

# FORUM FOR YNGRE LEGER

Nr. 4  
oktober  
2014

MAGASIN FOR YNGRE LEGERs FORENING



## Sunn vaktmat

Tips fra Berit Nordstrand på side 22-24

FAST JOBB I BOKS!

Side 6-7

SPESIALITETSSTRUKTUR

Side 8-9

HALVVEIS I STYREPERIODEN

Side 10-11

BILAGET: SPESIALISTSØKNAD

Side 13-16

Nr. 4. Oktober 2014

LEDER

# Fast jobb fra 1. juli 2015!

## Forum for yngre leger

Medlemsbladet for Yngre legers forening. Magasinet setter søkelys på helsepolitikk, fagpolitikk og yrkesetiske spørsmål og bringer stoff om turnustjenesten, spesialiseringen og stipendiattjenesten.

Vi ønsker å ha en utviklende dialog og inviterer våre lesere til å komme med synspunkter.

Ylfs styre er ansvarlig utgiver.

## Redaktør

Hanne Støre Valeur  
hannevaleur@gmail.com

## Layout

Stian Wendelborg  
stianwendelborg.com

## Annonser

Media-Aa Marketing  
Postboks 240, 1401 Ski  
T: 64 87 67 90/900 43 282  
arne@aamedia.no

## Design

torfinn.offernes.com

## Trykk

07 Gruppen

## Øvrige bidragsytere

Kjersti Hervik

Illustrasjon forside:  
Istockphoto/subjug

Redaksjonen avsluttet:  
28. september 2014

Dødlinje for nummer 5 i 2014:  
7. november 2014

Så er arbeidet med fast jobb endelig nådd den viktigste milepælen: Det er satt en dato for når det ikke lengre skal være anledning til å ansette leger i spesialisering i tidsbegrensede stillinger som ikke er vikariater i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Ikke bare forsvinner stillingene som egentlig skulle være på 4-6 år, men som stadig er blitt kortere, men dette bereder også grunnen for å rydde opp i all den ulovlige vikariatbruken vi ser i helseforetakene.

Det viktigste resultatet fra meklingen mellom Akademikerne og Spekter var en avtale som innfører faste ansettelser for leger i spesialisering fra 1. juli 2015.

Nå har vi fått på plass en struktur som gjør det mulig å føle seg trygg der en jobber, som gir eierskap til avdelingen en jobber i og som gjør det mulig å planlegge fremtiden.

På sikt vil leger i spesialisering ikke lengre tilbringe år etter år i kortvarige midlertidige ansettelser. Kortvarig midlertidighet helt innledningsvis i karrieren vil fremdeles være en realitet for oss som i andre yrker, men grunnlaget for å videreføre et arbeidsforhold basert på kortvarige ansettelser faller bort.

I tillegg til avtalen om faste stillinger, ble det oppnådd enighet på flere områder under meklingen. Spekter frafalt kravet om utvidelse av ordinær arbeidstid i tidsrommet 06-21. Vi har fått slått fast en prosess for oppsett av tjenesteplaner basert på faktisk aktivitet og tilgjengelig bemanning, hvor det også skal tas høyde for oppgaver som faglig fordypning, kurs, dokumentasjon, rapporteringer, samarbeid mellom helsepersonell med mer. Dette kan dere lese mer om i egen sak i denne utgaven av Forum for yngre leger.

Arbeidet med faste stillinger for leger i spesialisering er ikke over, men det går over i nye faser. I tiden frem til 1. juli 2015 skal vi sammen med arbeidsgiver jobbe frem gode samarbeidsavtaler og legge grunnlaget for gode individuelle utdanningsplaner som den faste ansettelsen skal baseres på. Etter 1. juli skal vi rigge oss for å følge opp at avtalen om faste ansettelser faktisk settes ut i livet i tråd med de premissene den er basert på.



Johan Torgersen  
Leder

[johan.torgersen@legeforeningen.no](mailto:johan.torgersen@legeforeningen.no)

# Ylf-kalenderen 4/2014

## 2014

### August

- 11. Tillitsvalgtmøte for Akademikerne OUS
- 11. Møte med konfliktberedskapsutvalget
- 11. Møte i Akademikerne helse
- 20. Møte i spesialitetsrådet
- 22. Styremøte Ylf
- 25. Ylf-leder møter styret i norsk kirurgisk forening
- 25. Møte i konfliktberedskapsutvalget
- 28. Ylf-lederdeltarpåseminarforlokalforeningene

### September

- 1. Møte med Helsedirektoratet om nytt turnusrundskriv
- 2. Møte konfliktberedskapsutvalget
- 3. Møte med kirurgisk utvalg om spesialitetsstruktur
- 4. Meklingsoppstart hos riksmekler
- 5. Møte med lokale konfliktberedskapsutvalg
- 8. Møte med Spekter om forhåndsavtaler i forbindelse med streik
- 11. Ylf-leder innleder til seminar om ultralyd i flere spesialiteter
- 11. Ylf-leder møter Torgeir Micaelsen, leder Aps helsefraksjon
- 12. Ylf-leder deltar på årsmøtet til Sogn og Fjordane Legeforening

- 15. Ylf-leder deltar på møte for Akademikernes tillitsvalgte ved St. Olav
- 16. Mekling hos riksmekler
- 23. Mekling hos riksmekler
- 23. Turnusrådmøte
- 24. Mekling hos riksmekler med frist ved midnatt

### Oktober

- 6.-10. Ylf-styrets arbeidsmøte
- 11. Ylf-leder deltar på Norsk medisinstudentforenings tillitsvalgtkurs
- 13. Møte i referansegruppen – prosjekt grunnutdanning
- 14.-16. Nord-Norgeseminar
- 16.-18. Lokalt tillitsvalgtkurs for Troms og Finnmark
- 29. Møte i Akademikerne helse
- 29. Spesialitetsrådet

### November

- 3. Lokalt tillitsvalgtmøte OUS
- 5.-7. Arbeidsmøte Akademikerne helse
- 12. Møte Fond 1
- 17. Styremøte Ylf
- 18.-20. Ylfshøstkursfortillitsvalgteogtariffkonferanse
- 28. Helsepolitisk seminar Midt-Norge

### Yngre legers forening

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

#### Ylfs sekretariat

Kristin Krogvold, sekretariatsleder  
kristin.krogvold@legeforeningen.no

Charlotte Nielsen, konsulent  
charlotte.nielsen@legeforeningen.no

#### Styret

Johan Torgersen, leder  
johan.torgersen@legeforeningen.no

Marit Halonen Christiansen, nestleder  
marit.h.christiansen@gmail.com

Anja Fog Heen  
anjaheen@gmail.com

Marie Skontorp  
marieskontorp@gmail.com

Ruth Foseide Flenning  
rutffth@hotmail.com

Heidi Johanne Espvik  
heidi.johanne.espvik@ahus.no

Tilde Broch Østborg  
tilde.ostborg@gmail.com

Øyvind Haugen Lie  
oyvlie@gmail.com

### INNHold

#### FAST JOBB I BOKS!

Legeforeningen/Akademikerne og Spekter kom til enighet etter en lang natt rundt Riksmeklerens bord. Ylf-leder og medlem av forhandlingsdelegasjonen, Johan Torgersen, oppsummerer resultatet av årets forhandlinger på [side 6-7](#).

#### SPESIALITETSSTRUKTUR

Hvordan skal fremtidens spesialister tilegne seg kompetanse og hvilken kompetanse trenger en spesialist i dag? Dette er blant de helt sentrale spørsmålene som både Helsedirektoratet og Legeforeningen har adressert i sine arbeider med spesialitetsstruktur de siste to årene. Les mer på [side 8-9](#).

#### HALVVEISRAPPORT FRA YLF-STYRET

Hva driver egentlig Ylf-styret med? Nestleder Marit Halonen Christiansen gir deg en oversikt over styrets arbeid det siste året på [side 10-11](#).

#### BILAGET: SPESIALISTSØKNADEN

Ingen blir spesialist uten å ha sendt inn de riktige papirene til Helsedirektoratet. Forum hjelper deg på vei på [side 13-16](#).

#### KIRUB-DAGERNA

Hvordan blir man kirurg i de andre skandinaviske landene? Kjersti Hervik deler sine erfaringer etter å ha deltatt på KIRUB-dagerne i Sverige på [side 20-21](#).

#### INTERVJU MED BERIT NORDSTRAND

Peanøttsmør, knekkebrød og banan eller bare en rask sjokolade til kaffen? Hva lønner det seg å spise på vakt? Dette og mer til har vi snakket med farmakolog og ernærings ekspert Berit Nordstrand om på [side 22-24](#).

#### DESSUTEN:

- 03 Leder
- 04 Ylf-kalenderen
- 12 Utskiftning i styret
- 17 Mitt funn: Ane Konglund
- 19 Streikerett i sykehusene
- 25 Yngre leger leser: Placebodefekten
- 26 Redaktørens hjørne
- 26 Sykehuspoesi
- 27 Riskhospitalet



Johan Torgersen

johan.torgersen@  
legeforeningen.no

## Fast jobb i boks!

Torsdag 25. september ble meklingen mellom Akademikerne og Spekter sluttført med aksept av fremlagte skisse hos Riksmekleren. Med det er Legeforeningens tariffforhandlinger også kommet til en ende i denne omgang.

**F**orberedelsene til oppjøret som nå er avsluttet startet opp allerede i fjor høst. Vi husker alle at Spekter sa opp overenskomsten med Akademikerne allerede i fjor høst, og Legeforeningen har siden jobbet systematisk med krav til og posisjon inn i forhandlingene. Selve forhandlingene startet opp i april 2014, da Akademikerne og Spekter møttes til de innledende forhandlingene om overenskomstens del A og A1 (sosiale bestemmelser).

12. mai startet Legeforeningens forhandlinger med Spekter om overenskomstens del A2. I disse forhandlingene hadde Legeforeningen med seg omfattende og viktige krav: Faste stillinger for leger i spesialisering, endret organisering av unntaket fra Arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid, krav om tilrettelegging for kompetanseutvikling, fagutvikling, pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid, og krav knyttet til mer forutsigbar oppsetting av tjenesteplaner.

### Arbeidstid

Et grunnleggende forhold som påvirket våre krav er det faktum at vi over de siste årene har sett en betydelig endring i arbeidsgivers praktisering av avtaleverket vårt. Arbeidsgiver har begynt å nytolke avtaleverket ensidig og innføre nye praksiser som vi mener ikke er i tråd med avtaleverket. Blant annet har arbeidstidsinnrettingen endret seg betydelig over de siste årene. For at norske sykehus skal kunne drives på den måten de drives i dag, er arbeidsgiver helt avhengig av at leger jobber langt ut over Arbeidsmiljølovens grenser for arbeidstid. Vi har avtalt høyere ukentlig arbeidsmengde, lengre arbeidsøkter og kortere hvileperioder. Legeforeningen har gjennom en spørreundersøkelse vist at Leger jobber ca 3200 årsverk ut over lovens grenser. Disse årsverkene er avgjørende for drift av norske sykehus.

Arbeidstid ut over lovens grenser er hjemlet i en avtale mellom Spekter og Legeforeningen (=vernebestemmelsene i A2). I en avtale er begge parter likeverdige. Det vil si at avtalen skal forvaltes gjennom samarbeid og enighet. Det betyr at den skal forvaltes kollektivt. Over årene har vi sett at arbeidsgiver i økende grad har tatt seg til rette innenfor grensen av vernebestemmelsene, på samme måte som de har anledning til innenfor lovens grense. Det er et overtramp som vi må reagere

på. I tillegg ser vi flere og flere steder at den kollektive tilnærmingen forlades fremfor et press mot enkeltindivider til å jobbe utover de kollektivt avtalte grensene vi har i dag.

Det var særlig diskusjonene rundt tillitsvalgte innflytelse på utvikling av arbeidstid som skapte problemer i forhandlingene. Spekter ville ikke akseptere at tillitsvalgte ute i sykehusene skulle ha medbestemmelsesrett på tjenesteplaner som var avhengig av unntak fra arbeidsmiljøloven. Helsefor-etakene gjennomførte en konsekvensanalyse av en situasjon hvor vi ikke lengre hadde unntak fra Arbeidsmiljøloven. De slo raskt fast at det ikke ville være mulig å drive sykehusene som i dag, men allikevel ville de ikke gå inn på reelle diskusjoner om samarbeid om arbeidstid – styring er eneste alternativ for dem.

### Brudd og mekling

I løpet av juni ble forhandlingene satt på pause. Vi kom ikke videre, avstanden var for stor. Gjennom sommeren var det kontakt mellom partene, og gjennom denne kontakten gikk vi grundig inn i arbeidstidskravene og analyserte dette slik at det ble helt klart for motpart hva vi mente. I august fant vi ut at Spekter ikke kom til å imøtekomme oss på grunnleggende krav om medbestemmelse på arbeidstid som ligger utenfor lovens grenser, og dermed ble forhandlingene formelt brutt 8. august.

Etter et brudd legger Riksmekleren ned forbud om arbeidsstans (streik eller lockout) og en starter forberedelser til mekling. Meklingen startet opp hos Riksmekleren 4. september, hvor en definerte noen problemstillinger som det skulle jobbes videre med i arbeidsgrupper. Blant disse var legers arbeidstid, men også arbeidstid for andre Akademikergrupper. 16. september møttes partene igjen for en oppdatering på arbeidet som var blitt gjort, hvilke fremskritt som var gjort og hva som gjensto av uenigheter.

23. og 24. september møttes partene igjen til avsluttende mekling i Riksmeklerens kontorer i Grensen i Oslo. Hva som skjer under selve meklingen, er taushetsbelagt. En meklings-situasjon er annerledes enn en forhandlingssituasjon. Under mekling skal mekleren finne ut hvor partene står fra hverandre, og så skal mekler prøve å finne nye svar på de utestående

forholdene. Mekleren utfordrer partene til å tenke nytt og til å bevege seg. I stedet for at to parter utveksler krav og snur og vender på ulike avtaleelementer, skal en i mekling finne sine tålegrenser og så skal mekleren sette dette sammen til en skisse. Meklerens skisse skal representere en løsning som begge parter kan leve med. Til slutt vurderer partene denne skissen. Skissen må vurderes opp mot alternativet: Streik med mulig løsning i tvungen lønnsnemnd. En streik er kostbar for begge parter, og utfallet av tvungen lønnsnemnd er svært usikkert for begge parter. I tvungen lønnsnemnd har begge parter mistet enhver påvirkning på resultatet.

Meklingen mellom Akademikerne og Spekter endte med aksept av fremlagte skisse av begge parter kl 1000 torsdag morgen den 25. september, etter mekling 10 timer på overtid.

### Resultat

Hovedtrekkene i skissen er som følger:

- forpliktende implementering av faste stillinger
- endrede prosesser for tjenesteplaner som bidrar til bedre vern
- partssammensatt arbeid om arbeidstid
- forsterket fokus på lokalt samarbeid
- legenes A2-avtale prolongeres, med unntak av at arbeidstid som ikke er vakt som hovedregel skal legges i perioden fra kl. 0700 – 1800 i ukens fem første dager
- kompetanseutvikling for overleger og legespesialister (rett til kurs)
- arbeidstidskrav for øvrige akademikerforeninger er frafalt
- et lønnsstillegg på linje med andre grupper i samfunnet

Faste stillinger for leger i spesialisering skal innføres fra seinest 1. juli 2015. Etter den datoen skal tidsbegrensning av stillinger kun forekomme i forbindelse med vikariater som er i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmelser og for stillinger avsatt til leger som trenger sykehustjeneste til spesialiteter utenfor sykehus (for eksempel allmenmedisin). 4, 5 og 6 årsstillingene blir en saga blott. Stillingene som nå er midlertidige blir ikke automatisk konvertert til faste, men alle nye utlysninger skal være av faste stillinger. Imidlertid vil det bli fullt mulig for de som nå har midlertidig ansettelse å søke på faste stillinger etter hvert som de lyses ut. Videre skal det etableres samarbeidsavtaler mellom helseforetak, slik at leger i spesialisering planmessig skal kunne få tjeneste på de institusjonene de trenger for å bli spesialist. Den enkelte lege skal ved inngåelse av arbeidsavtale om fast stilling få presentert en utdanningsplan som viser hvor og når de enkelte elementene i spesialiseringen skal gjennomføres.

For å innpasse faste ansettelser i tariffavtalene innføres en ny stillingskategori: Legespesialist. Legespesialiststillingen er en stilling som følger som en konsekvens av et fast ansettelsesforhold som lege i spesialisering og oppnås i det en er blitt spesialist. Legespesialiststillinger kan ikke lyses ut og en kan

ikke søke seg til slike stillinger. Dette understreker at legespesialiststillingen er en tariffmessig tilpasning til faste stillinger. I neste omgang kan legespesialisten søke seg til overlegestillinger på lik linje som leger fra andre sykehus.

Arbeidsbetingelsene til legespesialisten vil være lik overlegers, blant annet med rett til overlegepermisjon og rett til 10 dagers fri til kurs og konferanse. Legespesialisten vil heller ikke være underordnet overlegene. Det etableres en ny minimumslønn til legespesialisten som vil være 630 000 kr. Samtidig skal ingen legespesialister tjene mindre enn den LIS D lønnen som er avtalt lokalt ved det foretaket en jobber (dvs opptil ca 640 000 kr). Vi skulle ønske at denne lønnen lå nærmere overlegelønn, men det får vi ta i kommende oppgjør.

Det er også avtalt en prosess for oppsett av tjenesteplaner. I denne prosessen skal tillitsvalgte involveres på flere punkter. Det vil bli fokus på avdelingens aktivitet og hvordan en skal sikre bemanning som gjenspeiler aktiviteten. I tillegg har arbeidsgiver forpliktet seg til fordypning, fagutvikling, kurs, nødvendige møtepunkter, dokumentasjon, rapportering, samarbeid med annet helsepersonell, operasjonsdager, poliklinikk osv...

I tariffperioden skal det gjennomføres et partssammensatt arbeid om arbeidstid. I dette arbeidet skal en følge opp de momentene Legeforeningen tok inn i forhandlingene som gjaldt samarbeid om arbeidstid og nødvendigheten av likeverdighet når vår avtale om unntak fra Arbeidsmiljøloven skal anvendes. Gjennom dette arbeidet vil Legeforeningen følge opp at samarbeidsklimaet bedres og at inngåtte avtaler respekteres.

Legenes status som dagarbeidere videreføres uendret for alle legegrupper. Regelen om at 20 timer av det ukentlige arbeidet skal ligge innfor tidsrommet 07-17 i ukens fem første dager videreføres for alle. Spekter måtte også gi opp kravet om utvidet arbeidstid til tidsrommet 06-21. Imidlertid har Legeforeningen innrømmet en mindre utvidelse av dagarbeidet. I ny avtale vil arbeid som ikke er vakt kunne legges i tidsrommet 07-18. Mange steder har dette til nå vært begrenset til 07-17, men på flere foretak er allerede grensen kl 18 eller kl 19 om kvelden. I tillegg kan leger som ikke går vakt pålegges arbeid frem til kl 19 en gang pr måned. Uansett vil alt arbeid etter kl 17 vaktlønnes med 0,027% påslag på timelønn.

Under meklingen fikk vi også gjennomslag for et krav Legeforeningen har fremmet i mange sammenhenger over flere år: Fri for å reise på kurs eller konferanse. Nå er dette innført i A2 slik at alle overleger og legespesialister skal ha rett til inntil 10 dager fri til kurs og konferanser.

Lønnsoppjøret er også fullført og vi fikk en samlet lønnsvekst i tråd med frontfagmodellen på 3,3%. Lønnsstillegget etterreguleres fra 010114 på vanlig måte og vil omfatte faste lønns-elementer.





Johan Torgersen

johan.torgersen@  
legeforeningen.no

# Spesialitetsstruktur

Pasientenes behov endrer seg. Fagene våre utvikler seg. Kunnskapsmengden øker og den teknologiske utviklingen går i ekspressfart. Dette fører til at vi må revidere måten kompetanse er organisert på. I arbeidet med spesialitetsstruktur har vi jobbet med nettopp dette.

**H**vilke spesialiteter skal vi ha? Hvor skal grenseoppgangene mellom spesialitetene gå? Skal vi ha grenspesialiteter? Hvordan skal fremtidens spesialister tilegne seg kompetanse og hvilken kompetanse trenger en spesialist i dag? Dette er noen av de helt sentrale spørsmålene som både Helsedirektoratet og Legeforeningen har adressert i sine arbeider med spesialitetsstruktur de siste to årene. Dette er viktige spørsmål, men ikke de eneste.

Legeforeningens prosjekt om spesialitetsstruktur startet opp høsten 2012. Det var to hovedgrunner til dette. Tidligere arbeid med spesialitetsstrukturen avdekket at tiden snart ville være moden for en revisjon, og flere av våre fagmiljøer meldte at deres egen spesialitetsstruktur var gått ut på dato. I Norge er de kirurgiske og indremedisinske fagene organisert med en generell spesialitet i bunnen med grenspesialisering på toppen i alle fag. Det er fullt mulig å bare bli generell kirurg eller generell indremedisiner, men i dag er det knapt nok stillinger til disse. Utviklingen har endt med at nær sagt alle spesialister i disse fagene har en grenspesialitet, og i tillegg jobber flere og flere kun med grenspesialiteten sin. Flere i disse fagmiljøene fremhever også at ordningen med generell spesialitet og grenspesialitet er gått ut på dato. På den ene siden blir en ikke flink nok i grenspesialiteten når en må bruke tid på en generell spesialitet, og på den andre siden mister en sin generelle kompetanse når en kun jobber innenfor sin gren.

Samtidig har vi erfaringer med at dagens spesialisering løp ikke fungerer bra nok. Det er ustrukturert og det tar for lang tid å bli spesialist. Vi har også erkjent at en ikke er ferdig utdannet når spesialistgodkjenningen er på plass. I mange spesialiteter, om ikke alle, utvikler en ytterligere kompetanse tilpasset den funksjonen en skal fylle i tiden etter godkjenning. Legeforeningen har tatt konsekvensen av dette og foreslått opprettelse av flere kompetanseområder. Et kompetanseområde er en kompetanseramme som tilegnes etter spesialistgodkjenning og som sikrer at leger innfrir visse kompetansekrav innen avgrensede, men spesialitetsoverlappende områder, som for eksempel allergologi eller smertemedisin.

En rekke temaer og forslag er diskutert i dette arbeidet. Her presenteres en del av de viktigste forslagene som Helsedirektoratet har kommet med, og hva Legeforeningen mener om dette.

Ny tredelt spesialistutdanning  
Helsedirektoratet foreslår en ny tredelt spesialisering. Del 1 tilsvarende dagens turnustjeneste. Del 2 er en felles faglig plattform for spesialiteter som bygger på overlappende kompetanse. Del 3 er perioden hvor en skal tilegne seg spisskompetansen innen spesialiteten. Samlet varighet for alle tre delene foreslås å bli 6,5 år.

**Del 1:** Turnustjenesten ansees av de fleste instanser som et viktig steg på veien til å bli lege. Etter at turnustjenesten ikke lengre er et krav for å bli autorisert, ønsker Helsedirektoratet å videreføre en obligatorisk turnustjeneste som en del av selve spesialiseringen. Videre foreslås det også å innskrenke antall fag det er mulig å gjennomføre del 1 i. I dag kan leger ha turnustjeneste på for eksempel barneavdeling og anesthesiavdeling, men i det nye forslaget er det kun indremedisin, kirurgi og rus- og psykiatri som kan være med i del 1. Seks måneder allmenmedisin videreføres som tidligere.

**Del 2:** I denne delen av spesialiseringen er det tenkt at leger i spesialisering i fag som har felles kompetanse skal tilegne seg breddekompetanse. De tydeligste eksemplene på dette er de indremedisinske og kirurgiske fagene. I stedet for en generell spesialitet i bunnen, skal del 2 sikre at en skaffer seg nødvendig breddekompetanse gjennom tjeneste innen flere spesialiteter, før en går videre med spesialisering i ett fag. Det er lagt opp til at del 2 kan ha ulik varighet avhengig av hvilken spesialitet en skal spesialisere seg i. For indremedisinske fag er det foreslått tre år og for kirurgiske fag er det foreslått ett-til to år.

**Del 3:** I den avsluttende delen skal legen i spesialisering tilegne seg spisskompetansen innen en spesialitet. Avhengig av spesialitet vil denne delen vare ett-til to år.

Overgang fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter  
Helsedirektoratet foreslår at en utvikler ordningen med grenspesialiteter innen kirurgiske og indremedisinske fag. I stedet for å bli spesialist i generell indremedisin eller kirurgi og så bygge på en med en grenspesialitet, foreslår Helsedirektoratet at en begynner spesialisering i nye hovedspesialiteter som tilsvarende dagens grenspesialiteter. Med dette utvikler de ordningen med grenspesialiteter i sin helhet, og andre fag vil ikke få muligheten til å utvikle grenspesialiteter innen sitt fag. De

ønsker videre å utvikle generell kirurgi som spesialitet og overføre ansvarsområdene til de nye hovedspesialitetene. I tillegg foreslås det at gastrokirurgi overtar hovedansvaret for vaktkirurgien, og dermed blir den tyngste vaktbærende kirurgiske spesialiteten.

Generell indremedisin utvikles ikke, men foreslås utviklet til en ny spesialitet i mottaksmedisin og indremedisin. Denne nye spesialiteten skal ivareta økte krav til kompetanse i front, og også bidra til å sikre gode og hensiktsmessige forløp for pasienten videre i sykehuset.

Vaktkompetanse og vaktarbeid

Det foreslås at det i løpet av del 2 skal bygges opp generell vaktkompetanse i indremedisin. Med andre ord skal en være kompetent til å ha selvstendig vakt på generell avdeling allerede etter tre års spesialisering. Innen kirurgiske fag skal en ha oppnådd vurderingskompetanse etter del 2. Dette innebærer at en selvstendig skal kunne vurdere hvilke pasienter en kan ferdigbehandle ved det sykehuset en jobber på og hvilke som må sendes videre til sykehus med høyere kompetanse.

Kompetansetesting

Helsedirektoratet ønsker å innføre mer kompetansetesting. Med dette ønsker de å dreie vurderingen av legene i spesialisering over på faktisk oppnådd kompetanse fremfor oppnåelse av prosedyrekrav og tidskrav. Det er ikke spesifisert hvordan dette skal gjøres, men Helsedirektoratet hevder at de ikke ønsker å innføre en spesialisteksamen som sådan.

Felles kompetansemodul

Et annet forslag er innføring av en kompetansemodul som skal være felles for alle spesialiteter. Gjennom denne modulen ønsker Helsedirektoratet at alle leger skal sikres basal kompetanse innen blant annet ledelse, etikk, helseforvaltning, forskning og helserett.

Forskning og annen relevant tjeneste

For å kunne bruke mer av spesialiseringstiden på tjeneste innen spesialiteten, foreslår Helsedirektoratet at forskning ikke lengre skal kunne telle i spesialiseringstiden. De fleste spesialiteter har i dag mulighetene for å la inntil tolv måneder av tjenesten i faget erstattes med forskning. I dag er det mulig å få seks-til tolv måneder tjeneste fra en annen spesialitet tellende i tjenesten. Denne ordningen ønsker Helsedirektoratet å utvikle.

Universitetets rolle og nye pedagogiske verktøy

Helsedirektoratet fremhever at veiledningen er viktig under spesialiseringen og mener at en ved å forbedre veiledningen vil en kunne effektivisere spesialiseringsløpet. Universitetene er tiltenkt en ny rolle i ny spesialitetsstruktur, og skal få oppgaven med å utdanne og lære opp veiledere. Universitetene skal også

overta hovedansvaret for obligatoriske og nødvendige kurs i spesialiteten. Dette er en oppgave som Legeforeningen i stor grad besørger nå. Direktoratet ønsker også å ta i bruk nye pedagogiske verktøy som e-læring og simulatortrening.

Ylfstilbakemeldinger på den foreslåtte spesialitetsstrukturen  
Ylf er enige med Helsedirektoratet i at spesialistutdanningen trenger revisjon. I dag er spesialiseringsløpene for tilfeldige. I rollen som lege i spesialisering er det ikke spesialisering som står i sentrum, men drift. Ylf ønsker derfor velkommen at spesialiseringen i Norge settes under lupen.

Allikevel er Ylf kritiske til en rekke av forslagene til direktoratet. Å redusere spesialiseringstiden i en rekke fag er ikke forsvarlig. Ved å legge turnustjeneste inn i spesialiseringen samtidig som normert tid settes til 6,5 år, reduseres tiden tilgjengelig for å tilegne seg faktisk kompetanse innen spesialiteten. Dette er særlig relevant for de nye hovedspesialitetene innen kirurgi og indremedisin. Når det i tillegg er del 2 som i mange spesialiteter vil bli prioritert på bekostning av del 3, anser ikke Ylf det som mulig å oppnå nødvendig spesialitetskompetanse i løpet av de foreslåtte varighetene. Breddekompetanse er viktig både for utvikling av egen spisskompetanse og ikke minst for å kunne gi et tilpasset tilbud i befolkningen, men dette forslaget klarer ikke å ta hensyn til begge behov. Det er klart at en må tilegne seg mye kompetanse også etter at en har fått sin spesialistgodkjenning, men nivået på en spesialist må være så høyt at disse kan gjøre selvstendig arbeid på små og mellomstore sykehus.

Ylf støtter at en gjør om dagens grenspesialiteter til egne hovedspesialiteter. Det er nødvendig for at spesialistene skal kunne bli flinke nok innen eget fag. Dette er også i tråd med hva fagmiljøene selv mener. Men forslaget til Helsedirektoratet slik det foreligger nå svarer ikke godt nok på hvordan vi skal ivareta verken breddekompetanse eller spisskompetanse. Breddekompetanse er nødvendig for å gi helhetlig behandling til pasientene, og dette kan en gjøre tilgjengelig for helsefor-etakene på ulike måter.

Helsedirektoratet foreslår å opprette en egen spesialitet i indremedisin og mottaksmedisin. Ylf mener at en i stedet burde satse på den generelle indremedisineren. En generell indremedisiner vil ha kompetanse til å håndtere oppgaver og roller på mange sykehus ved mange ulike avdelinger. I tillegg vil en generell indremedisiner ha et godt grunnlag å utvikle ytterligere kompetanse, som for eksempel tilpasset kompetanse for arbeid i akuttmottak.

Dette er bare noen av innsigelsene Ylf har til Helsedirektoratet. Vi anbefaler alle å gå inn på våre nettsider og lese vårt høringssvar om spesialitetsstruktur. Der går vi i detalj inn på flere mangelfulle og kritikkverdige forhold i Helsedirektoratets forslag. Denne saken vil påvirke hvordan vår situasjon vil utvikle seg de neste årene og er vel verdt å sette seg inn i!



Marit H. Christiansen

marit.h.christiansen@gmail.com

## Halvvegsrapport frå styret

Styret går no inn i sitt andre år, og vi syns det er på sin plass med ei kort oppsummering av kva vi har jobba med. Noko har de kanskje sett Ylf-leiar Johan Torgersen omtale i media, men det høyrer jo heime her òg.

**K**var periode vert det laga eit arbeidsprogram, der landsrådet avgjer kva styret skal jobbe med. I tillegg kjem sjølv sagt det generelle: Ylf har som særskilt oppgave å arbeide for medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår samt medlemmenes faglige interesser.

Hausten i fjor var dominert av saka om fast jobb. Det starta med eit ekstraordinært landsrådsmøte i august 2013. Det vart fatta vedtak om å bruke pengar på dette, noko som har medført at nestleiar (u.t.) for ein periode har vore frikjøpt 50% for å drive Ylf-arbeid.

Saka der ein lege i spesialisering krevde fast ansettelse, kom opp for høgsterett, og retten konkluderte med at legar i spesialisering er «praksisarbeiderar». Vi er mange som kjenner at merkelappen svir, og at den må endrast. Arbeidet for fast stilling held fram med uforminska styrke, og er òg tema i årets forhandlingar.

Valet førte med seg ny regjering, og ny med det ein ny helseminister. Forslaget om å innføre reservasjonsmoglegheit for fastlegar engasjerte mange av oss, og for fyrste gong gjekk Ylf til det skritt å sende ut ei spørjeundersøking blant medlemmane. Dette danna grunnlaget for høyringssvaret frå Ylf.

For dei som syns de har fått mykje spørsmål; Legeforeninga har òg gjennomført ei undersøking om arbeidstid og arbeidstilhøve. Ikkje overraskande avdekka dette at det vert arbeidd 3280 årsverk ut over avtalt arbeidstid, 812 av desse er ubetalt arbeid...

I tillegg har vi fått fram at mange legar har latt vere å sei til om tilhøve dei «ellers ville sagt fra om» fordi dei ikkje har fast jobb. Spørsmålet er om dette er eit gode, og i så fall for kven? Vi treng fleire legar, i faste stillingar. Det er desse som tør sei ifrå, og som gjer sjukehusa til ein betre plass for pasientar og kollegaer.

Styret har i tillegg til arbeidsprogrammet sett behov for å få ein meir uttalt politikk på kvalitet. Vi arbeider difor med eit policydokument om kvalitet, særskilt med fokus på utdanning. Eit element ved kvalitet i sjukehusa, er at vi òg treng legeleiarar – legar som vil leie og som kan faget. Ylf deler kvart ut leiarstipend, og det er gledelig at det er mange søkjarar som fyller vilkåra og mottek midlar.

Eit tema som har vert arbeidd med gjennom heile året, er spesialitetsstruktur. Johan Torgersen har i tillegg til å vere leiar av Ylf, vore leiar av Legeforeninga si gruppe som utreder dette. Helsedirektoratet har arbeidd med dette parallelt.



Ylf-styret 2013-2015: Bak frå høgre: Hanne Valeur (redaktør), Heidi Espvik, Jens Kristian Lind Larsen (til jun 2014), Marit Halonen Christiansen (nestleiar), Kristin Krogvold (sekretariatsleiar). Fremst frå høgre: Tilde Broch Østborg, Ruth Foseide, Johan Torgersen (leiar), Anja Fog Heen, Marie Skontorp.

I fyrste omgong var dialogen god, i andre omgong har det vore litt vanskeligare å komme til. Forslaget er no på høyring, og kan altså bli endra, men stikkord er ynskjet om raskare spesialisering. Dei fleste greinspesialitetar ser ut til å bli hovudspesialitetar. Uroa frå fagleg hald er at det ligg an til å bli smalare enn no: Det er foreslått at korkje forskning eller «anna relevant teneste» skal kunne tellas med til spesialiteten.

Eit tilbakevendande tema er diverre arbeidet med diskriminering. Særskilt kvinnelege LIS som blir gravide er i ein sårbar situasjon. Ylf har jamnleg slike saker for Likestillingsombodet (LDO). Siste avgjerd så langt var i april 2014, der ombodet uttalar at sjukehuset har brote likestillingslova ved å la vere å forlenge vikariatet hennar, og ikkje legge til rette under graviditet. Det har vore presseoppslag, og Ylf har i etterkant hatt møte med LDO for å drøfte diskriminering i arbeidslivet.

Er dette alt?

Sjølv sagt ikkje. Det er mykje arbeid som går kontinuerleg. Ylf er til dømes representerte i mange utval, som favner vidt og bredt: Frå fond I og III, i nemd for kjøp og sal av fastlegepraksis, til Turnusrådet. Styremedlem Anja Fog Heen er no leiar av Turnusrådet.

Leiar og nestleiar sit i Legeforeninga sitt sentralstyre, som i tillegg til møter ca ein gong per månad, medfører kurs, konferansar og møteverksemd i nesten heile landet. Det er ein god måte å bli kjent med folk på – vi set pris på å få saker meldt inn, men det er alltid enda lettare om ein faktisk er der ute på sjukehusa!

Vi har òg internasjonalt samarbeid: NRYL som samler nordiske yngre legar, og EJD (European Junior Doctors) som favner heile Europa. Styremedlem Tilde Broch Østborg er òg styremedlem i EJD.

Styret er redaksjonskomité for Forum som du no held i handa, og kurskomité for Haustkurs og Årsmøteseminar. (Tidlegare hadde vi haustkurs, tariffkonferanse og årsmøte, men strukturen er forsøksvis endra etter innspel frå tillitsvalde.)

I tillegg uttaler Ylf seg i interne høyringar i Legeforeninga. Dette er praktisk politikk – kva gavner våre medlemmar? Det er til tider mange og lange høyringar. Dei enkelte styremedlemmane førebur då høyringar, og skriv dei ferdig i samarbeid med sekretariatet, etter diskusjonen i styremøtet. Høyringsvara skal kunne lesast på heimesida vår.



# Utskiftning i Ylf-styret

Jens Kristian Lind-Larsen går ut av Ylf-styret etter ett år og erstattes av Øyvind Hauge Lie.



## Jens Kristian Lind-Larsen

Jens ble valgt inn i Ylf-styret våren 2013 og har sittet i styret ett år. Jens har lagt ned en formidabel innsats for Ylf – først som mangeårig tillitsvalgt ved Sykehuset i Østfold og nå siste året også som styremedlem. Jens har bestemt seg for å skifte beite, og begynte i en fastlestilling for sommeren 2014. Vi takker Jens for alt han har bidratt med i Ylf og ønsker han lykke til videre som allmennlege.

Heldigvis har vi flinke varaer som trår til når Ylf-styret må suppleres underveis i en styreperiode. Nå får vi Øyvind med på laget!

## Øyvind Hauge Lie

Alder: 31 år

Arbeidsplass: Sykehuset Innlandet, divisjon Gjøvik, Avdeling for indremedisin. B-gren Hjertesykdommer.

YLF-bakgrunn og andre kvalifikasjoner: Tillitsvalgt på alle nivåer de siste fem år. Sittende Foretakstillitsvalgt i Sykehuset Innlandet, og Ylf-delegat til Regionsutvalget Helse Sør-Øst. Nylig abdisert som Styremedlem i Oppland Legeforening.

Områder som engasjerer meg spesielt: Utdanning og spesialisering. Vår profesjonelle hverdag skal være åpen for faglig og legelig vekst.

Mitt største forbilde: Madammen, Lillebror og enda flere til inspirerer meg til å jobbe hardt for bli det beste jeg kan bli. Hva mer kan man be om?

Dette gjør jeg på en fridag: Tidlig opp. Tar meg god tid før jeg drar med meg en sykkel og godt selskap på fjellet. Senere graver jeg litt i hagen, fikser god mat og hører på hiphop fra 90-tallet. God stemning. Tidlig i seng.



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/NEUSTOCKIMAGES

## Veien til spesialistgodkjenning

Satt på spissen er vel meningen med livet som lege i spesialisering å bli spesialist en gang. Lenge virker det som noe som en knapt kan skimte i framtiden, men plutselig en dag er tiden inne for å samle sammen all nødvendig informasjon og sende avgårde søknad om spesialistgodkjenning til Helsedirektoratet (Hdir). Mange av oss synes prosessen med å skrive spesialistsøknad er komplisert, og de forskjellige spesialitetene har forskjellige krav til dokumentasjon. Mye er allikevel likt. Her kommer en oversikt som vi håper kan gjøre prosessen lettere.

Samle nødvendig informasjon fortløpende.

Noe av det som tar mest tid når man skal skrive søknad, er å finne alle papirer som er nødvendig som dokumentasjon. Hvor har man gjort av alle kursbevisene? Har jeg fått alle underskrifter? Har jeg nok tellende tjeneste? Hvordan var det med disse prosedyrene – er jeg sikker på at jeg har fått gjort alt? Det enkleste er å lage seg en mappe allerede fra første dag i spesialisingsløpet, hvor man samler alt som kan tenkes å bli nødvendig dokumentasjon. Dette forutsetter at man tidlig i spesialisingsløpet setter seg inn i hva som er nødvendig for å bli spesialist i det aktuelle faget. Gjør dette sammen med veilederen din.

Les veiledningen!

Helsedirektoratet har egne nettsider med informasjon om hvordan vi skal gå fram for å skrive søknad. Søknaden kommer med

en veiledning, les denne! I selve søknaden er det listet opp hvilke vedlegg som må sendes inn. Følg denne – da er sjansen minimal for å glemme noe. Dersom du skal søke om både hoved- og grenspesialitet samtidig, må du sende inn to søknadsskjemaer. <http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/gebyr/Sider/default.aspx>

Papirsøknad eller elektronisk

Søknaden kan enten sendes inn elektronisk eller på papir.

Papir

Søknaden finnes som en pdf-fil på Hdir sine sider (<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Documents/soknadsskjema-lege.pdf>) Denne lastes ned, skrives ut og fylles ut med kulepenn. Søknaden er fem A4-sider.

Rubrikkene er små og kurstitlene lange, så det kan være lurt å lage en kladd før man skriver søknaden som skal sendes inn. Husk signatur på siste søknadsside! Det kan være lurt å ta kopi av hele søknaden til seg selv, man får den ikke i retur. Selv om det ikke er nødvendig, sender noen papirsøknaden rekommandert for å være helt sikker på at den ikke forsvinner på vei til Hdir.

#### Elektronisk

På Helsedirektoratets nettsider finner du en link til elektronisk søknadsskjema. Du må logge deg inn via altinn.no. Her kommer noe informasjon opp automatisk, men det meste må fylles inn. Kontroller at den automatisk utfylte informasjonen stemmer. Det elektroniske søknadsskjemaet inneholder obligatoriske felter som må fylles ut. Dersom disse ikke er utfylt, vil det ikke være mulig å sende inn skjemaet. Du må selv sørge for å registrere alt av tellende tjeneste og kurs. Kravene varierer fra spesialitet til spesialitet, og den elektroniske løsningen vil ikke fange det opp om noe mangler i denne delen. Den elektroniske søknaden teller nøyaktig hvor mange måneder og dager du har arbeidet ut fra det som fylles ut, og dermed slipper du selv å sitte og finregne. Skriv inn datoer med tall, ikke bruk kalenderen – da blir det mye klikking for å komme bakover i tid.

Det er bare mulig å legge ved ti vedlegg gjennom altinn.no. Dette kan være litt forvirrende. Et vedlegg i altinn.no er en fil, og en fil kan inneholde flere vedlegg. Et tips er å samle samme type vedlegg i en pdf-fil og legge ved som ett vedlegg. For eksempel kan du samle alle kursbevis i en fil, alle attester i en annen. Det er begrensning i størrelse på filene som kan legges ved, men det skal mye til å overskride total filstørrelse, som er 150 MB. Husk at vedleggene som skal sendes inn må være rett kopi før de skannes. Det er ellers mulig å ettersende vedlegg per post til Helsedirektoratet. Søknaden lagres som andre dokumenter på ens egen bruker på altinn.no.

#### Rett kopi

Alle kopier som sendes inn, må vise til bekreftet rett kopi på hver skrevne side. Med bekreftet rett kopi menes stempel og underskrift av den som bekrefter. Stempelet må vise hvilken instans som bekrefter kopien. Godkjente instanser for bekrefte kopier, er blant annet alle offentlige instanser, advokater, ambassader og konsulater. Det skal ikke sendes inn originaler. Ingen papirer som blir innsendt returneres til søkeren.

#### Attest

Helsedirektoratet ønsker at vi bruker deres standardattest når vi søker om spesialitet. En av de vanligste feilene ved søknadene de mottar, er at attestene er mangelfulle. De mangler informasjon om søkeren har deltatt i alle deler av tjenesten eller informasjon om fravær. Hdir sin attestmal inneholder en avkrysningsliste

over de generelle kravene for spesialistsøknaden. Krav som er spesifikk for den enkelte spesialitet må fremgå under punktet for beskrivelse av tjeneste, avdeling etc. Søknaden skal gi spesialistgodkjenning, den er ikke en jobbsøknad. Hvorvidt du var den hyggeligste, søtteste eller smarteste ved avdelingen trenger du ikke å dokumentere, så lenge din leder signerer på attesten med informasjon om at tjenesten har inneholdt de nødvendige formalia i forhold til spesialistutdanning. En vanlig attest bør du selvsagt likevel få, men den skal ikke sendes inn til HDir. Dersom du allerede har fått attest fra et tidligere arbeidsforhold, trenger du ikke nødvendigvis skaffe deg en ny, men sørg for at punktene i Hdir sin standardattest er besvart i attesten.


#### Stilling – utlyst eller uutlyst?

Leger i spesialisering skal ifølge de generelle spesialistreglene gå i utlyste stillinger for å få tellende tjeneste til spesialiteten. Unntaket er inntil ett år av tiden i egen spesialitet, samt eventuell tid i obligatorisk tjeneste i annen spesialitet. Det er også krav om å delta i alle deler av tjenesten ved avdelingen. Dette inkluderer vakt dersom avdelingen har dette. Attestene har tidligere måttet inneholde hvilket NRid stillingen du har gått i har hatt, og hvor og når stillingen har vært utlyst. Mange har brukt mye tid på å gå gjennom Tidsskriftet for å finne akkurat hvilket nummer stillingen var utlyst i. I attestmalen som Hdir nå har på sine sider, er verken NRid, nå LSR, eller utlysningsinformasjon noe du behøver å opplyse om. Hdir opplyser til Ylf at det nå ikke er nødvendig med utlyste stillinger for å få tellende tjeneste og at de anser dette som et forhold som gjelder mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, men at arbeidsgiver har en plikt til å følge gjeldene regler for utlysning, jf. generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger §5, 1. ledd. Det samme gjelder overenskomstene mellom Legeforeningen og hhv Spekter og Virke, hvor det kreves at alle stillinger for leger i spesialisering med varighet utover seks måneder skal utlyses. For å gi spesialistgodkjenning, er Hdir opptatt av hvilken faglig tjeneste søkeren har hatt.

#### Fravær

Alt fravær skal trekkes fra når du teller tjeneste. Det er derfor viktig at opplysninger om eventuelt fravær føres i attesten. Ferietid og permisjon for å delta på kurs er ikke fravær. Husk at sykemeldinger gir fratrukket i tellende tjeneste. Dersom du er sykemeldt fra deler av tjenesten, skal dette også trekkes fra tellende tid. Gravide som i siste trimester ikke går vakter, får allikevel tjenesten fullt tellende, selv om avdelingen har vakttjeneste. Dersom du har gått i redusert stilling i løpet av spesialisingsløpet, reduseres tellende tid tilsvarende, men husk at en 100% stilling er tilsvarende 35,5 timers uke om du går i vakt, alternativt 38 timer om du ikke har tilstedevakt etter kl. 20. Ta kontakt





### SØKNAD OM SPESIALISTGODKJENNING FOR LEGE

**Søknaden gjelder spesialistgodkjenning i:**

---

**1. Personalia**  
Etternavn: \_\_\_\_\_

Fornavn, mellomnavn: \_\_\_\_\_

Fodselsnr.(11 siffer): \_\_\_\_\_ Kjønn: \_\_\_\_\_

Bostedsadresse: \_\_\_\_\_ Postnr. / sted: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_ Tlf. / mobil: \_\_\_\_\_

Statsborgerskap: \_\_\_\_\_ (land) HPR-nummer (7 siffer): \_\_\_\_\_

**2. Grunnutdanning:**  
Utdanningssted: \_\_\_\_\_

Navn / by / land: \_\_\_\_\_ (universitet)

Norsk cand.med. / tilsvarende: \_\_\_\_\_ (md.år)

Eventuell norsk tilleggseksamen: \_\_\_\_\_ (md.år) ved \_\_\_\_\_ (universitet)

**3. Ph.d. / dr.med. / dr.philos:** \_\_\_\_\_ (md.år)

**4. Legetjeneste i påvente av turnusplass**

Arbeidssted	Fra-til (dd.mm.åå-dd.mm.åå)	Stilling / stillingsprosent

**5. Praktisk tjeneste/turnustjeneste: grunnlag for autorisasjon**

**5.1 Sykehus/tjeneste**

Sykehus / HF	Avdeling	Fra-til (dd.mm.åå-dd.mm.åå)

**5.2 Distriktstjeneste**

Fylke	Kommune/Bydel	Legesenter	Fra-til (dd.mm.åå-dd.mm.åå)

Helsedirektoratet  
Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

med din avdelings- eller foretakstillingsvalgte dersom du lurer på hvordan du kan få utregnet riktig tellende tjeneste. Mange arbeider langt over 35,5 eller 38 timers uke, men det betyr ikke at du kan regne de overskytende timene som for eksempel en 120% stilling og dermed bli ferdig på kortere tid.

#### Kursbevis

Alle kursbevis skal vedlegges i rett kopi. Kursbevisene har du fått etter beståtte kursprøver gjennom flere år. Det er viktig å ta vare på disse bevisene. Husk at det skal stå på kursbeviset hvor mange tellende timer kurset gir, samt hvilke spesialiteter kurset er godkjent for.

#### Gebyr

For å få vurdert søknaden må man betale et gebyr. For en førstegangssøknad til hovedspesialitet er gebyret for tiden på kr

4500. For grenspesialitet er gebyret kr 3000. Dersom man har fått avslag, kan man søke på nytt innen ett år til redusert gebyr på kr 1000 uansett spesialitet. Husk å legge ved kvittering for betalt gebyr!

#### Underskrift

Det høres enkelt ut, søknaden må underskrives. Allikevel er dette en av de aller vanligste feilene som blir gjort, signaturen mangler! Dette gjelder papirversjonen. Dersom du leverer elektronisk, signeres søknaden automatisk ved innsendelse.

#### Forhåndsvurdering erstattes av veiledningsplikt

De som har tjeneste som ikke helt passer inn i det vanlige spesialistløpet lurer gjerne på om hele eller deler av denne tjenesten vil gi dem tellende tid, tjeneste eller kurs i den norske spesialiteten. Mange ønsker en vurdering eller godkjenning av denne mens



de fortsatt er i spesialisingsløpet for å få vite hva de mangler før de er spesialistkompetent. Tidligere kunne man kontakte Legeforeningen for å forhøre seg og få en forhåndsvurdering, og ofte også forhåndsgodkjenning, av tjeneste. Etter at Helsedirektoratet overtok godkjenningen av legespesialister, er dette av formelle grunner ikke videreført. Hdir er et offentlig organ, og har veiledningsplikt. Det gis ingen forhåndsgodkjenning, men en veiledning på basis av regelverk og tidligere praksis, dvs. en tilbakemelding på hvordan andre i liknende tilfeller har fått vurdert sin tjeneste. Dersom du fra tidligere har fått en vurdering av tjeneste fra en av Legeforeningens spesialitetskomiteer, kan denne vedlegges søknaden, og vil da bli vurdert sammen med søknaden. Vær oppmerksom på at verken veiledningen eller tidligere forhåndsvurdering er noen garanti for om du vil få dette godkjent når du søker.

Utenlandske papirer – hva skal oversettes?

Alle originaldokumenter, diplomer og karakterutskriftsformer som ikke er på norsk, svensk, dansk eller engelsk skal oversettes av autorisert translatør. Oversettelsen heftes med bekreftet kopi av originaldokumentet.

Hva skjer med søknaden etter at du har sendt den inn? Det tar jo så uendelig lang tid! Det føles i alle fall slik mens du venter.

Mottakskontroll

Etter at søknaden har ankommet Hdir, enten i papirformat eller elektronisk, gjennomgår den en mottakskontroll. En saksbehandler ser gjennom søknaden for å sjekke at den inneholder riktige skjemaer med signatur og kvittering for betalt gebyr. Søknaden får et saksnummer, og søkeren mottar en epost med standardinformasjon om saksbehandlingstid og kontaktinformasjon til Hdir. Søknadens innhold blir altså ikke vurdert enda. Vanligvis gjennomføres mottakskontrollen innen to uker. Søknaden legges så i kø, og gjennomsnittlig saksbehandlingstid er tre måneder, men dette varierer noe fra spesialitet til spesialitet. Ved mangler eller behov for sakkyndig vurdering hos Legeforeningen kan det ta lenger tid.

Realitetsbehandling av søknaden

Når søknaden er kommet øverst i bunken, gjennomgår den grundig av saksbehandler i Hdir. Alle vedlegg skal være rett kopi, signaturer og stempel sjekkes. Attester gjennomgås for å sjekke at søkeren har deltatt i alt som er nødvendig for å få tjeneste godkjent. Her er ofte attestene fra arbeidsgiver mangelfulle. Tellende tjeneste regnes ut med utgangspunkt i datoene oppgitt i vedlagte attester. Prosedyrelister sjekkes dersom det er nødvendig for spesialiteten. Dersom søknaden er «helt standard» etter spesialistreglene og uten mangler, kan den godkjennes etter gjennomgang kun i Hdir. I første halvdel av

2014 ble over 70 % av søknadene vurdert i sin helhet av Hdir, mens 30% av søknadene hadde behov for sakkyndig vurdering. Søknadene som har behov for sakkyndig vurdering sendes til Legeforeningens sekretariat. Hdir gir Legeforeningen en frist på 14 virkedager på å gi en uttalelse i de enkleste sakene. De komplekse sakene kan kreve vesentlig lengre behandlingstid. Etter at søknadene ankommer Legeforeningen, gjennomgås den tilsendte dokumentasjonen, før saken blir oversendt en eller flere sakkyndige fra den aktuelle spesialitetskomite ut ifra hvor komplisert søknaden er. De vanligste årsakene til at en søknad blir oversendt til sakkyndig vurdering er utenlandsk tjeneste eller avvikende kurs, eventuelt prosedyrelister som avviker fra spesialitetskravene.

Dersom det er mangler i søknaden, kontakter saksbehandler i Hdir søkeren. Søkeren får alltid en mulighet til å komme med kommentarer og supplerende dokumentasjon. Dersom søkeren kan supplere søknaden med den manglende dokumentasjon kan søknaden fortsatt vurderes og eventuelt godkjennes. Dersom det er store mangler i søknaden kan du få den refusert. Da må du søke om igjen, og betale gebyr på nytt, men en noe lavere sats. Dersom innsendt dokumentasjon viser at kravene til spesialiteten ikke er oppfylt, vil det fattes vedtak om avslag.

Dersom søknaden innvilges, sendes vedtak og diplom til søker per post. Denne ankommer et par uker etter vedtaksdato i en konvolutt fra Helsedirektoratet. En stor opplevelse, nesten surrealistisk. Dersom man ikke ønsker å vente på en overraskelse i postkassen, kan man søke på SAK.no i helsepersonellregisteret på sitt eget HPR-nummer. Der vil spesialistgodkjenningen dukke opp ganske umiddelbart etter at vedtaket er fattet.

Vedtaket om spesialistgodkjenningen oversendes også direkte til Legeforeningen dersom du ikke reserverer deg mot det, og navnet ditt havner et par måneder senere i listen over nye spesialister i Tidsskriftet.

Da er det bare å begynne innsamling av viktige dokumenter for alle sammen.

Lykke til!

*Dette bilaget er skrevet i samarbeid med Helsedirektoratet.*

## Mitt funn

Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com

Ane Eidahl Konglund disputerte 23.04.2014 for graden ph.d. ved Universitetet i Oslo med avhandlingen «Surgery for brain tumors in the elderly».



*Ane Konglund med sine veiledere etter disputasen.*

Hva var bakgrunnen for prosjektet? Det er et stadig økende antall henvisninger om kirurgi hos eldre pasienter med hjernesvulst.

Tidligere studier om hjernesvulstbehandling diskriminerte i stor grad de eldre, og det er derfor begrenset informasjon om effekt av og risiko ved dagens behandlingstilbud for de eldre.

Hva er ditt viktigste funn?

Jeg fant at våre pasienter i hovedsak tåler kirurgi godt, og at de ved seks måneders kontroll har et uendret

eller bedret funksjonsnivå. Det er knyttet størst kirurgisk risiko til operasjon hos de eldre pasientene med hjernehinnesvulster.

Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet?

Jeg jobbet som lege i spesialisering ved nevrokirurgisk avdeling, og var så heldig å bli invitert til å delta i prosjektet av veilederen min. Da jeg begynte i faget, ved et annet sykehus, ble alle hjernesvulstpasienter over 70 år kategorisk avvist, og jeg synes

derfor temaet var både relevant og interessant.

Hadde du dette som fulltidsstilling, og hadde du eventuelt noe annet arbeid ved siden av?

Jeg var i full stipendiatstilling, men jobbet noe klinisk ved siden av.

Hva har du tenkt til å gjøre videre?

Nå har jeg fått overlegestilling, og skal spesialisere meg videre innen tumor-kirurgi. Jeg kunne ikke hatt det bedre!

# Streikeretten i helseforetakene

I årets hovedoppgjør i helseforetakene, kom Akademikerne helse og Spekter til enighet etter mekling, og dermed ble det ikke nødvendig å gå til streik.

For arbeidstakere og deres organisasjoner er retten til streik et legitimt virkemiddel for å effektivisere og styrke forhandlings- og avtaleretten. Streikeretten anses som en sentral og integrert del av organisasjonsfriheten. I tillegg til streik, anerkjennes også andre former for arbeidskamp, for eksempel aksjoner og lockout (arbeidsgivers virkemiddel).

Fredsplikt innebærer at streik eller annen arbeidskamp (aksjoner) ikke kan benyttes så lenge Overenskomsten gjelder, jf. Arbeidstvistloven §§ 1 bokstav j), 8 og Hovedavtalen mellom Spekter og Akademikerne. Fredsplikten omfatter enhver aksjon som har til formål å tvinge frem løsning i spørsmål vedrørende lønns- og arbeidsvilkår så lenge Overenskomsten gjelder. Det finnes imidlertid to unntak fra dette, nemlig sympatiaksjoner og demonstrasjonsaksjoner (politisk streik). Sympatiaksjoner er arbeidsstans til støtte for en annen lovlig streik i Spekterområdet og er regulert i Hovedavtalen § 10.

De vanligste kampmidlene er arbeidsnedleggelse (streik) og arbeidsstengning (lockout). Arbeidstvistloven bruker fellesbetegnelsen arbeidsstans. Arbeidsnedleggelse innebærer at de arbeidstakerne som er tatt ut i streik lar være å møte på arbeidet for å utføre arbeidet sitt. Alle medlemmer i Akademikerne har plikt til å ta del i en lovlig arbeidskamp som Akademikerne gjennomfører.

Fører forhandlinger om inngåelse av overenskomst ikke til enighet, kan det kreves mekling. Hvis forhandlingene er avsluttet uten at det er oppnådd enighet, skal underretning om dette straks sendes Riksmekleren, som av eget tiltak foretar mekling, jf. arbeidstvistloven § 16 jf. §§ 12 og 20. Riksmekleren nedlegger da forbud mot arbeidsstans, og innkaller partene til mekling. Det er detaljerte varslingsregler for når arbeidskampen kan iverksettes.

Streikebryteri betyr at streikearbeid likevel utføres. Generelt er det streikebryteri når arbeidstakere som er tatt ut i streik likevel utfører arbeidet sitt, eller at andre, enten i eller utenfor streikerammede arbeidsplasser, utfører arbeid som den streikende ellers ville gjort. Hovedregelen er at streiken verken innskrenker eller utvider arbeidsplikten til arbeidstakerne som ikke er omfattet av streiken. Disse skal fortsette sitt ordinære arbeid, men skal ikke gjøre annet, eller mer arbeid enn de til vanlig gjør. Dette innebærer at arbeidsgiver ikke har rett til å beordre arbeidstakere som ikke er i streik til å utføre det arbeidet de streikende skulle ha gjort.

Det er Akademikerne helse sentralt som bestemmer om en streik er over. Konflikten kan avsluttes fordi den er ment å være tidsbegrenset, som følge av at partene sentralt har kommet frem til et anbefalt forslag til ny overenskomst, at partene sentralt har blitt enige om å godta frivillig lønnsnemnd eller at konflikten har blitt stoppet ved tvungen lønnsnemnd.

*Ved Kristin Krogvold*



# Inspirasjon til et løft i kirurgisk utdanning

Den 7.-9. Mai gikk KIRUB dagene av staben i Södertälje. Her ble det holdt forelesninger om tema av særlig interesse for kirurger i utdanning, det ble kjørt live overføring av et kirurgisk inngrep, og en hel dag var satt av workshops med teknikktraining, gjennomgang av utstyr og diverse undervisning i mindre grupper.

**K**IRUB er den svenske foreningen for kirurger i spesialisering, og datterforening av Svensk Kirurgisk Förening. Deltagerne hadde varierende erfaring; ei jente skulle starte i ny jobb som ST-lege i kirurgi mandagen etter arrangementet, mens andre hadde få måneder igjen til ferdig spesialitet. Ebba Kihlstedt, president i KIRUB, inviterte til internasjonalt møte, hvor vi presenterte, diskuterte og sammenlignet utdanningssystemene i Sverige, Danmark og Norge. Vi var overrasket over hvor store forskjellene faktisk er, og mener at vi har mye å lære av hverandre. Vi ønsker derfor å slå et slag for et bedre samarbeid mellom landene i Skandinavia for et sterkere miljø og en bedre utdanning for kirurger i spesialisering.

En tirsdag kveld tidlig i mai landet vi på regnvåt svensk jord som utsendinger fra Norge til et arrangement vi knapt visste noe om, meg selv, som er LIS på kirurgen i Tromsø, og Usman Saeed, som er LIS på kirurgen på Oslo universitetssykehus. Pendlertoget fra Stockholm tok oss hele veien til endestasjonen Södertälje, og omtrent til dørstokken av hotellet vi skulle bo på. Spente tuslet vi tidlig neste morgen gjennom den vesle drabantbyens gater til kurslokalene. Her ble vi ønsket velkommen av de vel så spente arrangørene, som også var kirurger i utdanning. Inne i lokalet stod representanter for sponsorene, leverandører av diverse medisinskteknisk utstyr, legemidler, simulatorutstyr og lupebriller på rekke og rad, ivrige etter å vise oss produktene sine, som var håndplukket for å appellere til en fremadstormende kirurgspire.

Vel installert i forelesningssalen ble vi tildelt utstyr for elektronisk stemmegivning før kursstart. Dagen ble innledet av gastrokirurg Torbjörn Holm med en forelesning om

håndtering ved funn av tumor ved akutt colonileus. Forelesningen var farget av gode kasuistikker, hvor vi i salen fikk stemme på hva vi syntes var beste håndtering av pasienten han presenterte. Selv om foreleseren til å begynne med ikke var helt enig med salens valg av behandling, ble vi nok mer enige ved forelesningens slutt, og budskapet om «damage control» så altså ut til å være mottatt. Videre fulgte live overføring av TME (total mesocolic excision) rektumreseksjon utført av TMEs far Bill Heald ved det lokale sykehuset i Södertälje. Samme ettermiddag fikk vi gleden av å høre den svært erfarne kirurgen snakke ydmykt om sine personlige «skjeletter i skapet», om kirurgiske tabber. En varm og generøs forelesning om et vanskelig tema. Av øvrige forelesninger fikk vi denne dagen høre om blant annet behandling av peritoneal carcinomatose og intraperitoneal cytostatikabehandling, behandling av hemoroider og analfistler og håndtering av hodeskader. En innholdsrik dag ble avsluttet med grillmat på en lokal restaurant.

Påfølgende dag ble forsamlingen delt inn i grupper, og vi fikk gå i gjennom en løype av workshops. I disse inngikk trening med simulator og laparoskopiboks, demonstrasjon og utprøving av ultralydforsegling, ligasure og diverse suturmaskiner, tips og trening med plastikk kirurg i hudsuturteknikk, grunnprinsipper om nettbruk ved brokkkirurgi, gjennomgang av gransking av CT-undersøkelse ved akutt buk, og diskusjon omkring utdannings situasjonen med utdanningskomiteen. Til kvelden var vi alle invitert til festmiddag på Torekällberget, med god mat og drikke, underholdning og dans til langt på natt.



## Internasjonalt møte

Vi hadde denne ettermiddagen også blitt invitert av KIRUBs president Ebba Kihlstedt på internasjonalt møte. Her traff vi også representanter fra Danmark, og vi hadde gjennomgang av utdanningssystemene i de tre landene. Ebba fortalte om en kirurgisk utdanning i Sverige hvor man blir fast ansatt ved et sykehus som Specialiseringstjenstgörings (ST) lege. Man er da fast ansatt ved dette sykehuset også etter ferdig spesialisering. Det er likevel mange som går i vikariater før man ansettes i en ST-stilling, og de fleste har seks måneders prøvetid ved ansettelse. Det er ikke uvanlig at arbeidsforholdet avsluttes etter denne perioden dersom kandidaten anses uegnet. Sykehuset har ansvar for at man i løpet av de neste fem åra oppnår måla beskrevet i målbeskrivelsen i Utdanningboken, en veileder med 20 delmål fram til ferdig utdanning. Man har en veilederutdanning, og skal ha samtale med veilederen en til to ganger per måned. Mange mindre sykehus har ikke et kirurgisk tilbud hvor man oppnår disse måla, og sykehuset vil da finansiere utplassering til et større sykehus i den nødvendige perioden for å fullføre utdanningen. De har ingen operasjonsliste, men i Utdanningboken beskrives minimumskrav om hvilke operasjoner man bør mestre, og det skal føres loggbok. De har et fast kursopplegg gjennom KUB (Kirurgisk UtBildning), et nokså nyinnført system tilpasset utdanningsboka med 12 obligatoriske kurs, mot «SK-kurser» som tidligere hadde lang ventetid og gjorde det vanskelig å fullføre kursutdanningen. Sverige har ingen legevaktstjeneste utenfor sykehuset, og i vaksammenheng går mye tid med på å vurdere om pasienter skal sendes hjem eller legges inn. Man må gå Bakjoursskolan før man kan gå selvstendige bakvakter, og i denne inngår blant annet ATLS. Også utdanningen i Sverige er under endring, med forslag om en «common trunk» på ett til tre år fra 2015.

Emma Possfelt-Möller fortalte om den danske utdanningen, hvor man har fem år på seg etter fullført utdanning til å komme inn på et hovedutdanningsløp ved ett av landets sykehus. De har felles opptak med ansettelse to ganger årlig. Dersom man ikke er i gang med spesialiseringen i løpet av denne tiden kan man ikke bli sykehuslege i Danmark! Utdanningen tar seks år, med ett år i turnus og deretter en ettårig introduksjonsutdanning i spesialistfeltet, før man kan søke hovedutdanning (HU). Man skal etter dette kunne utføre bestemte mindre inngrep selvstendig, og andre inngrep under



Foto: Kjersti Hervik

veiledning. Ved ansettelse i HU får man utdelt et skreddersydd opplegg for hvordan nettopp ditt utdanningsløp skal utarte seg. Man kan ikke starte en ny utdanning dersom tiden begrenser det. Ved behov for permisjon ansettes en vikar som ikke inngår i HU. De første 2,5 åra av HU går man mellomvakter, og etter dette går man bakvakter med mulighet til å tilkalle mer erfaren bakvakt. Etter fullført HU kan man ta en toårig subspecialisering i øvre gastrokirurgi, hepatobiliarykirurgi, kolorektalkirurgi, barnekirurgi, mammakirurgi eller akuttkirurgi. En kirurg i utdanning i Danmark er relativt lite å finne i et akuttmottak, og tilbringer mesteparten av tida på operasjonsstua. Danske kirurger har startet konseptet «gi kniven videre», en kampanje for bedre opplæring på operasjonsstua. Man fokuserer både på pasientsikkerhet og bedre opplæring, gjennom sjekklister for legen i opplæring og den erfarne kirurgen, som punktvis går igjennom viktige elementer før, under og etter operasjonen. Konseptet er videreført til Sverige, og bør etter min mening også innføres på norske sykehus.

## Mye å lære

Vi mener at vi har mye å lære av hverandre, og at et tettere samarbeid i Skandinavia kan styrke utdanningen i en tid med store endringer. Det kan slik vi ser det være nyttig med en undergruppe av Norsk Kirurgisk Forening for kirurger i utdanning, som kan samle miljøet, for en styrket og mer strømlinjeformet utdanning. Kanskje kan man også etter hvert se for seg et samlet Skandinavisk arrangement for kirurger i utdanning, tilsvarende KIRUB i Sverige. Vi takker arrangørene, Ebba, YLF og Norsk Kirurgisk Forening for fine og lærerike dager i Södertälje, og ser spente fram mot fortsettelsen på samarbeidet.





Marit H. Christiansen

marit.h.christiansen@gmail.com

# Om vaktmat, rhododendron, og kvifor legar bør kunne litt meir enn kaloriinnhald

Eg har sagt det før: Eg får gjort mykje spanande med Ylf og Legeforeninga. På eit seminar om folkehelse traff eg Berit Nordstrand, for mange kjent gjennom media som «lege og seksbarnsmor». Den nesten uforskamma freshe dama snakker engasjert om ernæring.

**S**om vaktgåande LIS har eg mange gonger lurt på korleis eg eigentleg skal komme meg gjennom vakter på opp til 19 timar, til tider heseblesande og fylt med dobbeltkonfliktar, utan at blodsukkeret anten berre blir heilt fråverande, eller svingar som ei heftig berg-og-dalbane etter sjokolade og stjalne avdelingsbrødsriver inntatt i heisen på veg til operasjonsstova. Eg såg altså mitt snitt til å be om eit intervju med dama som kan meir om ernæring enn den jamne lege.

I midten av juli møtte eg henne i Trondheim, i lunsjen. Vi satt oss ned i ei kantine med vesentleg betre utval enn Stavanger universitetssykehus si – Berit har god påverknad! Maten seljast til kostpris, og er likevel rimeligare enn å kjøpe det på prisen på hjørnet – tips nr ein til dei som ikkje klarer følge tipsa her.

Eg hadde to ting på agendaen: Kva skal vi ete på vakt, og kva bør eigentleg legar kunne om mat?

**Berit Nordstrand (BN):** Eg har gått vakt på St Olavs og har erfaring med kor vanskelig det kan vere å vere sunn i ein sånn samanheng. Då har du kiosken og kantina å forhalde deg til, og

så er du avhengig av at dei kjøper inn det som er smart å spise på når du berre får sånne innimellom-måltid.

**Marit Halonen Christiansen (MHC):** Det typiske er travel vakt, sjukepleierane masar, har tydeligvis ingen forståelse for at vi òg skal ha fysiske behov dekt, og det er klart at då er jo ein snickers raskt. Og ein snickers har i alle fall noko næringsverdi i seg...?

**BN:** Dei fleste candybars har lite eller ingen næringsverdi, det er jo berre sukker og kalorier. Dei mangler både vitaminer og mineraler, ingenting å gå på. Det blir opp som ein bjørn og ned som ein skinnfell. Eit mykje betre alternativ er nøtter og mørk sjokolade, som ein har i frakkelomma. Ein kan ha bitar av 80% sjokolade, og så nøtter som ein har med heimefrå i ein vanleg ziplockpose. Det har eg bestandig i veska, det kan du eigenleg leve lenge på! Ellers går det jo an med sunne «bars», men då må ein på helsekost for å kjøpe dei som ikkje er fulle av fruktose og tilsatt sukker. Sjølv om det står glutenfritt og proteinbar, så



Foto: Lasse Berre

er det ikkje nødvendigvis sunt. Det smartaste er jo å lage noko sjølv, men for å sleppe å lage mat på pauserommet ville eg hatt økologisk peanøttsmør på glass – altså ein ordentleg ein med lite salt og ikkje anna enn nøtter oppi, og knekkebrød. Ein blir fantastisk forsynt av berre nokon få betar med peanøttsmør, skikkeleg tjukt lag på. Peanøtter er proteinrikt, har dei smarte fettsyrene, vitaminer og mineraler. Ein kan gå lenge på det på vakt.

*Praten går. Eg er lukkeleg over å ha fått eit intervjuobjekt som så tydeleg elsker det ho driv med, og i tillegg er flink til å formidle!*

**MHC:** Kva med frukt?

**BN:** Hugs å spise frukt, og ikkje drikke frukt! Eg ville hatt ein pose med epler. Epler, nektariner, pærer og plommer gir langvarig stabilt blodsukker, mens banan og druer kan gi svingande blodsukker, særskilt på tom mage. Banan er greit før trening, ellers et du ikkje banan anna enn saman med noko fiberrikt.

Du kan godt ta ein halv banan saman med knekkebrødet med peanøttsmør – det er den ideelle kombinasjonen! I tillegg er det eit heilt måltid som tek deg 5 minutt å ete opp, om du er i ein situasjon der du faktisk ikkje har tid til å ete. Du kan ha både banan og knekkebrød ståande på vaktrommet.

Og så må du drikke vatn, ikkje saft, juice, iste eller anna som er i dei automatane. Det tapper deg berre for energi.

*Farmakologen lurar seg fram. Berit lener seg fram over bordet, lager reseptorar og proteinnøster og feittsyrer og karbohydrater med hendene. Eg hugser attende til farmakologitimane og tenker eg nok kunne lært ting litt kjappare om det var denne dama som fortalde om toll-like receptors og alfaadrenerge reseptorar. Ho fortel at ho skriv barnebøker for tida, men for ein enkel gynekolog er det akkurat passe.*

**BN:** Vi har eit reseptorsystem som er tilpassa næringsstoffa i maten, dei kom jo lenge før medisinane! Medisinane berre lurar seg inn og virker på reseptorsystemane. Fettsyrer, proteiner, vitaminer og mineraler virker på slike reseptorer og skaper synergieffekter i kroppen din. Minst mulig bearbeida mat betyr best bevart næring og flest smarte byggeklosser per tygg for kroppen. Det er fantastisk, eg blir heilt satt ut når eg les studier om korleis polyfenolane, td, påvirker bakteriefloaraen i tarmen, dei «snille» bakteriane som vi har for lite av, sånn at dei får gjort jobben sin med å programmere og stabilisere immunforsvaret. Mange går rundt med eit hyperaktivt immunforsvar. Når desse

## VAKTMATTIPS FRÅ BERIT:

- Mørk sjokolade og nøtter i frakkelommen
- Epler, plommer, nektariner og pærer
- Vatn
- Vatn
- Vatn
- Grøn te
- Få sjukepleieren som tilbyr deg kaffi til å ha mjølk i!
- Fullkornsknekkebrød – gjerne med masse nøtter og frø! – med peanøttsmør og banan (kan stå nærast uendeleg på vaktrommet).
- Cottage cheese med havregryn, banan, kanel og honning.
- Proteinrike matrestar som omelett
- Råkost med dressing som inneheld olivenolje
- Salatar med protein i form av belgfrukter og/eller kylling. Med god olivenoljedressing, sjølvsagt.
- Rugbrød med sild. «Eller makrell i tomat, for dei som likar det».

bakteriehjelperane, som er 90% av kroppen din i celletal, ikkje får gjort jobben sin, så sit vi legar og reparerer på alle sjukdomane som vi utviklar, utan at vi går attende til maten. Dette er det nok mange som er usamde i, som meiner at dette er alternativt, eller at vi berre skal bry oss om kosthald når det gjeld hjerte/kar og sjukeleg overvekt.

**MHC:** Men det er jo ingen lege som vil sei til pasientane sine at, «jaja så lenge du får 2000 kcal om dagen, så er det likegyldig om du får dei frå eit bigmacmåltid eller frå rugbrød og sild og grønnsaker», – det er ingen som vil sei at dei to er likeverdige!

**BN:** Hahaha, nei! Eg snakkar om cellefabrikken og genbøkene, for å få folk til å forstå at det eit maskineri der inne, og at alle må til. Har du i deg lettvinde kalorier i form av ein candybar på vakt, så kjem ikkje den med dei vitaminarbeiderane og mineralverktøya som trengs for å forbrenne det sukkeret. Sukkeret kjem til forbrenningsovnen, altså til mitokondriane, candybaren bruker opp vitaminar og mineralar i cellane til å forbrenne det. Dei få antioksidantane som var der for å beskytte «genbøkene» røyk med for å beskytte dei mot gnistregnet frå sukkerforbrenninga. Raffinert sukker er ikkje tomme kalorier, det er negative kalorier som belaster kroppen fordi dei ikkje har med seg verktya som trengs for å forbrennes. Om du et ein banan, så har karbohydratane med seg plantestoff, vitaminer og mineraler for å forbrenne den. Det har ikkje kvit ris eller kvitt sukker som er strippa for arbeidslag og verktøy. Likeeins med kveitemjøl. Det er i tillegg kryssa gjennom mange generasjonar til å få ein superstivelse som ikkje fans i opprinneleg kveite, men som vi har utvikla for å få brøda til å heve seg inn i himmelen – dei skal jo seljes til ingen kroner, og då må du jo få dei til å vekse!

*Her treff vi ei felles interesse, og driv av kurs inn i ein diskusjon om landbruksministeren og sprøyting av jordbær og korn, som diverre vert for langt for dette forumet. Eg har på dette tidspunktet brukt stort sett heile lunsjen hennar, men Berit snakkar engasjert vidare.*

**BN:** Vi manglar D-vitamin alle, dei fleiste mangler B-vitamin, og omega 3. Det er laga blodverdier, men det er jo som verdier ellers. Det er jo ein gausskurve, den verdien du måler er normal for tusen pasientar, men den treng ikkje vere normal for deg! Ditt jernlager kan ha falt samalikna med kva den skulle ha for din kropp – det kan farmakologen at ein blodverdi er ikkje ein blodverdi!! Vi kan gå rundt med symptom som dårleg konsentrasjon og låg energi, svingande humør, vondter i kroppen, utan diagnose med tal og bokstavar, du er berre «sutrete». Korleis hadde du vore om du hadde fått det du trengte? Vi veit alle at rhododendron skal ha surt jordsmonn, den trivs ikkje i Trøndelag. Bakteriefloaraen i tarmen er vårt jordsmonn, dersom du ikkje gjødsler den med probiotisk og prebiotisk mat, så får du

dårlig jordsmonn, og då vil du som «blomst», du vil ikkje vere så fantastisk som du eigentleg skulle være!

*Vi roter oss igjen inn i felles interesser. Om probiotika og keisersnitt og vaginale fødsler, om studier av kolonisering av tarmen frå vaginalfloraen til mor, astma og allergi og immunforsvar.*

**BN:** Eg meiner vi bør ha eit kompetanseområde i ernæring. Sei ei sertifisering. Alle bør ha basiskunnskapen, i form av timar på utdanninga. Dei som er interesserte bør kunne ta meir, slik at ein er sertifisert innan ernæring. Vi må ha begge delar. Ein kan ikkje auke timetalet i ernæring frå to til ti – det er ikkje nok.

**MHC:** Medisinstudentane som kjem no er flinkare til å tenke heilskapleg. Eg føler eg for det meste jobbar i reparasjonsvesenet. Obstetrikken er eit godt høve til å jobbe med helsearbeid –svangerskapsdiabetes til dømes: juice i svangerskapet, som damene trur er supersunt.

**BN:** Så har ein ikkje tida til å fortelle alt i ein konsultasjon, men folk skjønner at ein ikkje vil ha sukkerlake i blodet. Vi legar ser heilheten i forhold til helse, på ein heilt anna måte enn andre faggrupper gjør. Vi har ei separat faggruppe som berre snakkar kosthald, men dei får ikkje satt det like godt inn i samanhengen. Vi må ha legekompentansen òg– ikkje i staden for, men i tillegg til. Slik kan vi pense pasientar over til grupper som bare driv med mat, td ernæringsfysiologar, sånn som vi gjør med fysioterapeutar. Vi kan jo litt om fysioterapi og kva som er smart – om vi ikkje hadde visst det, korleis skulle vi tilvist dit då? Det blir å vite litt om kva som er smart, kunne sjå etter symptom på «feilforing». Dersom du ikkje veit kva symptom magnesiummangel gir, kan du ende opp med å tilvise ein pasient til utgreiing for ADHD. Så får han den diagnosen, men pasienten har framleis magnesiummangel sjølv om han ender opp på ritalin! Eller han har ein matintoleranse som triggar uro og konsentrasjon. Meir enn 50% av barn med ADHD kan har matintoleransar som bør behandles, 50-89% avhengig av kva studiar du ser på. Dersom vi legar ikkje har den kunnskapen, veit vi ikkje kven vi skal henvise. Her er det snakk om ein kombinasjon av matgrep og medisin. Hippokrates sa jo for veldig lenge sidan at all sjukdom kjem frå magen. Ein irritabel kolon kan òg behandlast med mat, i tillegg til medisin.

Medisin er ei krykke, matgrep er helse. Det er maten som er «medisin».

## Verd å bruke tid på



**PLACEBO-DEFEKTEN – HVORFOR ALTERNATIV BEHANDLING VIRKER SOM DEN VIRKER**  
Gunnar Tjømliid

Boka kom i fjor haust, og eg har sida den gong tenkt at denne burde eg lese. Så er spørsmålet – er ho verd å bruke tid på? Det enkle svaret er ja. Tjømliid har satt seg godt inn i alternativbransjen. Han omtaler seg sjølv som skeptikar, men forsøker å la tvilen kome alternativ medisin til gode.

Eg humra meg gjennom delar, for han formulerer seg godt: «Mens skolemedisin er evidensbasert, kan man nok argumentere for at alternativmedisinen er kjendisbasert», er i alle fall gjenkjennbart for meg. Likevel er han streng: «Hvis du forurenser ditt intellekt og ikke lenger legger den vitenskapelige prosess til grunn for dine meninger, så havner du fort på villspor.»

Boka har ei lang liste fotnotar. Eg skulle nok som lege ynskt at kjeldene han viser til oftare var originalartikkelen kontra omtalen av ein artikkel i Daily Mail (note 390).

Eg er ikkje thoraxkirurg eller lungelege, men omtalen av Camilla som ifølge TV2 fekk pneumothorax av ei akupunktur nål gjer i alle fall meg skeptisk.

Språket er farga av at Tjømliid har et svært positivt syn på skulemedisinen. I tillegg er det faktisk litt langdrygt: argumentet om «post hoc ergo propter hoc» («Etter dette, derfor på grunn av dette»), for deg som ikkje hadde latin på doktorskulen eller andre skular, kjem igjen og igjen. Likeeins anekdotane om korleis det vert sett strengare krav til skulemedisin enn alternativ behandling. Boka er bra, men kunne for min del tent på å vere kortare.

Tilbake til det positive. Eg sa jo det var verd å bruke tid på boka! Kapitla som tek for seg tre døme på alternativ medisin (homeopati, akupunktur og kiropraktikk) er svært gode. Kapitlet om vaksiner er òg verd å lese, om ikkje anna så for å få enda fleire gode argument for kvifor vaksiner ikkje er farlege.

Når eg no har markert høgdepunkta, syns eg du òg bør lese dei siste to sidene: Legane må ikkje gje slepp på placeboeffekten. Når vi ikkje lengre har autoriteten som gjer at folk trur på oss (fordi dei trur meir på kva tanten til ei venninne skriv på facebook, eller det dei har googla seg fram til via framsida på VG), må vi bruke den for det det er verd. Når du ikkje har korkje piller eller kniv å gje (eller i grunnen uansett): Ta den tida det tar å vise omsut, stele attende det som gjer at alternativbehandlande ser som sitt: sjå heile pasienten.

Marit Halonen Christensen





Veggen  
 Mange har tid  
 til femti timers arbeidsuke,  
 birkebeinern,  
 cupcakes,  
 interiørblogg,  
 drinker  
 og mastergrad.  
 Ro  
 er det få som har tid til,  
 hvis det ikke er  
 på spa-anlegg  
 og kan dokumenteres.  
 Men veggen  
 har visst gått av moten.  
 Den er det ingen som møter lenger.  
 Vi utreder og utreder.  
 Alle er trette.  
 Det må jo være noe.

Vi  
 Av og til  
 får jeg lyst  
 til å rope:  
 «Vi er et sykehus!»  
 Vi er ikke et hotell.  
 Vi er non-profit,  
 vi er ikke en bedrift.  
 Vi jobber som faen,  
 men vi angrer aldri,  
 aldri.

Marte Syvertsen  
 Lege i spesialisering, Nevrologi



Hanne Støre Valeur

# Kjenner seg ikke igjen

Ikke sjelden svarer ledelsen ved ulike helseforetak at de «ikke kjenner seg igjen i beskrivelsen» når de møtes med kritikk fra ansatte og personer lenger ned i organisasjonen. Det er en effektiv måte å drepe diskusjonen på, en elegant måte å svare «Ingen kommentar». Kanskje sitter det noen glade kommunikasjonsrådgivere i bakgrunnen og klasker høy fem og roser hverandre for denne «geniale» replikken. Dem om det.

Å ikke kjenne seg igjen i beskrivelser fra sine egne ansatte er nærmest en fallitterklæring som leder, med mindre innrømmelsen umiddelbart følges av et ektefølt initiativ til å sette seg inn i hva de ansatte reagerer på. Det kan godt hende det faktisk er slik, at de ikke kjenner seg igjen, men det er i så fall en pinlig innrømmelse av at avstanden til virksomheten de leder er for stor.

Virkelighetsbeskrivelser vil variere, fra person til person, og fra ansatt til leder. Som leder har man et ansvar for å forstå hvordan de ansatte opplever sin virkelighet. Det kan godt hende man opplever virkeligheten ulikt, men når de ansattes virkelighet oppleves uholdbar, hjelper det lite at ledelsen er fornøyd med sin virkelighet. En holdning som utstråler «jeg kjenner meg ikke igjen, ergo er det ikke slik» blir aldri produktiv. Og den blir direkte skummel når ansatte melder om kritikkverdige forhold rundt pasientsikkerhet og eget arbeidsmiljø.

## Riskhospitalet





Avsender: Yngre legers forening, PB 1152 Sentrum, 0107 Oslo

