall eller økonomi.

Hagen mener kravene ikke kan møtes uten optimal integrering og samarbeid mellom aktørene internt i den enkelte kommune. Og for mange kommuner vil en eller annen samarbeidsform med nabokommuner tvinge seg fram.

– Fastlegene har en nøkkelposisjon, men har også unike utfordringer og ganske ulike



Kai Brynjar Hagen er sunnhetsoverlege i Salten.

rammebetingelser for sitt arbeid. Noen fastleger er ansatt i kommunen, andre driver en privat virksomhet. Enkelte har lett tilgang til private spesialisthelsetjenester eller sykehuspoliklinikker, mens andre må avveie mellom å sende pasienter ut på timelang transport eller ta større faglige oppgaver selv. Ut fra de utredninger og rapporter som legeföreningen allerede har laget bør det gjennomføres en grundig drøfting av hvilke målsettinger som skal gjelde for fastlegerollen i bygd og by. Dette kan være utgangspunkt for en strategisk plan for allmennmedisin og fastlegevirksomhet som integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det vil da være grunnlag for å sortere hvilke rammebetingelser som skal forskriftsreguleres, være avtalebasert eller sørges for på andre måter, mener Kai Brynjar Hagen som også er fastlege, smittevernlege og praksiskoordinator på Nordlandssykehuset.

## - Legen må prioritere

**KS behandlet forslag om ny fastlegeforskrift i det nye hovedstyret 8. mars. Her går de for at den enkelte lege må prioritere pasienter på sin egen liste etter medisinske behov, alvorlighet og kapasitet.**

Av Tove Myrbakk

KS går i mot å forskriftsfeste detaljerte allmenne tilgjengelighetsbestemmelser. Det er den enkelte lege som må prioritere pasienter, men ønsker at fastlegen skal følge opp pasienter som ikke selv tar kontakt når det er påvist en lidelse som krever medisinsk oppfølging. Dette må imidlertid veies opp mot riktig prioritering av legens tidsbruk og den enkeltes ansvar for egen helse.

– En revisjon av fastlegeforskriften må føre til en styrket og bedre integrert legetjeneste i kommunene som bidrar til at hele



Magne Nicolaisen er regiondirektør i KS Nord-Norge og stiller seg bak hørings-svaret fra KS. Han deler imidlertid bekymringen til KS Finnmark og håper at denne tas hensyn til i HOD.

befolkningen får god tilgang til legetjenesten uavhengig av bosted og sosial bakgrunn. En legetjeneste som innrettes slik at sårbare og utsatte grupper prioriteres.

# - Fjern unødvendig detaljkrav

**- Unødvendig detaljkrav med udokumentert effekt må fjernes fra forslaget, som for eksempel kravet om 2 minutters responstid og 2 dagers ventetid.**

Av Tove Myrbakk

Det mener KS Finnmark som har sendt eget innspill til høringen om ny fastlegeforskrift. De mener så mye som mulig bør søkes løst gjennom et likeverdig partssamarbeid i avtaler, og ikke gjennom forskrifter.

Fylkesstyret legger til grunn at erfaringene med fastlegereformen i all hovedsak er god, og at det er viktig at forutsetningene for denne vellykketheten ligger fast. Forbedringspunkter er først og fremst å få til funksjons- og kvalitetskrav, og styrke evnen til å fange opp de svakestepasientene som ikke oppsøker lege av seg selv.

KS Finnmark er positive til at fastlegene blir mer integrert i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, at det åpnes for å flere muligheter til å utøve kommunalt legearbeid og at fastlegene får en rapporterings- og dokumentasjonsplikt. De er også enige i forslaget som i større grad enn i dag gir kommunene muligheter for sanksjoner, men mener dette bør forhandles fram i avtaletekst mellom partene.

Normtallet på 1500 mener de må settes ned. I Finnmark har leger på større steder i gjennomsnitt 900 på listene. I småkommunene er tallet langt mindre og taper stort.

– De minste kommunene får bare per capita for knapt en normert legestilling. Irealiteten må det ofte tre til fire leger til for å dekke legevakta.

– For å sikre framtidig rekruttering og medisinsk faglig kompetanse i de kommunale tjenestene bør forskriften bidra til å øke attraktiviteten for å bli fastleger i stedet for sykehusleger. Etter vår mening bør derfor unødvendige detaljkrav med udokumentert effekt fjernes fra forslaget, som for eksempel kravet om 2 minutters responstid og 2 dagers ventetid, heter det i høringssvaret fra KS Finnmark. KS Nordland og Troms har ikke sendt eget innspill.

# Felles seleksjonskriterier for fødselsomsorgen

Helse Nord RHF innfører felles regionale seleksjonskriterier for fødselsomsorgen. Det innebærer en fortløpende vurdering for valg av fødested gjennom svangerskapet, noe som gjøres både i primær- og i spesialisthelsetjenesten.

Seleksjonskriterier for fødselsomsorg er vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet og er gjeldende for hele Helse-Norge. De er en del av nye nasjonale kvalitetskrav for fødselsomsorgen.

Formålet med seleksjonskriteriene er å sikre kvinnene et variert tilbud ut ifra en risikovurdering, slik at de som har kjent risiko for komplikasjoner møter en helsetjeneste som er rustet til å gi rask hjelp på høyspesialisert nivå dersom det er nødvendig.

## Fagråd skal sikre felles forståelse

Et bredt sammensatt fagråd i Helse Nord har utarbeidet presisering til de nasjonale seleksjonskriterier. Disse tar hensyn til Helse Nord's desentraliserte struktur på fødselsomsorgen og de spesielle utfordringer i regionen på grunn av spredt bosetting og lange avstander. Formålet med arbeidet er å sikre en felles forståelse for kriteriene samt en samkjørt innføring som sikrer likeverdige tjenester til kvinnene.

Fagrådet er bredt og tverrfaglig sammensatt med både gynekologer, jordmødre, barnelege og allmennlege. Alle helseforetak (unntatt Sykehusapotek Nord HF) og fødeinstitusjoner på alle nivå er representert, likeså brukere og primærhelsetjenesten.

Seleksjonskriteriene innføres i Helse Nord fra 1. mars. Alle fastleger og jordmødre har fått informasjon om seleksjonskriteriene per post.

Alle som følger opp gravide bør ta stilling til fødenivå, selv om fødested er gitt ut ifra lokale forhold. Dette for å sikre at risikovurdering er gjort lik på alle gravide uansett fødested og kvinnene får behandling tilpasset deres behov.

For fastleger og jordmødre som gjennom

arbeid med svangerskapskontroll har hatt rutiner for å delta i en fortløpende vurdering av fødested, innebærer dette lite nytt. For fastleger som arbeider i områder der dette fagfeltet stort sett har vært håndtert av spesialisthelsetjenesten, kan dette fortone seg som et nytt arbeidsfelt.

## Felles mal

– Seleksjon av gravide til fødeinstitusjon innebærer en fortløpende vurdering gjennom svangerskapet, noe som gjøres både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at alle aktører har en omforent forståelse om problemstillingen og god kommunikasjon, sier Anca Heyd, medisinsk faglig rådgiver i Helse Nord.

For å lette samarbeidet på dette området er det utarbeidet en felles mal for vurdering av seleksjon. Denne planlegges implementert både i primærhelsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig å bruke PARTUS-systemet som alle fødeinstitusjonene allerede har tilgang til. Primærhelsetjenesten har ikke tilgang til PARTUS elektronisk, det er derfor nødvendig med en papirløsning inntil videre.

Regionale seleksjonskriterier har i denne form ikke vært brukt tidligere og fagrådet har derfor lagt opp til at evaluering etter et år, samt at det legges opp til fortløpende vurderinger og tilpasninger. Fagrådet og Helse Nord RHF er interessert i en bred dialog med alle parter og bred forankring av seleksjonskriteriene. De ber derfor om tilbakemelding dersom det er uklarheter, forbedringsforslag eller andre innspill.

Evt. tilbakemelding eller spørsmål kan rettes til fagrådets sekretariat v/Anca Heyd, e-post [anca.heyd@helse-nord.no](mailto:anca.heyd@helse-nord.no), mobil 472 63 24

Mer informasjon på:

[helse-nord.no/aktuelt/nye-seleksjonskriterier-for-foedende-article91875-19948.html](http://helse-nord.no/aktuelt/nye-seleksjonskriterier-for-foedende-article91875-19948.html)

## Velkommen til årsmøtet i Finnmark Legeforening

Tid: Fredag 23. mars 2012 kl 1645-1845

Sted: Rica hotell Karasjok

### Saksliste:

Sak 1: Godkjenning av innkalling og dagsorden

Sak 2: Valg av ordstyrer og referent

Sak 3: Godkjenning av referat fra medlemsmøtet i Kirkenes i november

Sak 4: Årsmeldinger

Sak 5: Regnskap 2011

Sak 6: Budsjett 2012

Sak 7: Aktuelt fra foreningen. President i DNLF Hege Gjessing innleder. Det settes av tid til diskusjon.

Sak 8: Doktor i Nord, orientering om situasjonen ved leder Jostein Tørstad. Åpen diskusjon om bladets profil og nytte for medlemmene.

Etter årsmøtet er det festmiddag på hotellet med innledende underholdning fra kl 20.00!

# En felles ny tjeneste

**Det går mot en løsning for turnustjenesten. En begynner- eller basistjeneste skal erstatte dagens turnus. Den blir en felles plattform for alle nyutdannede, men blir søknadsbasert. Helen Brandstorp, stipendiat ved ISM i Tromsø, håper den sentrale mottakerenheten vil følge utviklingen nøye og bruke virkemidler som motvirker skjevfordeling og urettferdighet.**

Av Tove Myrbakk

- Helsedirektoratets forslag er mye mer realistisk enn de foregående, og det synes som om mange stemmer er hørt i denne lange prosessen. En klar svakhet med forslaget er imidlertid at det legges om til søknad. Det har vært problematisert i hele turnusdebatten, i forhold til legefordeling og rettferdighet. I følge Brandstorp har mange legestudier ikke karakterer, og hun lurte da på hva søknadene egentlig skal baseres på.

- De med bekjenskaper kan fort komme til å foretrekkes av arbeidsgiver, og studentene må bruke tid og krefter i studietiden på å posisjonere seg for en sykehusjobb som virker mest attraktiv i en sykehusbasert utdanning. Det er stikk i strid med det samfunnet trenger. Vi ønsker oss flere studenter som posisjonerer seg for allmennpraksis, sykehjem og annet i primærhelsetjenesten. Det er vi nok langt unna. Derfor er det uheldig å gå over til søknad nå.

## Debatt i fire år

Det er gått nesten fire år siden det første forslaget om ny turnusordning ble lagt frem på en utdanningskonferanse som Nasjonalt senter for distriktsmedisin arrangerte i Bodø i mars 2008. Siden den gang har debatten rast i mange ulike medier. På landsstyremøtet i 2010 ble forsamlingen delt i to, og sentralstyret jobbet hardt for å komme fram til et forslag som sikret flest mulig gjennom en kvalitetssikret praktisk, obligatorisk tjeneste uten for lange ventetider. Til slutt bestemte de seg for å gå for en søknadsbasert modell, noe Brandstorp er svært skeptisk til.

- Vi vet at i Sverige venter de ferdig utdannede legene heller i vikariater uten veiledning eller tar andre jobber i byene i stedet for å ta en AT-plass i distriktene. Dette gjelder også når tjenestestedene i distrikt er av utmerket kvalitet. Helsedirektoratet foreslår en ekstra førstefordeling til distriktplasser, men jeg er veldig usikker på om det er nok. Fra et sentralt ståsted hører vi gjennomgående en mistenkeliggjøring av perifere og mindre enheter. Det pekes på den «ujevne kvaliteten». Solid brukes nesten synonymt med stor. Det er sjelden at stemmer fra velfungerende småsteder derimot blir hørt når de melder om ujevn kvalitet i de sentraliserte tjenestene.



Helen Brandstorp håper den sentrale mottakerenheten vil følge utviklingen nøye og bruke virkemidler som motvirker skjevfordeling og urettferdighet.

## Sentral mottakerenhet

Brandstorp er fornøyd med at mottakerenheten som skal behandle søknadene blir sentralstyrt.

- Til forskjell fra Sverige foreslås det nå en sentralstyrt, elektronisk mottakerenhet for søknader til denne viktige delen av legers utdanning. Det er i tråd med NFA, AF og Legeforeningens landsstyremøtes resolusjoner fra våren 2011. Poenget med et slikt statlig fordelingsorgan er at det gir overvåkningsmuligheter og muligheter for å gripe inn ved skjevfordeling. Myndigheter og ansvarlige politikere bør ha interesse av at dette sentrale, elektroniske søknadssystemet blir så velfungerende at de kan følge med på hvordan legefordelingen blir. Finner man skjevfordelinger på grunn av fremmedartede navn, bekjenskaper og sentraliseringskrefter, er det å forvente at denne sentrale ordningen har mulighet til å

legges om til en mer rettferdig ordning.

Når det gjelder det å nekte studenter i EØS-land uten autorisasjon turnustjeneste, forventer Helen Brandstorp at dette ryddes opp i omgående.

- Det å endre premissene for studenter som er i gang med studiene allerede er ufint. Det er nok åpenbart for de fleste og noe Legeforeningen har tatt tak i.

Legeforeningen vil påse at etablering av ordningen ikke forverrer de fremtidige vilkårene for studenter som allerede er tatt opp på et medisinstudium.

- For Legeforeningen er alle medisinstudenter likeverdige uansett hvor de har valgt å studere, og vi arbeider derfor for like rettigheter og muligheter for alle, sier president Hege Gjessing som er fornøyd med at forslaget i stor grad legger opp til ei løsning på de utfordringene man står ovenfor.

# Sårbar oppvekst

Nestleder i Ap Helga Pedersen åpner konferansen «Sårbar oppvekst» som Nordland Legeforening og Helse Nord RHF arrangerer i Tromsø i september.

Av Tove Myrbakk



Helga Pedersen åpner konferansen om Sårbar Oppvekst i Tromsø i september.

En rød tråd gjennom hele programmet er salutogenese og empowerment. Salutogenese er læren som hva som gir god helse. Empowerment innebærer støtte og styrking i forhold til å påvirke egen livssituasjon.

Forsker og allmennlege Anna Luise Kirkengen kommer til Tromsø. Hun mener medisinsens tradisjonelle tilnærming til kroppen ofte gjør det vanskelig å forstå hva som egentlig feiler pasienten, som når pasienten har opplevd krenkelser og vold, og dette gir seg utslag i det som medisinsk sett fremstår som «diffuse» lidelser.

En annen som kommer til Tromsø er Bengt Lindstrøm. Han er samfunnsmedisiner og barnelege, og regnes blant verdens fremste forskere på helsefremmende forskning og salutogenese, et felt som fokuserer på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære. I fjor høst ble ham ansatt i et professorat ved det nyopprettede Senter for helsefremmende forskning i Trondheim.

Andre forelesere på konferansen

er blant andre Lars Lien, spesialist i samfunnsmedisin og psykiatri, Anne Inger Helmen Borge, forsker og professor i utviklingspsykologi, Siv Kvernmo, professor i barne- og ungdomspsykiatri, Cecilie Javo, barnepsykiater og Arne Holte, ass. direktør på Folkehelseinstituttet.

Konferansen er godkjent som emnekurs med 17 poeng for allmennmedisin og 17 poeng for valgfritt kurs for samfunnsmedisin, psykiatri, pediatri og barne- og ungdomspsykiatri. Konferansen er også godkjent med 17 timer som meritterende til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie og 15 timers vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialisters etterutdanning.

Konferansen arrangeres i samarbeid med Norsk Psykologforening, BUFETAT Nord og Erfaringskompetanse.no.

Mer informasjon, program og påmeldingsskjema på [www.nordland-legeforening.no](http://www.nordland-legeforening.no)

## Samhandling på Røst

I begynnelsen av juni blir det mye debatt om samhandlingsreformens muligheter og begrensninger på Røst. Hit kommer både sentrale, regionale og lokale helseaktører for å si hva de mener blir utfordringene fremover.

Av Tove Myrbakk



Olav Helge Førde innleder og spør om forskjellene i henvisningsrater truer målsettingen om likeverdige helse-tjenester? Her blir det nok debatt.

Konferansen er et samarbeidsprosjekt mellom Nordland og Oslo Legeforening. Styrene i begge lokalforeningene vil delta på hele konferansen.

Bydelsoverlege i Grorud i Oslo Siri Seterelv vil innlede på tema samhandlingsreformen og sosial ulikhet i helse. Jan Emil Kristoffersen, som nå er overlege på Ahus, vil se på hvordan man kan styrke dialogen om felles pasient. Leder i Allmennlegeforeningen Trond Egil Hansen vil ta for seg fastlegerollens utfordringer og muligheter. Olav Helge Førde innleder og spør om forskjellene i henvisningsrater truer målsettingen om likeverdige helse-tjenester? Her blir det nok debatt.

Fagdirektør i Helse Nord RHF Jan Norum kommer. Det samme gjør Magne Nikolaisen fra KS Nord-Norge og Elise Klouman som er kommuneoverlege/fastlege på Værøy og førsteamanuensis ved UiT. Og enda flere.

Tove Karoline Knutsen fra Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget kommer også for å delta i og lytte til debatten. Det er fremdeles mulig å være med. Klikk deg inn på [www.nordland-legeforening.no](http://www.nordland-legeforening.no) for informasjon, program og påmeldingsskjema. Begrenset antall plasser.

# Pårørende

Pårørende. Jeg hater pårørende. Slektninger er flott, folk som stiller opp for sine. Som kan måke trappa for mor når det har snedd, som stikker innom med et glass blåbærsyltetøy og som kan passe katta når det trengs.

Pårørende derimot bor langt borte, og dukker opp enten når gamlemor er nesten død eller en gang i året på en alt for kort ferie.

Da kommer de, konstaterer at mor har ikke blitt yngre og sprekere siden forrige sommer og setter igang med å reformere det meste man har fått til å fungere siden de dro i fjor.

Ikke misforstå meg, jeg har ingenting imot revolusjoner. Ofte er de helt nødvendige. Men skal noen ha glede av de bør de begynne før verden har gått under.

Noen ganger tror jeg folk tar ut den siste rest av tenåringstrassen sin i godt voksen alder når de daler ned som erkeengelen Gabriel og bestemmer over de levende og de (nesten) døde.

«Mor skal ikke ha smertestillende», det blir man avhengig av sier de. Uansett giktverk eller kreftsmarter.

«Mor har ikke godt av sovemedisin», sier de : og mor som har ligget i farmasiindustri drømmeløs søvn i de siste tretti år ligger søvnløs natt etter natt. Da kommer det spørsmål om ikke hjemmetjenesten har nattevakt?

Derimot har de ingen skrupler med å presse i de jernstuntur, helseavkok og mat i lange baner. Spesielt mat. Når man skal drive en kropp fra senga til stolen og videre til midtidsbordet, kanskje en liten lur i TV stolen før det er godnatt i åtte- tia blir energibehovet lite. De to fisk og fem brød kunne matet en hel etage med gamle damer og enda gitt rester til overs.

Dette holder ikke i møtet med den ivrige pårørende som har lest at gamle folk sulter ihjel på sykehuset og som ser med mistenksomhet på halve brødkiver.

«Maten er smakløs- ikke rart de ikke spiser» sier de pårørende og forlanger krydderurter og fargerike sauser. Da nytter det lite å prøve å forklare at mor har spist kokt torsk med kokte gulrøtter og eggesmør hele livet, og det er faktisk det hun vil ha.

Slektninger er som regel bekymret når man må innlegge deres gamle foreldre. Pårørende klager over at det ikke ble gjort regelmessige helkroppsmr, og benytter sjansen til å fortelle hvor slepphendt fastlegen er med B preparater uansett om mor har hatt 10 Imovane siden i fjor vinter.

Slektninger blir med til sykehuset når gamlefar blir innlagt. Pårørende krever kjøregodtgjørelse selv om avstanden er 10 km tur - retur.

Slektninger stikker innom og handler av og til når det ikke er hverken sparke- eller sykkelføre. Pårørende klager til helse- og sosialsjefen fordi hjemmetjenesten ikke bringer matvarer.

Gro Harlem Brundtland sa i sin tid at landet trengte flere nabokjerringer. Kanskje det, men noen flere slektninger hadde også kommet godt med.

Gry Berntzen, Karlsøy

## Kommentar til teksten:

*Teksten er løse betraktninger tatt tilfeldig ut i fra tilværelsen i en hvilken som helst kommune i Norge. Personkarakteristikker er generelle og fiktive, sitater tatt ut i fra luften og er karakteristiske for den «generelle pårørende». Hvis noen føler seg truffet bør de kanskje revurdere sine holdninger istedet for å hisse seg opp.*

Troms legeforening har gleden av å inviterer alle medlemmer til foredraget:

MEDISINENS GUESTOFF: TILLIT!

# Leger på flukt – fra seg selv?

Clarion Hotell Bryggen Tromsø,  
onsdag 11. april kl 18:30



Prof. Per Fugelli, UiO

Etter foredraget spiser vi middag på hotellet cirka kl 20:00, alle er velkom-

men til å delta, men medlemmene må betale selv. 3-retters middag kr. 375,- (ørreterrin, langtidsstekt svinenakke, karamellpudding).

Det er ingen påmelding til foredraget, men vi trenger beskjed om hvor mange som blir med på middagen. Gi derfor beskjed til Hanne Frøyshov på e-post [hannefr@yahoo.com](mailto:hannefr@yahoo.com) om du vil være med på middagen, innen 9. april 2012. Møt opp – vær litt sosial!

## Årsmøte Troms Legeforening

Årsmøte i Troms legeforening avholdes på kvelden **fredag 15. Juni 2012**. Sett av datoen – og følg med på vår hjemmeside [www.legeforeningen.no/troms](http://www.legeforeningen.no/troms) for oppdatert informasjon om tid, sted, sakliste mv. Av ordinære saker nevnes gjennomgang av årsmelding, regnskap og budsjett for lokalavdelingen.

Som vanlig gjennomfører vi årsmøtet først, deretter et foredrag/debatt. Kvelden avsluttes med en hyggelig årsmøtemiddag på foreningens regning. Styret er i gang med planleggingen, og dere må følge med på hjemmesiden for oppdatert informasjon.

Medlemmer som ønsker å fremme saker for årsmøtet, bes melde dette inn til styremedlem Hanne Frøyshov; [hannefr@yahoo.com](mailto:hannefr@yahoo.com).

## Jubileumsforedrag og dans

Til høsten skal Nordland Legeforening feire seg selv og inviterer både til jubileumsforedrag og dans.

Av Tove Myrbakk

7. september skal Nordland Legeforening feire sine første 150 år. Det gjør de med blant annet å invitere til jubileumsforedrag med den danske sosiologen Helle Hedegaard Hein.

Hein har i sitt doktorgradsarbeid observert hvordan ulike personlighetstyper fungerer. Med dette som utgangspunkt mener hun at ansatte kan inndeles i fire arketyper: primadonnaer, prestasjonjagere, pragmatikere og lønnsinntakere - eller «banditter» som hun også kalte disse. Hun var særlig opptatt av primadonnaen. Ifølge henne er primadonnaer personer med svært god kunnskap som de har skaffet seg gjennom lang utdanning og/eller lang erfaring innenfor sitt fag.

– Det å oppfylle sine oppgaver på en utsøkt måte er det som driver primadonnaen, enten det gjelder å behandle en pasient, en kunde, eller et publikum. Leger, sykepleiere, arkitekter, journalister og mange andre i kunnskapsbaserte bedrifter har behov for å dyrke sine primadonnaer. De kan ikke unnværes, det er de som skaper de ekstraordinære resultatene, mener Hedegaard Heim.

Mer informasjon i juninummet av Doktor i Nord.

# Kollegiale støttegrupper i **Nord-Norge**

Den kollegiale støttegruppen kan du kontakte for eksempel ved:

- høyt arbeidspress/overbelastning
- sykdom hos leger
- "utbrenthet"
- personlige kriser
- misbruksproblemer
- vanskelige arbeidsforhold
- klagesaker mot leger

## **Nordland:**

Psykiater Lasse Djerv,  
Smed Qualesgt. 11, 8012 Bodø  
Tlf. 913 45 330  
E-post: lasse@djerv.no

Fastlege Ingar Vold,  
Tlf. 76 08 19 10 (hjemme)  
Tlf. 908 77 293 (mobil)  
Tlf. 76 05 64 20 (Stamsund legekantor)  
E-post: ingavold@online.no

Allm.pr. Karl Børre Andersen,  
Frydenlundsgt. 39, 8500 Narvik  
Tlf. 76 94 28 24  
Tlf. 907 21 055 (mobil)  
E-post: karl-ba@online.no

Komm. lege Ellen B. Pedersen,  
Tlf. 913 05 690  
E-post: ellen.b.pedersen@uit.no

Assistentlege, Åse Valla, BUP, Rana  
8643 Bjerka  
Tlf. 916 67 895  
E-post: aas-vall@online.no

Anne Kristine Fagerheim,  
Rensmov. 4, 8007 Bodø  
Tlf. a. 755 34 000  
Tlf. p. 755 61 416 (952 44 095)  
E-post: anefage@online.no

## **Troms:**

Bernt Stueland, allmennpraktiserende lege,  
Langnes Legesenter AS, 9015 Tromsø,  
tlf. jobb: 77679888/77679873,  
privat: 77616163,  
E-post: bernt.stueland@langnes.nhn.no

Ann Kristin Engstad,  
allmennpraktiserende lege,  
Sama Legesenter, Samagt. 33,  
9403 Harstad,  
tlf. jobb: 77018500/77018504,  
privat: 77070374,  
fax (jobb): 77018515,  
E-post: kr-engst@online.no

Marit H. Hansen, overlege,  
gastrokirurgisk avdeling, UNN,  
9038 Tromsø,  
tlf. jobb: 77626000, privat: 77680494,  
E-post: kirmhh@unn.no

Eldrid Liljedal, allmennpraktiserende lege,  
Målselv helsesenter, 9325 Bardufoss,  
tlf. jobb: 77832500, privat: 77831386,  
E-post: eldrid.liljedal@c2i.net

Torberg Torbergsen, overlege,  
nevrologisk avdeling, UNN, 9038 Tromsø,  
tlf. jobb: 77626000 / 77627122,  
privat: 77635866,  
E-post: torberg.torbergsen@unn.no

Per Christian Valle, overlege,  
medisinsk avdeling, Harstad sykehus,  
9480 Harstad,  
tlf. jobb: 77015000, privat: 77061508,  
E-post: per-christian.valle@unn.no

## **Finnmark:**

Kommunelege Erik Langfeldt, Nordkapp  
helsesenter, Sykehustv 16 B,  
9750 HONNINGSVÅG.  
Tlf: Arbeid 78 47 66 60  
Privat 78 47 24 43  
Mobil: 41 64 62 44.  
E-mail: erlangf@online.no

Kommunelege Marie Tveit,  
Tana helsesenter,  
Maskevarrevn 3, 9845 TANA.  
E-mail: marie\_tveit@hotmail.com  
marie.tveit@tana-legesenter.no  
Tlf: 78 92 55 00  
Privat 78 92 81 95  
Mobil: 93 20 15 91.

Kommunelege Jostein Tørstad,  
Kirkenes legekantor, Storgt 2,  
9900 KIRKENES.  
E-mail:  
jostein.torstad@sor-varanger.kommune.no,  
alternativt jostein.torstad@c2i.net  
Tlf: Arbeid 78 97 76 60  
Privat 78 99 25 53  
Mobil 90 04 18 62.

Psykiater Kjetil Ryan,  
Distriktpsikiatrisk senter, VPP Alta,  
Dr Kvammes vei 21, Pb 1294, Sentrum,  
9505 Alta.  
Tlf: Arbeid: 78 48 38 00  
Privat 78 43 54 18  
Mobil 97 08 95 44.

## **Ressurssenter for leger, Modum Bad**

Ressurssenter for leger ved Modum Bads Nervesanatorium (MBN) har vært i drift siden høsten 1998.

Senteret tilbyr råd og veiledning til leger i livskrise eller med problemer i forhold til utbrenning.

Hvis du ønsker mer opplysninger kan du kontakte:

Ressurssenter for leger, Modum Bad, Villa Sana, 3370 Vikersund, Telefon: 32 74 97 00 (Modum Bad) / 32 74 98 89 (direkte)

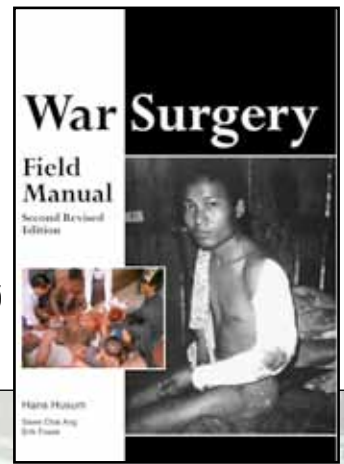
Leder Olav Lund har telefontid mandager mellom kl. 08.00 - 15.00 og øvrige dager mellom kl. 08.00 - 09.00. Telefon. 32 74 98 81

**villasana@modum-bad.no**



# Ny utgave av «War Surgery» endelig tilgjengelig

Lansering av boka på «Akademisk kvarter» i Tromsø  
14. februar 2012.



Fra venstre: Nenad Tajsic, Anne Husebekk, Tor Ingebrigtsen, Erik Fosse og Hans Husum. Alle foto: Harald Sommerseth.

## Av Margit Steinholt

Bokhandelen ved Universitetet i Tromsø hadde gjort stas på forfatterne av manualen i krigskirurgi som nå er kommet i ny og utvidet utgave. Det var dekket opp med ost og annen fingermat, og i glassene kunne gjestene få rødt eller hvitt både med og uten alkohol. Direktør ved UNN Tor Ingebrigtsen holdt tale, og det samme gjorde professor og prodekan for forskning ved Helsefakultetet Anne Husebekk. Begge framhevet det fantastiske at miljøet i Nordnorge har frambragt et

medisinsk verk av så god kvalitet og i et fagfelt som vanligvis får lite oppmerksomhet. Hans Husum som har stått for hoveddelen av revisjonen, snakket engasjert om bakgrunnen for bokas tilblivelse; nemlig det faktum at i krig og konflikt dør de aller fleste skadde uten noen gang å nå fram til en lege eller et sykehus. Livreddende førstehjelp og behandling på skadestedet er derfor helt avgjørende for pasientens sjans til å overleve.

Kollegene Erik Fosse, OUS, og Nenad Tajsic, UNN, fortalte også om arbeidet sammen med Hans Husum i felt og innenfor

akademia. Hans Husum er like kompromissløs med hensyn til kvalitet i arbeidet.

Siden førsteutgaven kom i 1995 er boka blitt brukt over hele verden av så vel legfolk som erfarne kirurger i den amerikanske hæren. Boka får spesielt god kritikk for pedagogisk oppbygging som gjør teknikker og tiltak begripelige også for ikke-leger. De 1500 illustrasjonene som Hans Husum har tegnet er i seg sjøl en prestasjon!

Den nye utgaven inneholder behandlingsteknikker for de nye skadene som forårsakes av trykkbølger og andre våpen som

er forbudte. Dessverre utvikler krigførende parter våpensystemer som er ment å påføre mest mulig skade på mennesker. Medisinen må derfor følge etter i et håp om å kunne lindre lidelsen som i våre dager hovedsakelig rammer sivile.

«War Surgery» selges via «Akademisk kvarter» i Tromsø. Prisen er høyere i den rike del av verden for å sponse utgivelsen i lavinntektsland. Alle inntekter fra boka går til videre distribusjon. Forfatterne har ingen fortjeneste på salget.



Hans Husum og Nenad Tajsic.



Hans Husum i undervisning av bruddskader i Kambodsja november 2011.



# Helgelandssykehuset har fått den første av tre nye ambulansebåter



Her er «Eyr Ytterholmen» ved kai i Sandnessjøen.  
Alle foto: Lars Inge Ingebrigtsen, Helgelandssykehuset, avd Sandnessjøen.

## Sykehuset har inngått avtale med Redningsselskapet som stiller med båter pluss maritimt mannskap.

Av Margit Steinholt

For de av oss som har reist i legebesøk med alskens båter og i all slags vær, er «Eyr» et

vidunder som gjør 34 knop i marsjart og ikke minst har stor sykkelugar med plass til to bårpasienter. Her er det virkelig plass til å arbeide med pasienten under transporten! At lokalisering av de nye båtene har skapt strid, får ikke overskygge det faktum at komfort og sikkerhet for både pasient og helsepersonell når har tatt sjumilssteg framover – også på havet.



Fra sykkelugaren som har plass til to bårpasienter.

## Matoppskrifter:

### Sviskespekket svinefilet

1 indrefilet av svin  
10 - 12 svisker  
1 kremfløte  
2 dl hvitvin  
1-2 ss maizena

#### Slik gjør du:

Sett stekovn på 180 - 200 grader. Legg sviskene i varmt vann, slik at de myknes opp. Skjær bort hinner på svinefileten, gni inn med salt og pepper. Brun denne i stekepanna til den er stekt på alle sider. Skal ikke være gjennomstekt, den skal inn i ovnen etterpå. Legg denne til siden mens du lager sausen:

Tilsett kremfløte, vin og vannet fra sviskene i en kasserolle, la småkoke i tre minutter, tilsett maizenajevning og rør godt.

Med kniv skjærer du fileten slik at det blir skriver på omlag to cm bredde, men ikke helt igjennom, det skal fortsatt være en filet. Stikk sviskene i mellom skivene. Legg over i ildfast form, tøm sausen over. Sett i ovn og stek i ca en halv time.

Serveres med ovnspoteter, med brokkoli og om man har friske jordbær.

Lone Nikolaisen,  
sekretariatet

## Konferanse i Svolvær

Lokalforeningene og regionsutvalgene inviterer til fag- og helsepolitisk konferanse og tillitsvalgkurs i Svolvær 17. – 19. september. Konferansen starter på hurtigruta i Bodø den 17.9 og avsluttes etter lunsj den 19. 9.

Det jobbes med program som legges ut på hjemmesidene til Nordland, Troms og Finnmark Legeforening når det er klart.

# Presidenten på BOMS-møte

**President Hege Gjessing deltok for første gang på BOMS-møte på Nordlandssykehuset i Bodø i slutten av februar.**

Av Tove Myrbakk

Bodø Medisinske selskap har møte hver siste fredag i måneden på Nordlandssykehuset i Bodø. På møtet i februar var president Hege Gjessing spesielt invitert. Hun utfordret de tillitsvalgte til å delta aktivt i alle prosesser i foretaket.

– Hvis vi deltar får vi innflytelse. Det gjør vi ikke om vi trekker oss ut.

Gjessing mener sykehusene i dag drives med for lav bemanning mange steder.

– Vi trenger flere stillingshjemler. Legeforeningen vil arbeide for at legefordelingssystemet slik det fungerer i dag, skal bort. Da kan avdelingslederne ansette etter behov. Dagens system ble vedtatt i en situasjon da det var for få leger. Slik er det ikke lenger.

De rundt 70 legene som deltok på møtet



Fra v. leder i BOMS Ragnhild Hegg Bergan, foretakstillitsvalgt for OF Cecilie Fiva, president Hege Gjessing, avdelingstillitsvalgt Randulf Hardersen og foretakstillitsvalgt for Ylf Torstein Foss.

diskuterte mange aktuelle spørsmål. Flere frykter for at egne utdanningsløp i Helse Nord vil resultere i rekrutteringsproblemer.

– Vi ønsker ikke et system som gjør nordnorske leger uegnet til å jobbe andre steder i landet. Om man velger å søke Mosjøen

sykehus som første jobbsted må man ikke tvinges til å tilbringe de neste fem årene i Nord-Norge. Det er en styrke for oss alle at leger har faglig input fra alle steder i landet, var budskapet fra mellomlederhold på Nordlandssykehuset.

## Nordland Legeforening:

### Leder:

Margit Steinholt, Sandnessjøen  
Tlf. 993 55 760  
E-post: margit.steinholt@gmail.com

### Årsmøtevalgte styremedlemmer:

Ellen B. Pedersen, Øksnes  
Tlf. 91305690  
E-post: ebp@hod.odin.no eller  
ellen.b.pedersen@ism.uit.no

Knut Kjerpeseth, Bodø  
Tlf. 901 08138  
E-post: knut.kjerpeseth@nlsh.no

### Årsmøtevalgte varamedlemmer:

Randolf Hardersen  
E-post: Randolf.Hardersen@  
nordlandssykehuset.no

Linda Wright-Nilssen  
E-post: wright.nilssen@gmail.com

### Yrkesforeninger:

- AF: Kai Brynjar Hagen, Bodø  
Tlf. 975 05 010  
E-post: kai.brynjar.hagen@  
havna.nhn.no  
Vera:  
Laila Didriksen, Gildeskål  
E-post: dr.lailadidriksen@  
gmail.com
- LSA: Kirsten Toft, Sandnessjøen  
Tlf. 990 47100  
E-post: kirsten.toft@monet.no
- YLF: Torstein Foss,  
Nordlandssykehuset Bodø  
E-post: torfoss@broadpark.no  
Vara: Ingrid Hansen,  
E-post: ingrid.schroder.hansen@  
gmail.com
- OF: Cecilie Fiva, Bodø  
E-post: Cecilie.Fiva@  
Nordlandssykehuset.no
- NAMF:
- PSL: David Simonsen, Bodø  
E-post: davi-s@online.no
- NMF: Arnt Röch-Pettersen  
E-post: aroechp@gmail.com

## Troms Legeforening:

### Leder:

Jo-Endre Midtbu  
E-post: Jo-Endre.Midtbu@unn.no  
Telefon: 930 08700

### Årsmøtevalgte styremedlemmer:

Karsten Kehlet  
E-post: kakehlet@gmail.com

Hanne Frøyshov  
E-post: hannefr@yahoo.no

### Årsmøtevalgte varamedlemmer:

Gerd Ersdal  
E-post: gerd.ersdal@telemed.no

Anne Hensrud  
E-post: anne.hensrud@uit.no

PSL: Dag Malm, kasserer  
E-post: dag.malm@online.no

LVS: Yngve Figenschau  
E-post: Yngve.Figenschau@  
unn.no

NAMF: Ingemar Rödin  
E-post: kjell.ingemar.rodin@  
unn.no

LSA: Terese Folgerø  
E-post: t-folg@online.no

YLF: Beate Alexandersen  
E-post: Beate.Alexandersen@  
unn.no

OF: Geir Ivar Elgjo  
E-post: gelgjo@online.no

NMF: Ruben Berntzen  
E-post: leder.nmf.tromso@  
gmail.com

AF: Anton Giæver  
antonkg@online.no

## Finnmark Legeforening:

### Leder:

Jostein Tørstad  
Telefon: 900 41 862  
E-post: jostein.torstad@  
sor-varanger.kommune.no

### Årsmøtevalgt styremedlemmer:

Ingelin Nordal  
E-post: Ingelin.Nordal@  
sor-varanger.kommune.no

Nina Helberg  
E-post: nina.helberg@gmail.com

### Årsmøtevalgt varamedlemmer:

Said Al-Said  
E-post: said@allmed.no

Jane Granum  
E-post: jane.granum@helse-finnmark.no

LSA: Kenneth Johansen  
E-post: kennethalta@hotmail.com

OF: Antje Boeckmann  
E-post: Antje.Boeckmann@helse-  
finnmark.no

YLF: Kathrine Søresand Øye  
E-post: Kathrine.Sorestrand.Oye@  
helse-finnmark.no

AF: Amund Peder Teigmo  
E-post: teigmo@online.no  
Vara:

Marit Karlsen  
E-post: maritkarlsen@hotmail.com

PSL: Annette Schmitz  
E-post: an-ch-s@online.no

## Regionsutvalg nord 2011 - 2013

### Leder:

Lars A. Nesje  
E-post: lnesje@online.no  
Telefon: 909 75625

### Medlemmer:

- OF: Margit Steinholt, Sandnessjøen, leder NLF  
YLF: Jo-Endre Midtbu, UNN Tromsø, leder TLF  
AF: Jostein Tørstad, fastlege Kirkenes, leder FLF  
PSL: Raymond Mortensen, spesialist i generell kirurgi og urologi, Bodø  
LSA: Britt Larsen, kommuneoverlege Vardø  
NAMF: Rosalie Evans, Tromsø  
LVS: Yngve Figenschau, UiT  
NMF: Ruben Berntzen, Tromsø

Sekretariat for Nordland og Finnmark legeforening, samt regionsutvalget har postadresse og besøksadresse Mørkvedsenteret 17, 8028 Bodø. Telefon 755 44911 / 91179899.



Paul Martin Strand,  
Adm. direktør  
Nordlandssykehuset HF

## Psykiatri i omstilling og modernisering

- Fra døgn til dag
- Fra sentralinstitusjon til distriktpsikiatrisk senter
- Fra institusjon til ambulante team og hjemmebehandling

**Disse tre punktene utgjør kjernen i det omstillings- og moderniseringsarbeidet Nordlandssykehuset har startet i psykiatrien. Omstillingen vil gi oss et behandlingstilbud i tråd med moderne psykiatriske behandlingsprinsipper. I tillegg vil det vil frigjøre ressurser slik at vi kan redusere ventetider og behandle flere pasienter enn i dag.**

Et viktig styringsbudskap fra helseminister og Helse Nord RHF er at psykiatrisk behandling skal endres fra døgnbehandling med innleggelse til mer dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling. For å støtte hjemmebehandling skal det etableres flere ambulante team som skal møte pasientene der de bor. Teamene skal være en ressurs i skjæringspunktet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dette vil være bra for mange pasienter, som ved denne endringen slipper institusjonsopphold og med moderne behandlingsformer kan få behandling i eget hjem og nærmiljø. Dette arbeidet er Nordlandssykehuset nå i gang med.

De nasjonale og regionale styringskravene til helseforetakene sier at hovedveien inn og ut av psykisk helsevern skal gå gjennom de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Dette gjelder også akutt hjelp. Sykehusavdelingens tilbud skal spisses ytterligere. Ressursfordelingen skal være 60/40 mellom DPS-er og sykehusavdelinger.

Nordlandssykehuset har i dag bundet opp for mye ressurser i døgnbehandling til å kunne møte de nasjonale kravenes mål. Vi har derfor behov for å omstrukturere tjenestene og redusere sengekapasiteten i hele helseforetaket, men fortsatt ha den døgnbehandling som kreves.

Nordlandssykehuset skal derfor i framtida gi et moderne behandlingstilbud basert på at veien inn og ut av psykisk helsevern skal gå via DPS, også for øyeblikkelig hjelp. Alle DPS-ene skal ha akutt- og krisetjenester og det skal også vurderes hvordan vi kan innfri krav til utvidet åpningstid. De spesialiserte og spissede behandlingstilbudene i sykehusavdelingene skal vurderes i forhold til omfang og innhold slik at de er i tråd med de nasjonale/regionale føringene. Henvisninger fra kommunehelsetjenesten om øyeblikkelig hjelp, kompetansestøtte, vurderingshjelp, behandling og/eller informasjon skal gå gjennom DPS-ene.

Moderniserings- og omstillingsprosjektet omfatter hele Psykisk helse og rusklinikken som består av sentralinstitusjonen i Bodø (gamle NPS), de distriktpsikiatriske sentrene i Lofoten, Vesterålen og Salten, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og tverrfag-

lig spesialisert rusbehandling.

Nordlandssykehuset vil gjennom dette arbeidet kvalitetsforbedre tilbudet til sine pasienter og arbeide for et tettere og bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og oss.

Arbeidet er organisert som prosjekt og det er nedsatt en prosjektgruppe med representanter fra alle enheter i psykiatrien, de tillitsvalgte, brukere og kommunene. Omorganisering- og moderniseringsprosjektet skal gjennomgå alle deler av vår psykiatriske virksomhet og fremme forslag til hvordan psykiatrien skal organiseres i tråd med de nye nasjonale føringene. Anbefalt løsning skal behandles i AMU og styret for Nordlandssykehuset senest juni 2012.

For ytterligere informasjon om prosjektet: [www.nordlandssykehuset.no](http://www.nordlandssykehuset.no)

# Akuttmedisin- kurs i Tromsø

07. - 08. JUNI 2012

Kurskomiteen i Troms arrangerer 15 timers obligatorisk kurs i akuttmedisin i Tromsø i samarbeid med UNN, AMK, ambulansetjenesten og Tromsø Legevakt. Leger med UNN som lokalsykehus vil møte dem vi samarbeider med til daglig i akuttmedisinske situasjoner, og kurset er åpen for allmennleger fra hele landet.

**Kurset er godkjent som 15 timers emnekurs i spesialiteten allmennmedisin.**

**Sted: UiT/UNN Tromsø.**

**Forelesere og kursinnhold:** Nærmere informasjon om kurset kommer på [www.legeforeningen.no/troms](http://www.legeforeningen.no/troms). Temaene vil følge Legeforeningens mal for akuttmedisinkurs for allmennleger og vil legge stor vekt på praktisk trening, gruppearbeid og kasuistikker.

**Pris:** Kursavgift 3 000,-

**Reise/opphold:** Reise og opphold bestilles av den enkelte, og refunderes etter gjeldene satser.

Reise bestilles gjennom Legeforeningens samarbeidspartner Heitmann Travel

[Booking@heitmann.no](mailto:Booking@heitmann.no) tlf 23 10 24 00.

**Påmelding:** Snarest og senest innen 07.05.12 til: [kurs.tromso@legeforeningen.no](mailto:kurs.tromso@legeforeningen.no)

VÅRKURSET I HARSTAD 07 - 08 juni 2012

# Tema: Gastromedisin for allmennleger

**Kurset er godkjent som 15 timers emnekurs i spesialiteten allmennmedisin.**

**Sted: Thon Hotell Harstad**

**Forelesere og kursinnhold:** Er publisert på [www.legeforeningen.no/troms](http://www.legeforeningen.no/troms). Temaene er overvekt, oppfølging av slankeopererte, magesmerter obstipasjon og enkoprese hos barn, utredning av forhøyede leverprøver, lever- og gallegangsykdommer, indikasjoner for gastroscopi, utredning av magesmerter rectalblødning og inflammatorisk tarmsykdom, og underernæring hos eldre. Kasuistikker underveis.

**Pris:** Kursavgift 2200,- + Obligatorisk dagpakke: 625,- , totalt 2825,-

Dagpakken inkluderer kaffe/te/ pausemat/frukt/ 2 retters lunsj på Holstuen restaurant begge dager.

**Reise/opphold:** bestilles av hver enkelt. Det er reservert en del rom ved Thon Hotell. Ref ved booking av rom: Troms legeforening. Tlf 77000800.

Reise bestilles gjennom legeforeningens samarbeidspartner Heitmann Travel [Booking@heitmann.no](mailto:Booking@heitmann.no) tlf 23 10 24 00

**Påmelding:** Snarest og senest innen 13.05.12 til: [kurs.tromso@legeforeningen.no](mailto:kurs.tromso@legeforeningen.no)



# Ny turnus

Helsedirektoratet har som kjent nylig presentert et foreløpig siste forslag ovenfor Helse- og omsorgsdepartementet om å erstatte dagens turnustjeneste for leger med innføringen av LiB – lege i begynnerstilling. I tolv punkter legger de ned turnusordningen, gir autorisasjon etter fullført cand.med. og integrerer LiB som starten i all spesialistutdanning (se faktaramme). Den nye ordningen skal være søknadsbasert til en sentral, kontrollerende instans, og distriktshensyn skal ivaretas ved å gjennomføre ansettelsesprosessene i to puljer hver halvår. De ”upopulære stillingene” tilsettes først, deretter kan de som ikke søkte eller ikke fikk plass i første pulje, ”knive” om de sentrale plassene i andre pulje. Slik antar man at man sikrer tilsetting i distriktene. Ordningen er foreslått innført fra 2013. Endringer i turnusordningen er først og fremst nødvendig pga svære ventelister til turnusstart. Dette er blitt tydelig siste 10 årene pga en dobling norske cand. med. i utlandet som ønsker å gjennomføre den norske turnustjenesten, samt at andre leger særlig fra EØS-området har benyttet turnustjenesten som inngangsport til

det norske legearbeidsmarkedet. Avklaringer i EØS-regelverket har dessuten endret synet på hvordan utenlandske cand.med. med eller uten autorisasjon skal vurderes i forhold til det norske kvalifikasjonsløpet.

”Lege i begynnerstilling” vil så vidt vi forstår i realiteten være stort sett det samme som dagens turnustjeneste. Det presiseres at den primært skal sikre god faglighet. De samme læringsmålene fra dagens turnus skal videreføres, og tjenesten skal først og fremst avtjenes i indremedisin og kirurgi, med opsjon for psykiatri og noen andre fag (bl.a. pediatri, gyn.) i tillegg til et halvt år i allmenntilleggsmedisin til slutt. En bekymring er at Hdir ikke har forklart hvilke søknadskriterier som skal gjelde og hvem som skal vurdere søkerne. Faren for nepotisme er selvsagt overhengende, da de objektive kriteriene for å rangere søkere ikke er på plass. En idé kunne være at man søker til et sentralt, nasjonalt ledd som godkjenner og rangerer søkeren (språk, faglige referanser, øvrige kvalifikasjoner), og at søknaden i neste omgang anonymiseres før den fordeles ut til helseforetakene (i kombina-

sjon med kommunen) man har søkt seg til. Her er det imidlertid fortsatt skjær i sjøen.

Rundt 8-10% av dagens turnusleger har fått tildelt særplass etter nærmere gitte kriterier. Dette kan være omsorgen for barn i skolealder, samboende lege (som også skal i turnus) eller helsemessige- eller andre forhold som det må tas særskilt hensyn til når man tildeles plass. Hdir foreslår denne ordningen avvirket, og dem med behov for tilrettelegging må i fremtiden ordne dette selv. Men hvem ansetter en ung lege med kronisk sykdom, hvis man heller kan velge blant 10 friske? I et allmøte for studentene i Tromsø tidligere i mars var dette en av hovedbekymringene til modellen som nå foreslås. Det er også uholdbart for våre medlemmer at det ikke er kommet på plass en mer troverdig forklaring på hvordan søknadsprosessen skal hindre trynefaktor og diskriminering. Her må Nmf og Dnlf sentralt være enda tydeligere ovenfor myndigheten i denne viktige fasen frem mot sommeren.

Alt i alt har Helsedirektoratet i forslaget til ”ny turnus” hensyntatt mange av de innspillene som har kommet frem i diskusjonen de



Turnusleger UNN Tromsø 2012 og leder for turnuskomiteen, klinikkisjef Markus Rumpsfeld.

siste åra. Vi er fornøyd med at fagligheten i stillingen er høyt prioritert, og at læringsmålene videreføres. Det har vært ikke vært mulig å opprettholde fortsatt tilfeldig trekning – selv om mange av oss fortsatt mener at den ordningen er den beste. Modellen for søknadsbasert inntak er foreløpig ikke konkretisert godt nok, og skaper stor usikkerhet. Avdelingsledere rundt om på sykehus har allerede begynt å motta personlige søknader om turnusplass, og forvirringen er stor. Distriktene synes rimelig sikret ved den trinnvise ansettelsen. Forholdene til spesialistutdanningen, og hvordan dette skal samkjøres, er uavklart og ikke nødvendigvis hensiktsmessig. Prioriteringen som er innført i overgangsperioden er bekymringsfull. Vi er på ingen måte i mål – spørsmålene er fortsatt fler enn svarene. Engasjement er fortsatt nødvendig for å påvirke ordningen i riktig retning!

Ruben Berntzen  
Jo-Endre Midtbu

## Helsedirektoratets anbefalinger om alternativ modell

### Helsedirektoratet gir sine tilrådninger i 12 punkter:

1) Direktoratet mener norsk cand.med.-grad tilfredsstillende minstekravet i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv for leger, jf. ESAs avgjørelse vedr. 17 andre EØS-land (1). Direktoratet mener at det må komme en formell avklaring av dette.

2) Forskriftsfestet krav om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få norsk autorisasjon bortfaller for kandidater utdannet i Norge og 17 andre EØS-land.

3) Turnustjenesten for leger utvikles samtidig som ny ordning med begynnerstillinger for leger etableres. Ved overgangen konverteres turnusstillinger til begynnerstillinger, og gjennomført turnustjeneste, helt eller delvis, gjøres tellende som begynnerstilling.

4) Begynnerstillingene opprettes ved konvertering av dagens ca 950 ettårige turnusstillinger i sykehus og 475 halvårige turnusstillinger i kommunene (2). Nødvendige fordelingsmessige tilpasninger foregår i dialog med regionale helseforetak, fylkesmenn og kommunesektoren.

5) Begynnerstillingene blir første obligatoriske del av legers spesialistutdanning. Dagens læringsmål for turnusleger gjelder for begynnerstillingene inntil departementet har fastlagt spesialistutdanningens framtidige struktur og innhold. Virkningene for den delen av spesialistutdanningen som kommer etter 1,5 års obligatorisk begynnerstilling blir vurdert ved direktoratets gjennomgang av spesialistutdanning for leger, både i forhold til faglig innhold, varighet og balansen mellom regel- og målstyring.

6) Gjennom forskriftsfestet samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommuner som del av Samhandlingsreformen bør det gjøres avtale om at begynnerstilling i sykehus blir koblet til ½ års stilling i en bestemt kommune. Legen bør være tilsatt i den institusjon der tjenesten utføres. Dette innebærer midlertidig tilsetning i 1 år og i ½ år for å gjennomføre 1,5 års begynnerstilling før mulig overgang til annen fast tilsetning (LiS – lege i spesialisering i sykehus, utdanningsstilling i allmenntilleggsmedisin mv).

7) To hovedprinsipper bør gjelde for kobling mellom sykehus- og kommunetjeneste:

- a) kommunetjeneste i sykehusets nedslagsfelt
- b) kombinasjon av sentralt og desentralt tjenestested.

8) Tilsetning som lege i begynnerstilling skjer etter søknad. Målet er at arbeidslivets ordinære regler skal gjelde også for tilsetning av nyutdannede leger. Ettersom ordningen avløser en snart 60-årig ordning ved sentral-

statlig fordeling av turnuslegene, foreslås en særskilt søknadsordning, i alle fall i en overgangsperiode (3)

9) Søknadssystemet foreslås som et preferansevalgssystem der søker angir prioritet 1, 2 og 3 og uprioritert søknad slik at arbeidssøkende kan tydeliggjøre sine preferanser ved innsending av flere søknader og arbeidsgiver gis mulighet til å velge kandidater ut fra søkers preferanser (4).

10) For å bidra til god legefördeling, legges det i eierstyringen av de regionale helseforetakene føringer for hvordan stillingene skal utlyses i to puljer, med de erfaringsmessig mest rekrutteringssvake stillingene i første pulje (5)

11) Helsedirektoratet mener at formålet med en praktisk tjeneste etter studiet ikke er god legefördeling, selv om virkningen er slik. Helsedirektoratet mener at bedring av legedekning i distriktene krever en helhetlig tilnærming der legestillinger i sykehus, fastlegeordningen og legestilling for nyutdannede leger mv. må ses i sammenheng.

12) Generelle distriktpolitiske virkemidler, særskilte incentivordninger, økt utdanningskapasitet i nord, mer fokus på kommunehelsetjenesten i medisinstudiet, trinnvis web-basert stillingsutlysning med koblingsmulighet mellom arbeidsgiver og arbeidssøkende, faglige utviklingstiltak og attraktive bo- og arbeidsforhold vil bidra til at nyutdannede leger i større grad vil søke seg til begynnerstilling i distriktene.

### Noter

1. Helsedirektoratet legger til grunn at dette er situasjonen ut fra kjennskapet til det norsk og europeisk legeutdanning
2. Hjemmelsgrunnlaget for statlig styring med oppretting av legestillingene er spesialisthelsetjenesteloven og departementets eierstyring av de regionale helseforetakene samt lov om kommunal helse- og omsorgstjenester med forskriftsfestet avtaleordning mellom helseforetak og kommuner ved innføring av Samhandlingsreformen
3. Arbeidssøker får oversikt over ledige begynnerstillinger, og arbeidsgiver som har rekrutteringsproblemer kan få oversikt over arbeidssøkende som ikke har inngått arbeidsavtale.
4. Ordningen har likhetstrekk med Samordna opptak til studier, og stillingene bør utlyses ½ til 1 år før avsluttet eksamen med sikte på tiltredelse to ganger årlig ved semesterstart.
5. Jf. vellykket ordning i Nord-Norge med tidlig direkte innplassering til turnustjeneste i nord ved påmelding før hovedtrekningen.

Returadresse:  
Doktor i Nord  
Mørkvedsenteret 17,  
8028 Bodø



**B - Økonomi**