

Doktor I NORD

3 • 12

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



Lojalitet og
lydighet

4

Krenket som
barn – syk som
voksen

8

Lett spill for
foretakene

10



Aleris

Raskere tilbake

Avtaler mellom Aleris Helse og Helse Nord

Ortopedi

Ortopedi innenfor ordningen "Raskere tilbake". Kort ventetid for operasjon av knær, skuldre med mer.

Øre-nese-hals-operasjoner

Meget kort ventetid på neseskillevegg- og bihuleoperasjoner, mandelfjerning og øredren.

KONTAKT OSS

Ring oss på telefon 77 66 21 30 eller send henvisning til Aleris Sykehus, Sjøgata 31-33 (Helsehuset), Tromsø

FOR MER INFORMASJON OM VÅRT TILBUD

se www.aleris.no/nord



Norges største kjede av private sykehus og medisinske sentre.

Aleris
Helse og omsorg hele livet

Doktor i NORD



Organ for Nordland, Troms og Finnmark legeforening

Utgiver:
Nordland, Troms og Finnmark legeforening

Ansvarlig redaktører:
Jostein Tørstad, Kirkenes
E-post: jostein.torstad@sor-varanger.kommune.no
Jo-Endre Midtbu
Tlf. 930 08 700
E-post: jo-endre.midtbu@unn.no
Margit Steinholt, Sandnessjøen
Tlf. 993 55 760
E-post: margit.steinolt@gmail.com

Journalist:
Tove Myrbakk
E-post: nlfinfo@frisurf.no

Bladets adresse:
Doktor i NORD
Mørkvedsenteret 17
8028 Bodø

Sekretariatet finner du i Mørkvedsenteret 17, i 2. etg. over Coop Extra på Mørkved. Det er åpent mandag til fredag 09.00 - 15.30. Tlf. 75 54 49 11. E-post: nlfinfo@frisurf.no

Forsidefoto:
«Håja, utenfor Hammerfest i nytt lys»
Foto: Sonni Schumacher, kommuneoverlege i Hammerfest.

Redaksjonen for nr. 3/12 avsluttet 10. oktober 2012.

Deadline for 2012:
5. desember

Produksjon:
COX Bergen AS

Annonser: Geir Karstensen Tlf. 930 20 461
Mail: geirkarstensen@cox.no

LEDERENS



HJØRNE

Prehospital akuttmedisin, en stille reform?

Jeg har nylig vært på mitt første obligatoriske kurs i akuttmedisin for resertifisering av spesialiteten i allmennmedisin. Kurset var glimrende, det gikk på Høyskolen på Gjøvik i et treningssenter med alle mulige fasiliteter for praktiske øvelser.

Det ble ganske klart tidlig under kurset at undervisere som til daglig hadde roller i praktisk akuttmedisin, var lite fornøyd med måten leger og legevakt deltok i dette arbeidet på. Det ble beskrevet en økende tendens til at leger ikke responderte på alarm over helseradio og i liten grad deltok i utrykninger. Det kan være mange årsaker til dette. Det ble pekt på ordningen med interkommunale legevakter med store befolkninger og store avstander som gjør det uhandterlig for den enkelte vaktlege. Generelt mange pasienter med mer eller mindre banale lidelser som hopper seg opp ved utrykning, en oppfatning av at ambulansetjenesten som gjennom de siste tiårene har gjennomgått en betydelig faglig utvikling greier sakene på egenhånd. Tilgang til legebemannet helikopter osv.

Forskrift for prehospital akuttmedisin pålegger kommunene å sørge for legevakt, helsefor- etakene å sørge for ambulansetjeneste. Intensjonen er at disse instansene skal samarbeide og det har aldri vært meningen at ambulansetjenesten skal erstatte legevaktlegen i dette arbeidet. Det er også slik at det faglige ansvaret tilligger legevaktlegen til pasienten er på sykehus.

Hva er så konsekvensene av at legevaktlegen melder seg ut av dette arbeidet. Reint juridisk vil den enkelte lege i enkeltsaker kunne stilles ansvarlig for et uheldig forløp som følge av mangelfull diagnostikk og behandling prehospitalt. Det oppstår situasjoner der en ambulanseløst med to ambulanspersonell vil være utilstrekkelig, kanskje faglig, og helt sikkert i antall hoder og hender. Videre vil en slik utvikling føre til en ytterligere utvanning av allmennlegenes kompetanse på dette området. Det ligger en helt klar utfordring i at ambulansearbeidere i stor grad har overtatt en del prosedyrer det tidligere var legevaktlegene som gjorde. Kanskje har det også ligget en kime til profesjonsstrid i denne prosessen. Slik trenger det imidlertid ikke å være. I svært mange av landets kommuner og spesielt her i Nord-Norge er det et utmerket samarbeid mellom legevakt og ambulansetjeneste. Dette er en nødvendighet blant annet ut fra avstander og transportmuligheter. Akuttmedisin er teamarbeid og som sådan må det øves og praktiseres. Det vil si at legevakt og ambulanseløst må møtes for trening i samhandling, en må kjenne hverandres kompetanse. Men legene må også være med på skarpe oppdrag for å venne seg til, og opparbeide erfaring i å håndtere dårlige pasienter. Dersom vi lar denne kompetansen glippe ut av hendene våre, vil vi som enkeltleger komme i situasjoner vi ikke greier å takle og som yrkesgruppe vil vi tape legitimitet.

Det må aldri være noen tvil om at den akutt dårlige pasient har høyeste prioritet, og vi må organisere oss deretter.

Jostein Tørstad, leder i Finnmark Legeforening



Kristian Fanghol, Paul Leer-Salvesen og Hege Gjessing debatterte rundt begrepene lojalitet og lydighet om bord på hurtigruta.
Foto: Kenneth Kjelsnes

Lojalitet og lydighet

– Vi trenger flere leger som blander seg inn og bringer viktig fagkunnskap til samfunnsdebatten. Lojalitet er ikke det samme som lydighet. Offentlige ledere bør etterspørre kritikk og korrigeringer fra sine ansatte .

Av Tove Myrbakk

Det sa professor Paul Leer-Salvesen til de rundt 75 tillitsvalgte som møttes i midten av september på hurtigruta og i Svolvær for å reflektere og debattere rundt temaer som offentlige ledere og lojalitet, jobbglidning, det usunne økonomifokuset på sykehusene og utfordringene med grenseløse oppgaver og vanskelige prioriteringer.

Det var lokalforeningene og regionsutvalgene i Midt-Norge og Nord-Norge som inviterte sine tillitsvalgte til fagpolitisk konferanse og tillitsvalgtkurs. I fjor arrangerte man hver sin konferanse i nord og midt, men etter ønske fra både lokale tillitsvalgte og ledelsen i legeföreningen kom man sammen om arrangementet i år. Erfaringene herfra er udelt positive og det planlegges allerede ny konferanse neste høst.

Nesten hele legeföreningens administrative og politiske ledelse var tilstede under hele konferansen. Sentralstyret la sitt møte til Svolvær og Allmennlegeföreningen hadde sitt arbeidsmøte i tilknytning til konferansen.

– Det at president, generalsekretær og lederne av yrkesforeningene deltar på kon-

feransen er viktig. Våre lokale tillitsvalgte får en unik anledning til å møte ledelsen under uhyttelige rammer, sier regionsutvalgslederene Randulf Søberg og Lars A. Nesje.

Generalsekretær Geir Riise og president Hege Gjessing er også svært fornøyd med arrangementet som gir dem en mulighet til å høre hva som rører seg blant tillitsvalgte og medlemmer, samt delta i viktige fag- og helsepolitiske diskusjoner.

Demokratisk underskudd i helsevesenet

Første tema som ble diskutert var om lojaliteten til offentlige ledere ligger hos maktapparat og politikere eller hos befolkning og brukere.

Professor Paul Leer-Salvesen ved Universitet i Agder har jobbet både som fengselsprest og journalist og har engasjert seg sterkt i spørsmål rundt lojalitet og lydighet de siste årene.

– De to artene som har mistet mest status de siste 20 årene er laksen og legene. Vi trenger i dag flere leger som kan være villakser og blande seg inn i samfunnsdebatten. Fagfolk

tør jo ikke lenger si hva de mener av frykt for å bli kalt illojale. Jeg vil ikke kalle offentlige ledere feige, men de har kanskje mer en pluralismefobi, en frykt for kreativ uryddighet. Lojalitet er alltid kritisk og kan noen ganger medføre at det rette svaret er nei. Derfor er det viktig å skille mellom lydighet og lojalitet.

Leer-Salvesen tegnet opp et enkelt lojalitetskart for leger der lojaliteten går oppover mot sjefssjiktet, faglig mot kollegaene, til pasientene, storsamfunnet og mot egen livsverden.

– Disse skal stå som gjensidig kritiske korrektiver til hverandre. Etisk ambivalens opplever man når de kolliderer. For leger vil dette alltid være en realitet, og er noe man vanligvis lever greit med. Men noen ganger må man si i fra. Offentlige ledere burde etterspørre medarbeidere som tør å være kritisk og korrigerende i sine ytringer.

Ingen munnkurver i Helse Nord

Kommunikasjonsdirektør i Helse Nord Kristian Fanghol mener offentlig ledelse med sine kryssende forventninger og krav er selveste

juvelen i norsk lederskap.

– Offentlige ledere forvalter interessen til samfunnets aller svakeste og balanserer hele tiden mellom makt og tillit. De er ikke feige, men deltar etter min mening for lite i den offentlige debatten. Vi lever alle mye bedre med et system som debatterer og ingen ønsker munnkurver i Helse Nord. Det har vår administrerende direktør vært helt klar på.

Fanghol tror lederne i dag identifiserer seg mye sterkere med ledelsesoppdraget enn de gjorde for ti år siden og at presset ovenfra er mye tydeligere enn før. Han fremhevet betydningen av legenes rolle.

– Legenes kliniske beslutninger er uansett ledelsesbeslutninger fordi de utløser ressurser og arbeid hos andre. Stadig flere leger er i ledelsen og kanskje er det slik at den medisinske profesjonen finner seg innflytelse gjennom lederskap i dag.

Under debatten ble Fanghol spurt mange spørsmål som konflikten på UNN, men ønsket ikke å uttale seg i saken.

Ledere opptatt av målstyring

President Hege Gjessing understreket at Legeforeningen ser svært alvorlig på situasjonen på UNN og følger den nøye. Hun er veldig opptatt av viktigheten av god ledelse og mener leger har gode forutsetninger for å bli gode ledere.

– Ledelse av sykehus er kanskje blant de aller vanskeligste lederjobbene med alle omstillingene og mangel på ressurser. Det har nok bidratt til at vi har fått en ledelseideologi som satser sterkt på målstyring. Ledere skal være opptatt av kvalitet, men er det de rette tingene som rapporteres i dag. Vi trenger flere synlige ledere som sørger for at de ansatte har det bra tross omstilling og stress, sier Gjessing.

Tillitsvalgkurs i tre deler

I tillegg til fagpolitisk konferanse var det også tillitsvalgkurs på hurtigruta og i Svolvær arrangert i tre deler og ledet av lederne i OF, YLF, AF og LSA.

Av Tove Myrbakk

Mens allmennlegene gikk gjennom ny fastlegeforskrift og merknadene til denne så sykehuslegene på arbeidstid, totallønn og arbeidsmiljø. Siste dag hadde seksjonen for spesialisthelsetjenesten fokus på utdanning, veiledning og seniorpolitikk. Allmennlegene dykket ned i avtalene som er inngått i forbindelse med samhandlingsreformen, kommunal medfinansiering og handlingsrom og påvirkningsmuligheter versus foretak og kommuner.

- Fritt frem for helseshoppere

- Helse er et begrenset gode og må styres. Dessverre er politikken irrasjonell og tar ofte ikke hensyn til dette. Da blir det fritt fram for helseshoppere.

Av Tove Myrbakk



Gunnar Bovim, adm. dir. i Helse Midt-Norge i prat med Gudrun Grindaker, KS, Cecilie Daa, Helsedirektoratet og Cecilie Risøe i sentralstyret.

– Når positive politiske goder er gratis eller sterkt subsidierte vil det alltid være et overforbruk, mener Bjørn Kjensli, SV-politiker og tidligere styreleder i Nordlandssykehuset.

Han mener legene er sentrale i prioriteringss spørsmålet og må bidra til at ressursene brukes på de viktige tingene.

– Historisk har man løst problemet med køer som rasjoneringsmetode. Det er ikke så enkelt å bruke i dag. Fastleger, ISF og fritt sykehusvalg virker mot dette. Hvordan kan man så møte etterspørselen? Kanskje med å prise tjenestene. Livbringende helsetjenester kan være gratis eller sterkt subsidierte mens helsetjenester med marginal helseeffekt kan prises høyere. Vi trenger en nasjonal helseplan som kan bygges opp som den nasjonale transportplanen. Det vil kunne redusere konfliktnivået mellom lokalt og nasjonalt nivå. I denne må prioriteringene gjøres klar og politikerne må følge opp.

Anette Fosse tok for seg forslaget til ny fastlegeforskrift, tesene for allmennmedisin og forventningene i befolkningen.

– Forslaget fra HOD sa klart fra om at vi fastleger skal gå ut og gjøre alle folkeslag til våre pasienter. Retningslinjer fra myndighe-

tene medfører at store deler av befolkningen havner i en risikogruppe. Det betyr faktisk noe om vi velger å dempe eller fremme angsten for sykdom.

Divisjonsdirektør i Helsedirektoratet Cecilie Daa stegget inn på kort varsel da helseministeren og leder i helse- og omsorgskomiteen ikke kunne komme.

– Vi må ha tydelige og åpne prioriteringer som bygger på et verdigrunnlag. Skal nye behandlingsformer inn, må noe ut. Selv ikke i rike Norge kan vi ta i bruk all ny behandling og teknologi, selv om vi vinner helse og forlenger liv. Alle kliniske miljøer bør også vurdere egne prioriteringer og drøfte spørsmålene åpent.

Gudrun Grindaker, direktør i KS mener ledere lokalt og nasjonalt må legge til rette for at førstelinjen skal kunne ta de vanskelige valgene i hverdagen.

– Mer og mer bestemmes nasjonalt. Dilemmaet er lokal tilpasning eller økt likhet. Alle prioriteringer må ivareta både den enkelte og fellesskapet. Vi har en lei tendens til å glemme at det å prioritere noe alltid handler om å si nei til noe annet.

Frykter jobbglidning uten ansvar

Legers skepsis til jobbglidning handler ikke bare om frykt for egen profesjon.

– Jobbglidning kan fort ende opp å bli oppgaveglidning uten at ansvaret følger med.

Av Tove Myrbakk

Det sa Jon Helle, leder i Overlegeforeningen i sin innledning på den fagpolitiske konferansen i Svolvær.

– Vi overleger er tilbøyelig til å se mer på mulighetene enn på trusler, men da er forutsetningen at respekten for den medisinske kompleksitet ivaretas sammen med utdanningen av LIS-er og overleger.

20 prosjekter i 2012

Helse Midt-Norge har bevilget 20 millioner kroner til jobbglidning og faglige utviklingsprosjekter i foretakene i 2012. Fagdirektør Nils H. Eriksson i Helse Midt-Norge skal sammen med resten av ledelsen i RHF- overføre 1 milliard kroner fra drift til investeringer fram mot 2017.

– For å klare dette må vi foreta oss noe. Rekrutteringsutfordringene er formidable fremover. Vi må tenke nytt, jobbe mer fleksibelt sammen og finne smarte løsninger for gode pasientforløp.

Brennhett tema

Trond Egil Hansen, leder i Allmennlegeforeningen, er skeptisk, men ser også at jobbglidning kan gjøre fastlegene bedre i stand til å utføre jobben som er påkrevd.

– Jeg tror ikke det å overføre legeoppgaver til sykepleiere og andre vil avlaste legene mye, men samlet sett kan vi få til en bedre tjeneste. Det er en ønsket utvikling og vi ser gjerne at det settes i gang forsøk, modellutvikling med videre.

Johan Torgersen kom som leder av YLF nylig fra et internasjonalt møte i London der jobbglidning var øverst på agendaen.



Jobbglidning er et brennhett tema i Europa. Leder i YLF Johan Torgersen kan melde om at temaer var øverst på agendaen da yngre leger i Europa møttes i London i høst.

– Temaet er brennhett. Det har nok sin bakgrunn i ressursmangel, spesielt i forhold til fagfolk i helsetjenesten. For meg er jobbglidning et for passivt ord og tror det er mer hensiktsmessig å snakke om oppgaveoverføring. Diagnostikk og behandling må fremdeles være en legeoppgave og noen oppgaver kan ikke overføres. For meg blir det litt absurd å snakke om oppgaveglidning så lenge legene er pålagt flere og flere administrative oppgaver. Denne negative oppgaveglidningen må stoppes og reverseres før vi kan snakke om reell oppgaveoverføring.

Allmennlegemakt i nord

Svein Steinert ble i august utnevnt til ny fylkeslege i Troms. Han tiltrer i midten av desember og da er alle tre fylkesleger i Nord-Norge allmennleger. Karin Straume har vært fylkeslege i Finnmark siden 2006 og Jan Petter Lea fylkeslege i Nordland i 2010.



Svein Steinert er ny fylkeslege i Troms.

Steinert kommer til fylkesleigestilling fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin der han er prosjektleder. Doktor i Nord gratulerer Svein Steinert med utnevnelsen og ønsker han lykke til med jobben.

Et snaut år med samhandlingsreform

Finnmark Legeforening inviterer til medlemsmøte på Rica hotell Hammerfest torsdag 1. november kl. 17.00 – 19.30. Hovedtema er ”Et snaut år med samhandlingsreform – stille eller stille før stormen?”.

Innledere Helge Nikolaisen, KS Nord-Norge og Harald Sunde, medisinsk fagsjef Helse Finnmark.

Det er også mulig å komme med innspill til andre temaer som ønskes drøftet til jostein.torstad@sorvaranger.kommune.no. Frist 24.10. Mer informasjon blir å finne på www.legeforeningen.no/finnmark.

Planlagte kurs i 2012/2013

Nordland

Akuttmedisinkurs for indremedisinere, Bodø 29. og 30. november 2012

Grunnkurs C, Bodø 8. – 11. april 2013

Allmennmedisinsk våruke, Bodø 23. – 26. april 2013

Grunnkurs B, Bodø 17. - 21. juni og 30. september til 4. oktober 2013

Akuttmedisinkurs og villmarksmedisinkurs, Narvik 21. til 23. januar 2013

Akuttmedisinkurs for allmennleger, Bodø januar/februar 2013

Grunnkurs D – ikke avklart

Troms

Høstkurs i Harstad 9. og 10. november 2012.

Akuttmedisinkurs vår og høst 2013.

Finnmark

Kurs i gynekologi for allmennleger, Hammerfest 1. og 2. november 2012

Thon hotell i Kautokeino 14. - 16. mars 2013.

Tema for kurset er Medisinsk etikk og jus.

Grunnkurs A, Alta – ikke avklart

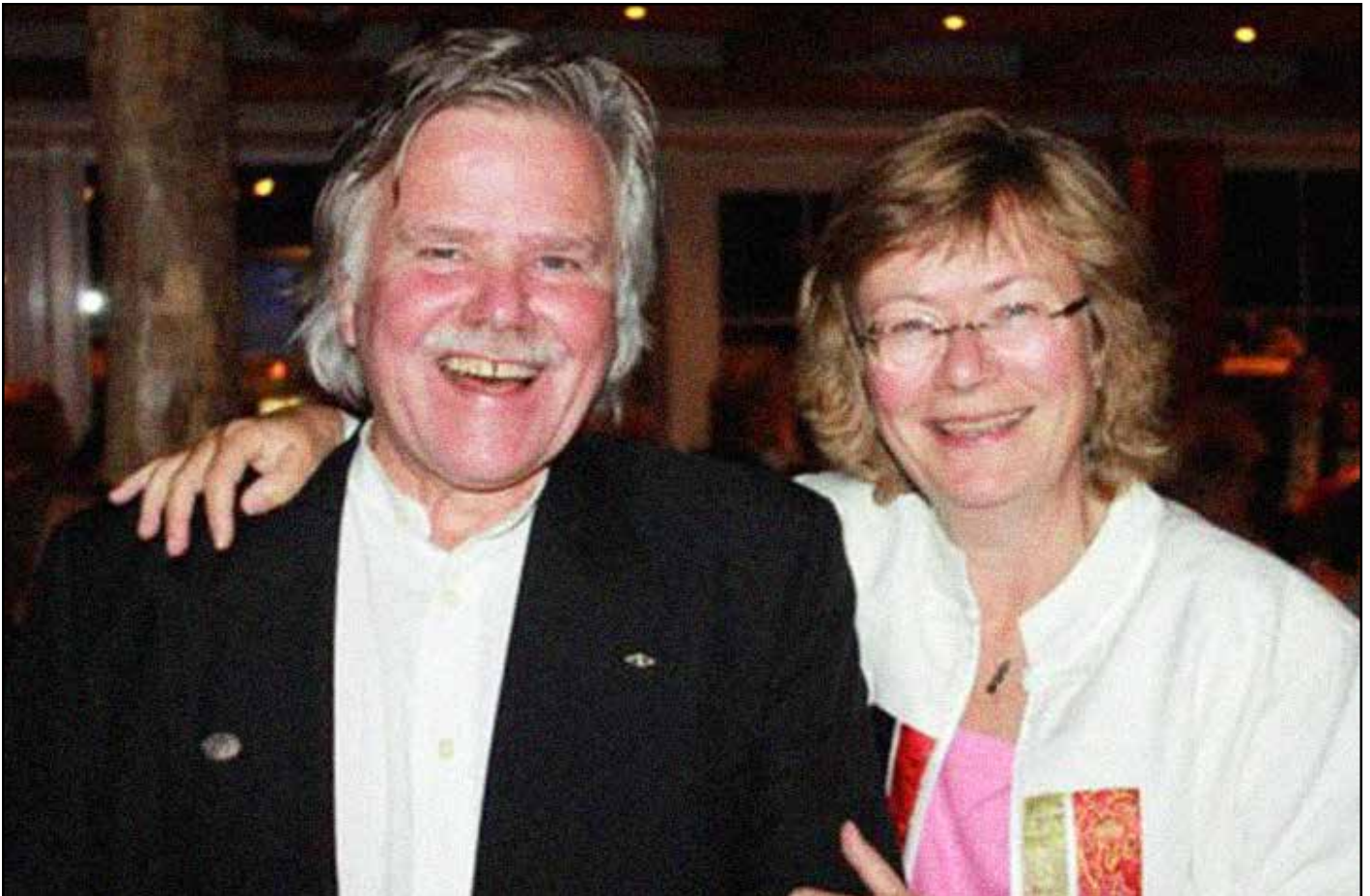
Vårkurs – ikke avklart

Mer informasjon finner dere på www.legeforeningen.no/nordland, www.legeforeningen.no/troms, www.legeforeningen.no/finnmark og i neste nummer av Doktor i Nord som kommer rett før jul.

Nordland Legeforening 150 år

”Den nordlandske lægeforening” ble stiftet 22 juli 1862 da 6 av Nordlands 13 distriktsleger møttes i Bodø for å danne en fagforening. Det ble behørig feiret med både prominente og trivelige gjester 7. september.

Av Tove Myrbakk



Margit Steinholt er leder av Nordland Legeforening 20 år etter at Trond Rydsaa hadde samme vervet. Han var leder fra 1991 – 1993.

Foreningen som skulle bli Nordland Legeforening møttes for 150 år siden for å diskutere aktuelle problemstillinger som var viktig for befolkningens sunnhetstilstand. Ønsket fra de 6 distriktslegene som møttes i Bodø var å få til et årlig møte, mens legene på Helgeland skulle ha ytterligere to sammenkomster.

Knut Kjerpeseth, tidligere leder av Nordland Legeforening, var historieforteller under jubileumsmiddagen og fortalte om at på stiftelsesmøtet ble det også anbefalt opprettet to lesegrupper, en i nord og en i sør fylket, som skulle tilegne en ekstra kunnskap gjennom å lese medisinsk litteratur.

– I denne tiden var sunnhetstilstanden hos barn viktig idet nesten 10 % av barna døde før fylte ett år. Infeksjonstilstander var hyppige og alvorlige. Så mange som 30 % døde av skarlagensfeber. Helsevesenet i Nordland rådde på denne tiden over tre amtssykehus. Ett i Søvik i Alstahaug, ett i Bodø og ett i Buksnes i Vest-Lofoten. I Lofotesongen var det etablert

et fiskersykehus i Kabelvåg. Driften av sykehusene var tillagt de respektive distriktsleger. Øvrig helsepersonell på denne tiden besto av ca 30 jordmødre og 52 hjelpevaksinatører.

På jubileumsfesten 7. september var generalsekretær Geir Riise og president Hege Gjessing spesielt invitert sammen med tidligere ledere av Nordland Legeforening og andre gjester. Det vanket gaver. Fra Legeforeningen fikk Nordland Legeforening et litografi fra Bodø Havn laget nesten på samme tid som foreningen ble stiftet. Det skal pynte opp på foreningens sekretariat på Mørkved.

Marte Walstad, leder i Sør-Trøndelag legeforening, er en god samarbeidspartner for Nordland Legeforening, og kom til Bodø for å delta på feiringen. Hun hadde med seg en vakker månedsf figur i mørk patina fra Nidarosdomen. Det kom også hilsninger fra Svein Aarseth i Oslo Legeforening sammen med historisk materiale som også ble godt mottatt.



Generalsekretær Geir Riise hadde med seg en flott litografi av Bodø Havn fra rundt samme år som ”Den nordlandske lægeforening” ble stiftet.

Krenket som barn – syk som

Tidlig barndom preger oss som mennesker. Traumer setter seg i kroppen og kan gjøre oss alvorlig syke som voksne. - Derfor er det så viktig at leger og andre fagfolk stiller barn og unge spørsmål utenom de rent somatiske.

Av Tove Myrbakk



Helga Pedersen, nestleder i Arbeiderpartiet åpnet konferansen og tok blant annet opp barnefattigdom og behovet for samarbeid på tvers. Lars A. Nesje, legeforeningens regionsutvalg i Nord-Norge og kommunikasjonsdirektør Kristian Fanghol ledet konferansen.

– Vedvarende hodepine, magesmerter og ryggvondt kan være symptom på noe helt annet. Mennesker er i verden som kropper. Uansett hva erfaringene handler om, er erfaringene kroppslige, sa allmennlege og forfatter Anna Luise Kirkengen på konferansen Sårbar Oppvekst som i midten av september ble arrangert i Tromsø.

En av fire leger

240 fagfolk fra hele spekteret innen helsevesen, skole, barnehage og barnevern deltok på konferansen som ble arrangert av Nordland Legeforening og Helse Nord i samarbeid med Bufetat, Norsk Psykologforening og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

En av fire deltakere var lege. De fleste fra psykiatri og allmennmedisin.

Nestleder i Arbeiderpartiet Helga Pedersen åpnet konferansen og var opptatt av at både unger og foreldre trenger pustehull i hverdagen og at det kanskje er på tide å legge ambisjonene på et litt lavere nivå. Hun tok også opp barnefattigdom.

– Barnefattigdom er noe av det såreste. Når foreldre ikke har penger til å sende ungene på fritidsaktivitet eller i bursdag ekskluderes de fra fellesskapet. Vi som samfunn må ta vare på unger som utsettes som omsorgssvikt eller fattigdom. For å lykkes må vi rive noen murer og sørge for godt samarbeid på tvers. Sånn som

dere gjør på denne konferansen, sa Pedersen.

Helga Pedersen ønsker tilbakemelding om tematikken. Innspill kan sendes til MARTE. INGUL@STORTINGET.NO”.

Disputerte på livskvalitet

Bengt Lindström er nordens første professor i salutogenese og mener allmennlegene har et sterkt verktøy hvis de fokuserer på de salutogene faktorene og ikke bare de patogene på legekantorene. Lindström er barnelege i bunnen og disputerte i sin tid på livskvalitet.

– Det finnes ikke en definisjon av livskvalitet, men fire dimensjoner av helse; fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell. Det siste handler om opplevelsen av sammenheng og mening i livet. Vi vet mye om det patogene i dag, mens det gjøres langt mindre forskning på det salutogene. Det å ha kontakt med sitt indre liv, ha sosiale relasjoner, meningsfulle aktiviteter, vite hva som styrer ens liv. Det skaper helse, sier Lindström.

Nylig ble han tilknyttet som professor ved Senter for helsefremmende forskning ved NTNU i Trondheim. Han mener helse kan betraktes som en prosess, der målet er et meningsfullt aktivt og produktivt liv.

– Forebyggende arbeid og helsefremmende arbeid er ikke det samme. Vi kan nesten se på de som motsetninger. Forebygging dreier seg ofte om å minimere risiko for sykdom og død,



Anna Luise Kirkengen mener allmennleger må våge seg utenfor somatikken hvis de skal hjelpe barn og ungdom med psykiske problemer.

mens det helsefremmende arbeidet går ut på å lete etter ressurser som gir livspotensiale. Begge deler er viktige i psykisk helsearbeid, men det kan være verdt å merke seg forskjellene, sier Lindström.

Barndomsforgiftning

Anna Luise Kirkengen er allmennlege og forfatteren av boka ”Hvordan krenkede barn blir syke voksne”. I 1998 tok hun medisinsk doktorgrad om helsefølger av seksuell overgrepserfaring i barndommen.

– Som fastlege møtte jeg stadig mennesker med symptombilder som ikke stemte med hva min medisinske utdanning hadde lært meg. I



Bengt Lindström – Nordens første professor i salutogenese.

møtet med disse menneskene valgte jeg å lytte til deres fortellinger. Gradvis ble jeg bevisst at sykdommen deres i dag skyldtes at de hadde vært krenkede, skadede barn. Vond og vanskelig erfaring skriver seg inn i kroppen. Det er utfordrende for oss leger å se bak det rent somatiske hos pasientene våre. Toktisk stress eller barndomsforgiftning må tas på alvor. I verste fall kan alvorlige traumer ta 20 år bort fra noens liv. Vi trenger å gå utenom vår snevre medisinske kompetanse for å gi pasientene våre den hjelpen de trenger. Og frem for alt må vi samarbeide med andre fagprofesjoner for å se og forstå. Både pasientene og vi er somatisk orientert. Kroniske lidelser defineres som oppgaver for spesialister, og mange pasienter opplever å bli kasteballer i et system uten at noe kan hjelpe, sier Kirkengen.

Utvikling av resiliens

Anne Inger Helmen Borge tok for seg resiliens eller barns motstandsdyktig overfor psykiske problemer.

– Barn reagerer forskjellige på samme alvorlige belastning. I møtet med påkjenninger vil noen dukke under, andre vil greie seg bra og noen kan til og med komme styrket ut av det. Denne variasjonen er det viktig å forstå. Leger burde interessere seg mer for hva som har skjedd med de pasientene som det har gått bra med og som ikke kommer tilbake. Hva skjuler seg i journalene som er lagt bort?

Forskning viser at halvparten av barn som er eksponert for risiko klarer seg bra. Resiliensforskningen har gått i flere faser fra 1960-tallet da man oppdaget at flertallet mødre med alvorlig psykisk lidelse hadde friske, glade barn. På 70-tallet begynte man å undersøke resiliens og fant at man hadde oversett at det gikk bra med halvparten av barn i problemfamilier. Så kom beskyttelsesfaktorene i sentrum og i dag undersøkes det hvorfor noen risikobarn utvikler resiliens og man ser på genetik, nevropsykologi og livsløpsstudier.

- Somatikk kan maskere depresjon

Halvparten av oss utvikler psykisk lidelse i løpet av livet. Debulalderen er lav i forhold til andre type sykdommer og stadig flere unge rapporterer om psykiske plager.

Av Tove Myrbakk

– Det har vært lite fokus på somatiske plager og livsstil og hvordan dette kan bidra til psykiske lidelser, sier overlege Lars Lien som er både psykiater og samfunnsmedisiner og arbeider ved Nasjonalt Kompetansesenter for rus og psykisk lidelse.

– Vi er flinke til å oppdage somatikk, men dårlig på psykiske plager og da spesielt hos ungdom. Undersøkelser viser at det kan ta opp til fem år før legen beveger seg utenfor somatikkområdet.

De fysiske symptomene ved angst og depresjon kan være lite energi, søvnfor-

styrrelse, hodepine, psykomotorisk forandring, appetittforandringer, hjertebank, skjelvinger, svette og generelle muskel og leddsmerter.

– Fysiske symptomer kan maskere depresjon og behandling av depresjon hjelper også mot smerter. Vi har instrumenter som kan hjelpe oss å skille somatisk smerte fra psykiske lidelser hos ungdom. HSCL-10 er et slikt verktøy. De som faller gjennom i ungdomstiden i dag kan falle langt. Det er sterk sammenheng mellom smerter i 15-årsalderen og psykiske plager ved 18-årsalderen, sier Lien.

Matoppskrifter:



DRONNING MAUDS DESSERT
Foto: Mari Svenningsen/mat.no

Dronning Mauds dessert

Denne festdesserten ble kreert til Dronning Maud og Kong Haakons besøk i Haugesund på deres kroningsferd i 1906. Derfor kalles den også av mange for Haugesundsdesert. Kanskje er dette den ultimate dessert. Prøv den og døm selv.

INGREDIENSER:

200 g Mørk kokesjokolade
5 Gelatinplater
1/2 dl Vann
5 Eggeplommer
5 ss Sukker
6 dl Kremfløte
1/2 dl Portvin

FRAMGANGSMÅTE:

Riv sjokoladen.

Legg gelatinen i bløt i kaldt vann cirka 2 minutter.

Visp eggeplommer og sukker til stiv eggedosis.

Visp fløten og bland den forsiktig inn i eggedosisen.

Tilsett portvin eller sherry.

Klem ut vannet fra gelatinen og smelt den i varmt vann.

Rør gelatinen forsiktig inn i fromasjen.

Legg fromasj og revet sjokolade lagvis i glassbølle.

Avslutt med sjokolade.

La desserten stivne i kjøleskap før servering.

Tove Myrbakk, Bodø

Lett spill for foretakene

– Samhandlingsreformen er en kamp om revir der de små kommunene er dømt til å bli den tapende part. Foretakene får lett spill med sine ressurser og faglighet.

Av Tove Myrbakk

Det sa helsesjef Jarand Gjestland i Sørfold kommune da han innledet under årsmøtekurset til NORSAM og LSA i Bodø i slutten av august. Nordland Legeforening var vertsforening og den lokale komiteen hadde laget et spennende program som tok for seg mange av utfordringene kommunehelsetjenesten står overfor, spesielt i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det ble også gjort plass til å visjonere rundt fremtidens primærhelsetjeneste.

Unntaket i Sørfold

– For å bli en likeverdig samhandlingspartner må kommune-Norge snarest få på plass et regionalt fagutvalg som kan matche foretakene. Dette utvalget kan muligens forankres i KS. De har legitimitet i kommunene, ekspertisen som trenges og nettverksstrukturen. I dag er det alt for mange aktører som skal styre kommunene og hver for seg mangler de mindre kommunene nødvendig kompetanse og fokus på faglighet. Det er bare om vi får en overordnet kommunal oppfatning av faglighet at i kan gi samhandlingsreformen og folkehelseloven et reelt innhold, sa Gjestland.

Selv er han godt stilt i sin kommune, og har de styringsverktøyene han trenger for å prioritere.

– Jeg kan ta de faglige hensyn som jeg mener er nødvendig, og har den plassen i organisasjonen som jobben krever. Men det viktigste er at jeg har legitimitet i befolkningen etter å ha vært stabil fastlege over tid.

Reformen trenger tid på å virke

Kjersti Toppe er nestleder i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, utdannet lege og har en forkjærlighet for samfunnsmedisin. Hun mener man må være tålmodig og gi reformen litt tid til å virke.

– Uheldige ting skjer og vi følger utviklingen nøye fra Stortinget. En viktig sak fremover blir utdanning i helsesektoren. Noe må skje blant annet med medisnutdanningens sterke fokus på spesialisthelsetjenesten hvis vi skal få flere allmennleger på plass.



Jarand Gjestland, helsesjef i Sørfold kommune mener foretakene får lett spill med sine ressurser og faglighet.

Helge Nicolaisen, KS Nord-Norge mener avtalene som er inngått mellom kommuner og foretak bør evalueres allerede i høst.

– Høsten 2012 blir viktig med hensyn til å avstemme forventninger mot realistiske mål. Utfordringene fremover i kommunehelsetjenesten blir å øke kompetansen, få på plass elektronisk samhandling, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, ledelse og prioritering og ikke minst demografi. Alt dette må kommunestyrene gripe fatt i.

Kommuneoverlegen har en nøkkelrolle

Rolf Steffensen har gjennom ordførerjobben i Hamarøy kommune og leder av Salten Regionråd skaffet seg nyttige erfaringer gjennom prosjektet Sunnhet i Salten.

– Vi skjønnte tidlig at reformen ville bli utfordrende og startet prosjektet for å møte utfordringene i reformens første fase. Kommuneoverlegene har en nøkkelrolle for å få til godt samarbeid mellom fastleger og andre i kommunehelsetjenesten. Vikarleger er en kritisk faktor om man skal lykkes. Det



Kjersti Toppe, nestleder i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, vil følge utviklingen nøye. – Vi må gi reformen litt tid på å virke.

samme er kommuneøkonomi og geografi.

Finn Henry Hansen i Helse Nord RHF mener det blir viktig å ivareta kravet om kvalitet og tilgang til legeberedskap ved etablering av kommunale ø-hjelpsplasser.

– Det må dokumenteres at pasientene skrives ut til et kvalitativt likeverdig tilbud.

Det fragmenterte ansvar

Harald Sunde, medisinsk fagsjef i Helse Finnmark, tok for opp hvordan det fragmenterte ansvaret i de ulike helsenivåene utfordrer gode pasientforløp og samhandling på tvers.

– En og samme pasient kan etterlate seg fragmentert journalinformasjon hos fastlegen, den private spesialisten, et par lokalsykehus og et universitetssykehus. Ingen får den hele og fulle oversikten, sa Sunde og avsluttet med et retorisk spørsmål.

– Vil 13 avtaler mellom Helse Finnmark og 19 kommuner i Finnmark, og tilsvarende for hele landet, bøte på den fragmenterte ansvarsstrukturen vi har innen helsevesenet i Norge?

- Pengene styrer samhandlingen

- Det problematiske med økonomiske virkemidler er at de virker. Vår fremste utfordring fremover blir å styrke armslaget for fagligheten i helsevesenet.

Av Tove Myrbakk

Steinar Westin og forsamlingen på vårkursert til NOR SAM og LSA var skjønt enige i at den kommunale medfinanseringen har en alvorlig slagside.

– Vi hører om kommuner som er mer opp-tatt av å unngå ”dagmukt” for utskrivningsklare pasienter enn av hvordan det faktisk går med de pasientene som sendes ut til et uferdig og mangelfullt behandlingsopplegg.

I England skjer det for tiden en storstilt privatisering og kutt i det offentlige helsevesenet. Westin tror det som skjer der vil få stor innvirkning på det som skjer i resten av Europa.

– Vi må demme opp det økonomiske fokuset i helsevesenet, og styrke det faglige. I min høringsuttalelse til reformen etterlyste jeg en tydeligere omtale av hva det kan bety for den sosiale fordelingen av helse at den siste tidens

helsereformer i økende grad baserer seg på styring etter prislapper; DRG-poenger og økonomiske insentiver.

Westin og flere med han vil ha mindre vekt på stykkprisbetalingen som virkemiddel og mer nyttenkning rundt forebygging.

Jan Abel Olsen er professor i helseøkonomi og helsetjenesteforskning. Han ser mange utfordringer med at kommunene skal ha medfinanseringsansvar.

– Når den totale budsjetttrammen er fordelt på separate budsjett kan det fort bli ”skit i Norge, leve Toten”. Økonomiske insentiver kan virke i feil retning av den som er ønsket, fortrenge moralsk og sosial motivasjon og svekke folks vilje til å yte innsats. Vi ender fort opp med oppmerksomhetsvridning og lureri. Rasjonell respons på insentiver lokalt gir ikke nødvendigvis gode løsninger for sektoren samlet. Listepasientfinansiering kan lede til for mange henvisninger. Ytelsesbasert finansiering kan lede til for stort tilbud.

Olsen tror på samarbeid og partnerskap, frihet og kostnadsansvar.

– Det er behov for koordinering av ressursbruken når pasienter ’flyter og strømmer’ mellom ulike forvaltningsorgan med hver sine budsjett.

Eldre legers forening i Troms

Av Jo-Endre Midtbo

Troms legeforening har dette året jobbet for å etablere en møtearena for eldre leger i Troms. Disse legene representerer en faglig styrke og historie om helsetjenesteutviklingen i vår region som er unik, og som det er mye å lære av. Troms legeforening ønsker å ta vare på dette, og legge til rette for en møtearena der denne ressursen kan fortsette å blomstre. Leger som er helt eller delvis pensjonert eller som har fylt 65 år, var derfor invitert til et møte i Tromsø 20. september 2012. Troms legeforening ønsker å takke Sigurd Sparr for at han arrangerte dette første møtet. Under ser du hans referat fra møtet. Medlemmer i lokalforeningen som ønsker å delta i slike møter fremover, bes kontakte Sigurd Sparr direkte.

Referat fra møte med ”eldre leger” 20/9-12.

Møtet fant sted på Hotell Radisson Blu i Tromsø 20/9-12 kl 18-20. Det var 18 deltagere.

Det ble servert kaffe, mineralvann og rundstykker under møtet.

Jan Due holdt foredrag om ”Den første verdensberømte lege fra Tromsø” dr. Ramm. Senere diskuterte vi evt. opplegg for videre møter.

Det var stor stemning for å ha slike møter, omtrent på samme måte, med et faglig innlegg og etter hvert diskusjoner og sosialt samvær. Det ble foreslått ett møte pr måned, eller i hvert fall minst ett til før jul.

Tilknytningsformen til Eldre legers forening sentralt ble diskutert, og det var enighet om å se det litt an med formell tilknytning, og å undersøke litt nærmere hvordan dette kunne gjøres og de økonomiske konsekvenser.

Det var meget god stemning under møtet, hyggelige og gode historier og samtaler.

Det ble så valgt en gruppe som skulle være ansvarlig for det videre arbeidet med dette forumet:

Hans L. Eriksen, Dag Sørлие, Sigurd Sparr.

Det tas sikte på et nytt møte i overgangen oktober/november, en torsdag.



Leder i Nordland Legeforening Margit Steinholt delte ut pris til årets Nordlandsdoktor 2012 til Hans Henrik Strøm, overleget ved Sandnessjøen sykehus.

Strøm ble årets Nordlandsdoktor

Hans Henrik Strøm ble kåret til årets Nordlandsdoktor 2012. Han fikk prisen for sitt langvarige arbeid for at medisinstudenter og turnusleger ved Sandnessjøen sykehus skal føle seg velkommen og ivaretatt.

Av Tove Myrbakk

Leder i NLF Margit Steinholt delte ut prisen til Hans Henrik Strøm under jubileumsmiddagen til Nordland Legeforening 7. september.

– Jobben Hans Henrik Strøm har gjort for turnusleger og studenter er hovedårsaken til at Sandnessjøen får toppkarakter på evaluering som praksis- og turnussted år etter år. Sykehuset er et utmerket eksempel på at ikke bare de store sykehusene kan gi god undervisning, sa Steinholt i sin tale til prisvinneren.

Hans Henrik Strøm er født i 1955, utdannet lege fra Universitetet i Oslo i 1985 og spesialist i lungemedisin. Han har stort sett vært i Nord-Norge og Sandnessjøen siden. Strøm har i mange år vært spesielt opptatt av lungekreft. I 2006 ga han ut boka ”Den stillferdige ranværingen”.

Anton Giæver
Fastlege Trømsø

Fastelegeforskriften tar av 1. januar 2012

Trenger vi å feste setebeltet skikkelig stramt for «a rough ride» på allmennlegekontorene fra 2012 eller kan vi forvente oss en behagelig tur videre? Eller skal den allmennmedisinske bøtta fylles videre opp og vårt ansvar bli ennå større og våre lange arbeidsdager og arbeidsuker ennå lengre?

Legeforeningen og særlig allmennlegene var skuffet over forslaget til fastlegeforskrift som kom for snart et år siden. Det har vært arbeidet intenst med høringsforslaget på alle plan og den endelige fastlegeforskriften fra departementet forelå nå i slutten av august. Legeforeningen har gjort en meget stor – og profesjonell – innsats. De fleste allmennlegene er nok etter hvert klar over at mange av de urimelige kravene som var foreslått, nå er fjernet. Legeforeningen og AF sentralt har jobbet intenst med departementet, og lagt stor vekt på samarbeid. Likevel har det samtidig har vært forberedt konflikt dersom det endelig resultat ikke skulle bli akseptabelt. Fastlegeaksjonen har vært med på å sette dagsorden, og gitt betydelig moment til de sentrale partenes arbeid. Legeforeningen var svært uenig i at såpass mange detaljer omkring en fastleges praksis skulle styres gjennom en forskrift. Allmennlegene er private næringsdrivende, og har risiko og ansvar for egen virksomhet på en helt annen måte enn ordinære ansatte. Pasientene velger fritt den fastlegen de ønsker. Myndighetenes mulighet for styring ut over nasjonale faglige krav, er derfor begrenset. Heldigvis er resultatet blitt helt annerledes enn den opprinnelige forslaget, men fortsatt er det store krav og utfordringer for oss allmennleger.

Kvalitet, kompetanse, kapasitet?

Flere av de opprinnelige paragrafene er fjernet, og selve forskriften er redusert fra nesten 20 til 9 sider. Forskriften sier fortsatt

ingenting om en faglig og kapasitetsmessig opptrappingsplan for fastlegeordningen. Det er ingenting å lese om det forventede kravet om at allmennleger skal være spesialister i faget, og heller ingenting om andre viktige kvalitetskrav.

Hva er fjernet? Kravet om at alle fastleger skal kunne håndtere 1500 pasienter er heldigvis borte. Det samme er paragraf 7 som omhandlet kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten. Det er vel neppe bra? Kommunens ansvar er nå redusert til et «sørge for ansvar» og «legge til rette for». Paragraf 19 der fastlegen skulle ha en totaloversikt over sine pasienters alle sykdommer og lidelser ville være et svært omfattende arbeid som ikke nødvendigvis var ønskelig verken for pasient eller lege, og dette er også redusert til å «søke å ha oversikt over» og «vurdere nødvendigheten av osv».

Legevakt

Legevakt, som er en meget viktig del av primærhelsetjenesten står fortsatt på stedet hvil, men en viktig endring her er alle leger > 55 år kan få fritak fra vaktteneste utenom arbeidstid. Dette vil sannsynligvis kunne skape store problemer for å få en vaktturnus til å gå opp i mindre kommuner uten interkommunal legevakt, og er en vesentlig bedre ordning enn f.eks legene i sykehus har. Er dette hensiktsmessig? Jeg regner i så fall med at sykehuslegene har sterke kort på hånden i neste hovedoppgjør.

Tilgjengelighet

Paragraf 23 i forslaget om tilgjengelighet av fastlegen var helt urealistisk, men er fortsatt en utfordring slik den nå foreligger. I paragraf 21 er det krav om 2 minutters responstid på telefon (for 80% av telefonene) og 5 arbeidsdagers ventetid for konsultasjon, vel

og merke under normale forhold. For mange allmennlegekontor vil det bli en utfordring å klare å redusere ventetiden til 1 uke i løpet av noen høststuser. Mange allmennleger vil nok kunne ønske at lignende krav ble stilt til noen av våre viktigste samarbeidspartnere. Hva er forresten «normale forhold»? Er ferie normalt? Eller obligatoriske kurs av en ukes varighet? Eller hva med de av oss som er tillitsvalgte i Legeforeningen? Hvem skal betale min vikar for å holde ventetiden nede? Trømsø kommune?

Hva nå?

Alle allmennleger må snarest lese denne forskriften, det er nå også kommet merknader som kan være oppklarende på noen punkter, se www.lovdatab.no hvor du finner både forskriften og merknadene. Velg forskrifter – nasjonale – og søk deretter etter «fastlege» og fastlegeforskriften av 290812 kommer opp. Merknadene kommer nederst. Legeforeningen og KS forhandler nå både rammeavtalen og særavtalen, så her er det bare å følge med på Legeforeningens nettside. De skal også forhandle om sanksjonsmulighetene dersom fastlegene bryter forskriften, men denne forhandlingen har heldigvis 2 års frist på å komme til enighet. Ny forskrift gjelder fra 1. januar 2013. Lykke til!

VED JERNMANGEL OG JERNMANGELANEMI



Å finne et jernpreparat som tåles bra er ikke lenger et spørsmål om flaks...

NIFEREX®



Niferex «Schwarz Pharma»
Jernpreparat.

ATC-nr.: B03A A03

KAPSLER, harde 100 mg:

Hver enterokapsel inneh.: Ferroglysinulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe²⁺ 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff: (gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171))

Indikasjoner: Jernmangel.

Dosering: *Voksne og barn over 6 år:* 1 enterokapsel daglig. Ved mer utpreget jernmangelanemi kan voksne og ungdom over 15 år eller som veier minst 50 kg øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. Maks daglig dose 5 mg/kg kroppsvekt. **Enterokapslene må svelges hele uten å tygges sammen med 1/2 glass**

vann. Enterokapslene inneholder granulater som kan tømmes ut og svelges med rikelig vann. Niferex bør ikke tas samtidig med mat. Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernreservene i kroppen. Barn under 6 år bør ikke bruke preparatet uten anvisning fra lege.

Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Haemochromatose og andre tilstander med jernoverskudd.

Forsiktighetsregler: Jernpreparater kan forårsake forgiftninger, spesielt hos barn. Spesiell forsiktighet må utvises hvis annet kosthold og/eller jernsalttilskudd brukes. Spesiell forsiktighet må også utvises ved bruk av Niferex hos pasienter med

hemolytisk anemi, hemoglobinopati, myelodysplasi og ved tilstander med forstyrrelse i opptak eller lagring av jern.

Interaksjoner: (I: B03A A jern II-verdig, orale preparater)

Graviditet/Amming: Ingen kjente risikoer.

Bivirkninger: Gastrointestinale bivirkninger som diaré, forstoppelse, plager i øvre delen av maven, halsbrann og brekninger kan forekomme. Frekvensen øker med økende dose. Til de sjeldne bivirkningene hører eksantem. Avføringen kan få en mørk farge.

Overdosering/Forgiftning: (F:37 d jerntabletter).

Egenskaper: *Klassifisering:* Toverdig jernpreparat. *Absorpsjon:* Enterokapslene inneholder granulater som er uløselige i mavesaft. Selve ente-

rokapselen løses opp i maven. Granulatene holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysinulfat raskt. Hos pasienter med tørre jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95 % av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse.

Pakning: 50 stk.

Representant i Norge: Jan F Andersen A/S
Postboks 1132 Flattum, 3503 HØNEFOSS
Tlf.: 61 31 49 49, Faks: 61 31 49 50



JAN F. ANDERSEN A/S

LEGEMIDLER - INSTRUMENTER

Helse Finnmark vil sikre sykestuene i Finnmark

Tilsvar til saken "Frykter nedbygging av sykestuene i Finnmark" i Doktor i Nord 2-12

I siste nummer av Doktor i Nord er Fungende Kommuneoverlege Kenneth Johansen intervjuet om sykestuene i Finnmark hvor han uttrykker bekymring for at Helse Finnmark ønsker å bygge ned sykestuene i fylket. Helse Finnmark oppfatter sykestuene som sentrale grunnpilarer i den samlede helsetjenesten i Finnmark og vil aktivt arbeide sammen med kommunene for å sikre fremtidig finansiering av disse. I tillegg ønsker vi samtidig å være en aktiv medspiller i utviklingen av kvaliteten på denne tjenesten. I arbeidet med utforming av tjenesteavtalene og i de direkte forhandlingene med hver enkelt kommune, har vi klart kommunisert dette overfor KS og kommunene. Helse Finnmark har blitt enig med Alta kommune om at vi, på grunn av befolkningmengden i Alta skal samarbeide om finansieringen om ytterligere to sykestueplasser i årene framover. I sum vil vi da samarbeide om 11 sykestueplasser. Som sentral aktør i helsevesenet i Alta kommune, er selvfølgelig Kenneth Johansen klar over dette. Helse Finnmark har alle intensjoner om å bidra til utviklingen av sykestuemedisinen i Finnmark.

Sykestueprosjektet i Finnmark har vært et prøveprosjekt i perioden 2008 – 2011 med egen finansiering, innsamling av pasientdata og gjenstand for kontinuerlig refleksjon i prosjektgruppe og styringsgruppe. I forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen ble prosjektperioden avsluttet den 31.12.2011. Helse Nord var den viktigste pådriveren

til at det pågående spleiselaget mellom 16 sykestuekommuner, HOD, Helse Nord og Helse Finnmark ble sikret ut 2015 idet Samhandlingsreformen introduserte en ny 3-delt finansieringsmodell gjennom kommunal medfinansiering, finansiering av utskrivningsklare pasienter og øhj's – plasser. Alle helseforetakene i Helse Nord er trukket i sine budsjetter tilsvarende ny finansieringsmodell, inkludert Helse Finnmark. Disse midlene har blitt delt ut igjen til kommunene.

Helse Finnmark mener, gjennom en løpende analyse av data fra Sykestueprosjektet, at sykestuene i Finnmark har tatt ut potensialet i forhold til å definere hvilke pasienter som er egnet for de nye øhj's – plassene som skal etableres i alle kommuner innen 2016. Det gjenværende potensial er avgrenset til vertskommunene for sykehus som i dag ikke har slike intermediære sengeplasser.

Sykestueprosjektet i Finnmark har vært en modell for resten av landet. Når Alta Kommune og Helse Finnmark sammen søker HOD om å finansiere disse plassene, vil Helse Finnmark trekke ut nåværende andel av ø-hjelpsfinsieringen idet disse midlene nå vil komme fra HOD (og senere KR D – Kommunal – og regionaldepartementet). Det er ikke urimelig, etter vår oppfatning idet vi ikke kan finansiere disse plassene to ganger.

Slik vi har forstått Kenneth Johansen, mener han, at de nye øhj's – midlene er myntet på en helt ny gruppe pasienter som i dag ikke finnes på sykestuene. Basert på de data som er

samlet inn gjennom prosjektet, og som nå er samlet i en egen rapport fra SKDE – Senter for Kliniske Dokumentasjon og Evaluering, finner vi ikke holdepunkter for dette. Jeg oppfatter derfor at vi har en saklig uenighet på dette punktet. Den saklige uenigheten bidrar uansett ikke til en dårligere finansiell situasjon for Alta Kommune, snarere tvert imot i 2012.

Helse Finnmark er av den klare oppfatning at utviklingene av sykestuene i Finnmark generelt og Alta spesielt, på ingen måte truer Klinikk Hammerfest sitt pasientgrunnlag. I rapporten om helsetjenester for syke eldre, laget av en ekspertgruppe nedsatt av HOD under ledelse av Professor Ivar Aaraas fra november 2010, konkluderes det med at det ikke vil bli mindre behov for sykehusinnleggelses i årene fremover, selv om det etableres nye senger i norske kommuner i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Helse Finnmark har ambisjoner om at Klinikk Hammerfest skal fortsette å utgjøre grunnmuren i den somatiske spesialisthelsetjenesten i fylket og føler oss overbevist om at befolkningen i Alta vil støtte opp om dette.

*Hans Petter Fundingsrud
Adm. direktør*

Vårkurset om etikk og jus

Finnmark Legeforening arrangerer vårkurs på Thon hotell i Kautokeino 14-16 mars 2013. Tema for kurset er Medisinsk etikk og jus. Hverdagen til en lege består ikke bare av rent medisinske problemstillinger. Mange situasjoner krever, i tillegg til godt faglig skjønn, en god dose etikk og

noe kjennskap til jus. Alle leger opplever fra tid til annen situasjoner der disse blir satt opp mot hverandre. Noen ganger kan slike utfordrende situasjoner løses gjennom støtte i regelverk, andre ganger føler man kanskje at moralen settes på prøve. Spennet er vidt, fra utfordringer i forhold

til aldersgrense for forskrivning av prevensjon til unge jenter, behandling ved livets slutt, taushetsplikt, legen som sakkynndig, førerkort, meldeplikt og så videre. Vi ønsker også å bringe medisinsk filosofi inn som et tema i kurset. Utfordrende, men spennende kurs med andre ord!

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

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: annefage@online.no

Fastlege Oddgeir Skoglund Gravdal,
Tlf. 922 94 489
E-post: oddgeir.gravdal@gmail.com

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,
Målseiv helsecenter, 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

Finmark:

Kommunelege Marie Tveit,
Tana helsecenter,
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 legekontor, 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

Årsmøtet 2012 i Troms Legeforening

Av Hanne Frøyshov og Jo-Endre Midtbu

Årsmøtet

Årsmøtet ble holdt på Rica Ishavshotell i Tromsø den 15. juni med omkring 75 medlemmer og inviterte gjester tilstede.

Leder redegjorde for årlig melding, som viste rundt 1063 medlemmer ved årsskiftet 2011/2012 (rundt 1200 i skrivende stund) i tillegg til rundt 450 studentmedlemmer. Styret hadde behandlet 73 saker i fjor, derav en rekke høringssaker. Styret har i perioden vitalisert sin egen kurskomite, og har mottatt henvendelser og ytt bistand vedr. lokale forhold, råd og bistand i lokale forhandlinger, konflikter m.v. Styremedlemmer og tillitsvalgte har lagt ned et omfattende arbeid i lokalt tillitsvalgtarbeid og forhandlinger. Troms legeforening arrangert Trinn-1-kurs for sykehusstillitsvalgte på Sommarøya i september 2011, som var godt besøkt. TLF støtter tiltak for studentene i fylket i den grad økonomien tillater det og formålet er godt. Styret vedtok høsten 2012 å etablere et tilbud til eldre leger i fylket og Sigurd Sparr har påtatt seg ansvar for å dra i gang dette (se egen sak). Turnustjenesten for leger har vært en viktig sak og mange av medlemmene og Troms legeforening har tatt flere initiativ for å påvirke utformingen av den fremtidige tjenesten. Høsten 2011 var samsamlingsreformen og etter hvert fastlegeforskriften viktig tema i flere styremøter, og TLF var godt representert i ulike utvalg i den forbindelse. Styret har i 2011 knyttet til seg egen sekretær og web-ansvarlig. Årsmøtet hadde en diskusjon omkring medlemsbladet, i forhold til bladets nytte, kostander og innhold. For styret har det vært viktig å jobbe med kostnadsprofilen til bladet, redaktøransvaret og å bidra med

innhold til bladet. I diskusjonen som fulgte kom det frem at en del medlemmer fremdeles ønsket bladet i den formen det hadde i dag, men budsjetterte utgifter til medlemsblad ble kraftig redusert. Styret fikk i oppgave å løse ønsket om informasjonsflyt til medlemmene om lokale saker på best mulig måte. Under budsjettdebatten for 2013 viste styret for øvrig til en rekke tiltak for å få økonomisk kontroll og samtidig øke medlemsaktiviteten. Budsjettert årsunderskudd for 2013 ble 120 000 kr (mot vesentlig større tidligere år). Årsmøtet besluttet å opprettholde den årsmøtevedtatte tilleggskontingenten på kr 200 per medlem.

Årsmøteseminaret

President Hege Gjessing og Professor Torgeir Bruun Wyller, OUS, innledet til debatt om ledelse i sykehus. Sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen var også invitert, men valgte å melde avbud dagen før årsmøtet. Debatten belyste mange viktige sider ved ledelse i sykehus. Det var fokus på leger som ledere, åpenhet og deltagelse i den offentlige debatten. Det var mange gode innspill fra kollegene i salen som blant annet belyste at mange opplever et faretruende tap av engasjement og motivasjon blant ansatte og ledere på lavere nivå. Flere tok til orde for at lavere takhøyde i UNN de siste åra er en direkte trussel mot sunn utvikling av vårt sykehus.

Årets Tromsdoktor

Jan Due, urolog, endokrin- og mammakirurg og nestor i kirurgi på UNN. Han ble kåret til årets Tromsdoktor blant annet for sitt mangeårige engasjement for lokal medisinsk historie. Mange kull av studenter har opplevd han



Jan Due årets Tromsdoktor.

som engasjerende underviser og eksaminator med høye krav. Pasienten har hele tiden vært hans fokus.

Due takket ved å holde et kort foredrag for årsmøtet som inneholdt både hormoner og Nordnorsk medisinsk historie, og opplyste de fremmøtte om hvordan Tromsø trolig har gått glipp av en nobelprisvinner i medisin.

Årsmøtemiddagen

Årsmøtet og seminaret ble etter-

fulgt av en hyggelig middag for alle deltagere, på restauranten De 4 roser i Tromsø. Som vanlig ble middagen akkompagnert av «helt sanne» historier og noen tørrvittige, velformulerte betraktninger om både det å være lege og om livet generelt. Våre gjester sørfra virket åpenbart begeistret for den høye stemningen, og styret var åpenbart stolt. Kollegiet bes forberede seg på neste årsmøte allerede nå.

Helse Nord



Hans Petter Fundingsrud
Adm. direktør
Helse Finnmark

Legeledelse - med stor og liten L

Sykehusene bør ledes av leger som jobber med pasienter. Helse handler om noe nært og personlig, om liv og død, om smerter og ubehag. Helse er noe vi alle har en mening om. Derfor er det også politisk krutt. Valgkampen foran neste års Stortingsvalg har startet.

Problemene i Osloregionen benyttes fra politisk hold, fra Legeforeningen og fra toneangivende leger på Østlandet til å argumentere for at foretaksmodellen er feil. Det er en avsporing å utelukkende legge skylda på spesialisthelsetjenestens organisering når oppslag i media skal forklares. Jeg mener at foretaksmodellen har vært et gode for spesialisthelsetjenesten i Nord – Norge. Men ennå viktigere enn hvordan vi er organisert, er kanskje hvordan vi utøver ledelse.

Etter lang tid med ”todelt enhetlig” ledelsesmodell hvor avdelingssykepleiere og avdelingsoverleger har ledet side om side, lyste Helse Finnmark nylig ut 10 nye avdelingslederfunksjoner/stillinger, 5 på hvert sykehus. Kun tre leger søkte disse. Det er et tankekors. Mitt inntrykk er at økonomistyring og det fremvoksende ”revisjonssamfunnet» ikke nødvendigvis fremmer legenes lyst til å innta lederposisjoner. Å være mellomleder som lege er en krevende øvelse, men ikke umulig. Redselen for å fjerne seg fra faget, å lede autonome og utfordrende legekollegaer, for mange kontroll – og revisjonssystemer, mangel på formell autoritet og mangel på kontroll over egne ressurser er argumenter som går igjen når leger definerer seg bort fra lederrollen. Men disse utfordringene er fortsatt til stede selv om legene definerer seg bort fra lederrollen. Som medisinskfaglige rådgivere eller seksjons- og avdelingsoverleger vil de uansett prege gjennom sitt virke.

Dagens Medisin skriver 27. september at 35 av 55 toppledere i norske sykehus er enten lege eller sykepleier. Vi har tilstrekkelig med ”legeledere med stor L”, altså legene som går helt eller delvis ut av klinisk arbeid i en periode for å være ledere. Jeg savner flere seksjons – og avdelingsoverleger som arbeider pasientnært i den kliniske hverdagen. Jeg ønsker flere av de legene som deler sin tid mellom klinikk og ledelse. Jeg kaller de legeledere med liten L. Min holdning er at alle leger i kraft av sitt virke og posisjon utøver lederskap. Mange er bare ikke klar over det, eller ønsker ikke å se på seg selv som ledere. Kliniske problemstillinger blir stadig mer komplekse. Hvordan disse løses for den enkelte pasient, er et resultat av hvordan seksjonen eller avdelingen behandler pasienten i fellesskap mer enn et resultat av den enkelte leges kliniske ferdigheter. Gjennom opptreden i akutte medisinske situasjoner, er det ingen som stiller spørsmål om hvem som leder. Det er legen som leder. ”Lederskap med liten L” utøves på seksjons – eller avdelingsnivå. Lederoppgavene er sammensatte og består i å stake ut en kurs og ha en ambisjon for sin avdelingen, tildele oppgaver til de ansatte, evaluere innsats og læring og skape en kultur for pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. Kulturen skal også omfatte muligheten for å uttrykke uenighet, dele krevende pasientinformasjon og innrømme feil.

Snart kommer en ny nasjonal plattform for ledelse i helseforetak som dreier fokus fra klinikkjefnivå til førstelinjeledernivå. Den nye erkjennelsen er at det må være en god balanse mellom lederkrav på den ene siden og lederstøtte i form av lederutvikling og god og tilgjengelig styringsinformasjon på den andre siden.

Vi trenger flere legeledere til å lede i våre sykehus på mellomledernivå. De arbeider pasientnært, kjenner fagenes egenart og utvikling og de kan tegne en retning for virksomheten. For å oppnå at pasienten får med seg epikrisen i hånden når hun går ut sykehusdøra til beste for oppfølgingen hos sin fastlege, trenger vi flere inspirerende og positive legeledere.

Invitasjon til Høstkurset i Harstad 2012



Kjære kolleger!

Årets Høstkurset i Harstad arrangeres den 9. og 10. november i sykehusets auditorium.

På programmet står villmarksmedisin, adferdsforstyrrelser hos eldre, gynekologi, etikk, utviklingshemmede pasienter, ultralyd og palliativ behandling.

Se program på Troms Legeforening sine hjemmesider og kurskatalogen på nett.

Kurset er godkjent som 13 timers valgfritt kurs for videre- og etterutdanning for allmennleger.

Kursavgift er 2800 kroner (2500 kroner for kurs og 300 kroner for obligatorisk dagpakke).

Fredagskveld spiser vi tradisjonelt middag på "4 roser", ta gjerne med ledsager.

Påmelding ved kursstart.

Kurspåmelding med navn og adresse til hoestkurset@yahoo.no.

Hjertelig velkommen!

Hilsen

Høstkurskomiteen

Guri Heiberg, Hanne Frøyshov, Florian Praël



- > **univadis** er en gratis tjeneste fra MSD, eksklusivt for leger, som gir deg objektive og relevante nyheter og tjenester.
- > **univadis** samarbeider med anerkjente leverandører som BMJ Learning, Elsevier, The Lancet og Springer. Alt innhold leveres direkte fra våre leverandører som gir et mest mulig objektivt bilde av medisinske fagområder.
- > **univadis** gir deg tilgang til et stort medisinsk bildebibliotek, prisbelønte visuelle hjelpemidler som 3D anatomi, e-learning kurs, Merck Manual og direkte tilgang til online versjoner av medisinske tidsskrifter.
- > **univadis** gir deg oppdateringer fra de store internasjonale kongressene, de viktigste nyhetene, videointervjuer og rapporter med oppsummeringer fra kongressen.



Registrer deg på
www.univadis.no

univadis® er et registrert varemerke av Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, New Jersey, USA. Copyright © 1999-2012 Merck & Co., Inc.

MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00, msdnorge@msd.no, www.msd.no



system **x**

- Ett tastetrykk, en funksjon

Alt du forventer deg av et journalsystem!

eResept

Sysvak

NPR-rapportering

Røntgenrekvisisjon

Har-borger-frikort

Fastlegepasientlister

Dips Interactor

OSEAN

Den gode henvisning

PLO- meldinger

Kontakt oss for en uforpliktende demonstrasjon!



HOVE MEDICAL
SYSTEMS

demo@systemx.no

www.systemx.no

48 22 57 80

Returadresse:
Doktor i Nord
Mørkvedsenteret 17,
8028 Bodo



B - Økonomi

ID: Pain 12.70463

Vimovo™



naproksen/esomeprazol



AstraZeneca

AstraZeneca AS
Innspurten 15
Postboks 6050 Etterstad
0601 Oslo
Telefon: 21 00 64 00