OVERLEGEN

1
FEBRUAR | 2020 ÅRGANG 20

Tema: Klima og helse

3 Kjære kolleger
4 Kloden har feber – vi må hjelpe
6 Støres gyldne middelvei
9 Jannicke Mellin-Olsen
12 Klimaregnskap CO_2
17 Handlingens tiår
18 Folkehelserapporten fra FHI
21 Lokalisering av sykehus – tilgjengelighet og miljøkonsekvenser
24 Når været ikke passer
26 Helseeffektene av klimaendringer kan få store samfunnsmessige konsekvenser
28 Klimaendringer tar liv
30 Intervju med Erlend Tuseth Aasheim
34 Vårkurs og Landsrådsmøte
38 Hvordan skal Arbeiderpartiets tillitsreform fylles med reelt innhold?
40 Bekymret, men allikevel optimist
41 «Haukugla»
42 Høring i Stortingets helse- og omsorgskomite tirsdag 19. januar
Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
44 Vanskelig konflikt om arbeidstid løst
45 Mot en mer presis og persontilpasset medisin
46 «Siste tariffkurs på danskebåten» 11.-13. februar 2020
48 Nye lovbestemmelser om varsling
50 Har du husket å tegne ansvarsforsikring?
51 Tvisteløsningsnemnda – behøver jeg kjenne til det da?
54 Manglende innbetaling til NPE kan koste leger dyrt
55 60 års jubileum for Norsk overlegeforening
60 En internasjonal dag
62 Hvordan gjøre kloke valg?

Forsidebilde:
Det spirer og gror i tåke og kulde

Frist for innlegg til neste utgave 01.05.2020

Bladet foreligger i nettutgave på foreningens nettside der alle lenker er direkte tilgjengelige

Norsk overlegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Utgiver:
Norsk overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 /
Fax 23 10 91 50
of@legeforeningen.no
www.legeforeningen.no /
overlegeforeningen

Redaktør:
Arild Egge
E-post: arild.egge@ous-hf.no

Redaksjonskomité:
Anne-Karin Rime, Arne Laudal Refsum og Edith Stenberg

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

Foto:
Edith Stenberg,
Thomas Barstad Eckhoff,
privat, Scanpix, Adobe Stock

Forsiden:
Steinar Bergheim

Opplag:
10.500 eks.

Grafisk produksjon:
Merkur Grafisk AS
Postboks 25, Kalbakken, 0901 Oslo

Svanemerket Trykksak 2041 0672

Merkur Grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

TRYKT I NORGE NO-430

Copyright - Gjengivelse av innhold er kun tillatt med skriftlig tillatelse fra forfatter(e) og redaksjon

Kjære kolleger

Klima som fokus har vært redaktørens ønske lenge - som Cato den eldre har jeg avsluttet mine innspill til styret og redaksjonskomite med å si: «Forøvrig burde vi hatt *Klima og helse* som et eget nummer – for ikke å si en egen spalte om denne utfordringen». Nå har vi hatt den dårligste snøvinteren i Oslo i manns minne, med vårtemperaturer i februar, ekstremværvarsler på rekke og rad, og så høy vannstand at man i hvert fall i Drammen må lure på om man har valgt riktig tomt for det nye sykehuset - skjønt de er kanskje bedre forberedt for endringer som måtte komme siden grunnen av leire har tvunget fram en løsning som gjør at det står på påler jaget ned til fjell!

«Hvis vi skal nå 2-graders målet i Parisavtalen – må vi handle nå!» sies det stadig oftere. Men, hvem tror egentlig på at det lenger er innenfor rekkevidde? Klimamodellene er kompliserte og har som all annen vitenskap med det sine klare begrensninger. På Nordpolen smelter allerede isen langt raskere enn estimert – og det siste årets globale varmerekorder og spesielt i januar, demmer ikke opp for manges skepsis til realismen i våre for så vidt dystre framskrivninger av klimautviklingen. Utsiktene er alvorlige nok, men vi har kanskje dårligere tid enn vi tror?

Uansett, framtiden vil gi oss nye utfordringer – det er sikkert - vi kan bare berøre problemstillingen. Vår plass i verden er heldig i denne sammenhengen, men endret sykdomspanorama og følgene av ulevelige forhold, naturkatastrofer og mangel på naturressurser – som vann – vil skylle også inn over våre breddegrader i form av migrasjon og konflikt. Vi som trodde Antibiotikaresistens skulle bli den store utfordringen for fremtidens medisin, ser at den kommer sammen med langt større utfordringer som forsterker hverandre. På alle samfunnsområder vil dette utfordre oss, men helsesektoren vil det komme til å bli krevd mye av framover. De medisinske utfordringer vi drømmer om å løse – vil kanskje komme i bakgrunnen av andre mer presserende oppgaver som vil trenge seg på.

Dette ble dystert, men det er god grunn til å ta signalene på største alvor. Leger uten grenser jobber «der ute», og kan fortelle hva de ser i felten: Først og fremst er det de fattige i underutviklede områder som allerede lider. Dette er en folkehelsekrise under utvikling som er en utfordring for alle land, og vi som leger må komme på banen, oppfordrer de.

Senter for klimaforskning, CICERO, har lenge arbeidet med problemstillingen og leverer en klimarapport som heller ikke er oppløftende lesning, men et visst ubehag er kanskje nødvendig for å skape motivasjon - for endring. Å spørre hva betydningen av mitt lille bidrag til endring kan være i et hav av fortsatt økende CO_2 utslipp, er forståelig, men altfor defaitistisk. Helsesektoren har et betydelig CO_2- avtrykk, som man i stedet kan erkjenne, og la seg inspirere av allerede vellykkede klimatiltak i andre land. Viktige akademiske miljøer som Oxford og Cambridge publiserer, og tidsskriftene New England Journal og Lancet har spalter innenfor dette temaet etablert, og det er derfor allerede en del kunnskap om helsesektorens klimaavtrykk. Identifikasjon av reduserbare utslipp har i England vist målbare forbedringer og denne type informasjon er selvsagt inspirerende. Kunnskap om at valg jeg som kliniker gjør sammen med etter hvert stadig fler, er forståelig og ansporende – og krav om bærekraft blir gradvis en del av ideen om bedre kvalitet i helsetjenesten.

Helsesektoren kan feie for egen dør, men myndighetene må tenke overordnet når tjenesten planlegges – jamfør klimabelastning ved nye bygg og lokalisering av disse, som utredet av TØI. Klimaendringer kan bare møtes med tiltak i alle samfunnssektorer – vi befinner oss i en sektor som faktisk har et signifikant avtrykk, ca 5% av Norges samlede CO_2 avtrykk. Temaet er i modning og vi kan foruten i våre private prioriteringer, se hva vi kan gripe fatt i på egen arbeidsplass, i klinisk praksis.

OVERLEGEN er fra denne utgaven DIGITALISERT! Det gjør oss lettere tilgjengelige. Det er foreløpig et uttalt ønske fra leserne om å beholde papirutgaven (miljøvennlig produksjon) - så den består, men vi blir lettere å søke opp og dele. ●

SPALTEN TIL OF-LEDER

» Av Overlegeforeningens leder **Anne-Karin Rime**

Kloden har feber – vi må hjelpe

Første nummer av Overlegen i 2020 er nå klar og tilgjengelig digitalt, slik at det skal være lett å finne den frem på både telefon og nettbrett. Hovedtema er klima og helse, noe vi tror interesserer mange overleger. Vi ser at mange kolleger engasjerer seg i temaene på tvers av ulike spesialiteter og ulike arenaer, for å gjøre både våre vaner og helsetjenesten mer klimavennlig.

Våre foretakstillitsvalgte og vårt landsråd hadde fra 11.-13. februar tariff- og opplæringskurs på danskebåten. Disse båtene har de siste årene hatt mer press på seg for å bli mer klimavennlige, og har nå landstrøm. Det er viktig at vi alle prøver å tenke på at de valgene vi gjør i hverdagen påvirker klimaet. Vi må alle gjøre det vi kan, og ikke la være å gjøre noe fordi vi tror at det er så lite i den store sammenhengen. Ingen av oss kan gjøre alt, men vi kan alle gjøre noe for klimaet.

På kurset foreleste Aud Tennøy fra Transport økonomisk institutt (TØI) om hvor sykehus bør bygges for å ta vare på folkehelsa og gi mer levende sentrum. Plassering av sykehus er et tema som hele samfunnet og legene er opptatt av. Sykehus er viktige arbeidsplasser og gir en trygghet i befolkningen for at de får hjelp når de blir syke. TØI sin konklusjon er at sykehusene bør bygges så nært sentrum som mulig, slik at flest mulig av de ansatte kan gå eller sykle til jobb, fordi det er bra for folkehelsen, for målene om levende sentrum, og for klimaet.

Når det gjelder sykehusbygg, så opplever vi at det i nye bygg blir lagt for lite til rette for at legene skal få gode arbeidsforhold. Dette fører til at det blir vanskeligere å behandle pasientene på en effektiv og god måte. Vi kommer også i tiden fremover å rette fokus mot gode arbeidsforhold for leger i sykehus, slik at legene kan stå lenge i jobb og sykehusene blir gode og trygge arbeidsplasser

Sykehusene trenger flere spesialister for å kunne opprettholde en god nok helsetjeneste for alle pasientene i årene som kommer. I flere spesialiteter, som anestesi, radiologi og hud, så har nesten halvparten av alle spesialister konvertert sin spesialitet fra utlandet. Norge som er et rikt land, bør ta et større ansvar når det gjelder utdanning av både leger og spesialister fremover.

Nylig avga Grimstad-utvalget sin rapport om fremtidens utdanning av leger i Norge. De anbefaler at Norge selv utdanner 80% av sine egne leger her hjemme. Rapporten er nå ute på høring, og både RHF'ene og Legeforeningen avgir høringssvar i denne viktige saken. Uansett politisk utfall, om det blir flere eller færre medisinske fakultet i Norge i fremtiden, så er en ting sikkert – at våre unge kolleger er opptatt av miljø og bærekraftige sykehus inn i fremtiden, og vi gleder oss til å dele dette engasjementet med dem i årene som kommer.

For å bevare engasjementet har jeg tro på at mennesker må treffes. Det er viktig å bruke tid med hverandre for å finne gode løsninger på utfordringer og for å forstå hverandre bedre.

Et virkelig møte med mennesker kan aldri erstattes av telefonmøter eller nettmøter. Ikke mellom kollegaer og ikke mellom leger og pasienter. Likevel skal en huske at det beste ikke skal være det godes fiende. Mennesker trenger hverandre. ●

Menneskets hender

Det bor en varme i menneskets hender
som i ingenting annet i verden.
Himmels flamme og helvets glo.
Selv nevesteinen ble varm
når menneskehanda tok i den.

Hans Børli

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til alle medlemmene i Den norske legeforening og de 11 andre foreningene. Den kollektive avtalen sikrer at du kan være trygg på å alltid ha blant markedets beste betingelser.

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken er opp til deg.

Les mer på **danskebank.no/legeforeningen** eller ring oss på **987 05550**

DEN NORSKE LEGEFORENING

A+ | akademikerne pluss

Danske Bank

Støres gyldne middelvei

Jonas Gahr Støre mener Arbeiderpartiet har et medansvar for at målstyringen har gått for langt i helsesektoren. – Vi skal ikke løpe fra noe ansvar, men nå handler det om å se framover, sier Ap-lederen og den tidligere helseministeren i et intervju med bladet Overlegen.

» Av **Anne-Karin Rime**, leder av Overlegeforeningen

– Du skrev en kronikk i Dagsavisen 27. november 2019 at «noe er galt i offentlig sektor: Vi må bytte ut New Public Management (NPM) med en tillitsreform» Hva har gått galt med NPM og på hvilken måte treffer det helsetjenesten?

– Summen av mine inntrykk fra samtaler med folk som jobber i offentlig sektor - leger, sykepleiere, fengselsbetjenter og Nav-ansatte - er at de har en opplevelse av å være en del av produksjonsbedrifter med kvantumsmål mer enn å være mennesker med erfaring og egenskaper til å løse oppgaver i møte med sårbare mennesker. NPM er blitt et begrep som brukes om en overdreven målstyring med kategorier av mål som ikke stemmer med arbeidshverdagen til samvittighetsfulle mennesker. Definisjonen av begrepet varierer veldig, men det viktige nå er å gjenskape tillitsforholdet til fagfolk. Det er viktig for de ansattes trivsel, men selvfølgelig aller viktigst for de som er avhengig av tjenestene.

– Hvilket ansvar mener du Arbeiderpartiet har for situasjonen i helsevesenet?

– Jeg er veldig klar på at Arbeiderpartiet må ta ansvar. Vi er opptatt av å ha en offentlig sektor som er bærebjelken i velferdsstaten. Velferdsstaten er et redskap for felleskapet, for å sikre rettferdig fordeling og for å sikre at mennesker blir møtt ut ifra hvilke behov de har - og ikke ut ifra hvor mange penger de kan legge på bordet. Vi har tatt grep for å endre offentlig sektor på områder vi kan være stolte av. Jeg mener det var riktig at staten tok eieransvaret og at vi ikke har 19 ulike eiere av sykehusene i Norge. Men så skal vi også ta på oss medansvar for at målstyringen har gått for langt. Politikere generelt må tenke igjennom om det å gi nye detaljerte pasientrettigheter, er riktig for å møte dagens helsebehov. Vi skal ikke løpe fra noe ansvar, men nå handler det om å se fremover.

– Som helse og omsorgsminister la du i januar 2013 fram 10 punkter for å forbedre sykehusene i Norge. Du sa «Kall det old eller new management, vi må ha management av offentlig sektor også av helsesektoren». Det virker som du uttaler deg annerledes nå. Hva har fått deg til å endre mening?

– Det har gått seks år, jeg har reist på kryss og tvers. Det er opposisjonens velsignelse og forbannelse. Du er unna makta – men du har tid til å reise, lytte og drikke kaffe. I to år brukte jeg mye tid på å gå på jobb med folk, og mye helsefolk, jeg fikk på meg blå frakk – og så hva som var den vanlige arbeidshverdagen til folk i offentlig sektor. Men det er likevel sånn; «old» eller «new» – det må være management. Det er jeg fortsatt opptatt av. Stortinget bevilger milliardbeløp til sykehusene, og vi må stille krav til bruken av disse pengene. Vi har to ytterligheter i sykehusverdenen. Det ene er 100 prosent innsatsstyrt finansiering, det vil gi produksjonstall – og antageligvis en målbar framgang. Men du får tellekanter. Den andre ytterligheten er 100 prosent rammefinansiering. Det myndighetene da sier til sykehusene er: Her er pengene – gjør en god jobb! Henrik Ibsen hadde rett i den gyldne middelvei. Svaret ligger et sted i midten. Det finnes et sted hvor de to ytterlighetene kan møtes i et fornuftig kompromiss. Rett før jul hadde jeg et møte med seks yngre tillitsvalgte på Oslo Universitetssykehus, som fortalte om en fortvilelse de hadde i arbeidshverdagen sin, om at de ikke ble sett, om måten de ble målt på og måten innsatsen deres ble verdsatt på. Det er et faresignal at det er sånn.

– En undersøkelse Legeforeningen gjennomførte for noen år siden viser at leger gjennomgående er skeptiske til å anbefale sine barn å bli leger. Hva tenker du om det?

– Private spørsmål om hva du vil anbefale barna dine, vil jeg ligge litt unna. Barn skal få lov til å ta egne og frie valg. Ofte er foreldrene rollemodeller, og barna vil velge foreldrenes vei. Men klare foreldrepreferanser kan også legge for sterke føringer på barnas valg.

– Hva er det som skal få velgerne til å tro at Arbeiderpartiet skal endre den bærende styrepolitikken i helsevesenet, om dere vinner det kommende Stortingsvalget?

– Vi må få ut budskapet om at fellesskapets helsetjeneste er bra for din helse. Vi er på vei mot et todelt helsevesen. Det er ikke bra. Det store flertallet ønsker ikke det, men det er dit kreftene trekker oss med private helseforsikringer og såkalt frie behandlingsvalg. Vel-

Foto: Flickr.com

Reiser på kryss og tvers i Norge som opposisjonspolitiker har fått Jonas Gahr Støre til å tenke annerledes om styringen av offentlig sektor. Nå mener Arbeiderparti-lederen at New Public Management må byttes ut med en tillitsreformen. Her titter den tidligere helseministeren inn i en MR-maskin under et besøk på et sykehus.

> «Arbeiderpartiet ønsker å bruke mer av fellesskapets midler på helsetjenestene enn vi gjør i dag»
>
> Jonas Gahr Støre

ferdsmodellen vår bygger på at folk stoler på at de får kvalitet og behandling i det offentlige helsevesenet. Det må være godt nok. Vi må være villig til å bevilge nok penger til det. Det store avgjørende spørsmålet bør være helhet. Jeg sa i min tale som helseminister at en helseministers viktigste jobb bør være å hindre at folk kommer på sykehus - og ikke falle for fristelsen til å bli en sykehusminister. Spesialisthelsetjenesten kommer til å bli mer kompleks og dyrere for felleskapet. Vi skal forstå hverdagen til de ansatte, og investere i sykehusene. Vår løsning skal være den mest troverdige.

– Tror du helse kommer til å være en viktig valgkampsak frem mot 2021?

– Ja. Lærdommen fra alle valg fram til nå viser at skole, helse, eldrepolitikk alltid er høyt oppe. Men om helse blir «den» saken, slik som bompenger var ved kommunevalget, vet jeg ikke.

– Dagens styringssystem i sykehusene er basert på omfattende rapportering. Tror du det vil være mulig å få til en reell endring i dette - uten å endre den grunnleggende styringsmodellen?

– Jeg er fortsatt tilhenger av at staten eier sykehusene. Jeg tror den regionale organiseringen er klok. Over 90 prosent av et vanlig pasientforløp skjer regionalt. Jeg anerkjenner at dette er en sektor hvor det alltid vil være udekkede behov. Jeg sier i alle sammenhenger at selv om vi bevilger mer til sykehusene, vil vi fra dag én bli møtt med forventninger vi ikke kan innfri på ressurser. Arbeiderpartiet er åpne for å diskutere ulike modeller. Jeg hører at mye av frustra-

sjonen blir rettet mot foretakene og dagens modell. Bent Høie har endret viktige sider av den på sin vakt. Tatt ut politikere, fjernet styrenes nærhet i de lokalsamfunnene de opererer i, det er en utvikling i feil retning. Men jeg har ikke fått på bordet en alternativ modell som er fundamentalt annerledes. Derfor må vi forbedre. Vi må blant annet sørge for at kommunene får mer innflytelse på helseforetakenes prioriteringer, og vi må sikre stedlig ledelse. Jeg var i forrige uke på klinikken Alta, hvor det har kommet på plass en dedikert leder. Vi må jobbe med fagfolkene og sikre at de som har styrings- og ledelsesansvar er tett på den kliniske hverdagen.

– Har du som politiker nok innflytelse? Eller bestemmer de regionale direktørene alt?

– La meg begynne i den andre enden. Jeg er imot å flytte regionale beslutninger i helseforetakene inn i Stortinget. At Stortinget skal drive ressursfordeling mellom sykehus i en region, for eksempel å bestemme når klinikken i Alta skal få MR eller CT, er ingen god idé. Det tror jeg at Stortinget er en dårlig arena for. Men jeg mener at vi har en helt klar styringsmodell som sier at helseministeren og regjeringen skal holdes ansvarlig for beslutningene styrene tar. Hvis styrene ikke følger opp og regionene ikke følger opp, er det helseministerens ansvar å bytte styrer og gi nye instrukser. Det kan vi påvirke i Stortinget. Stortinget vedtar budsjetter, vi vedtar nasjonal helse – og sykehusplan, og vi vedtar viktige kriterier for hvordan vi utvikler vårt sykehustilbud. Og det kan vi videreutvikle. Men gitt at vi alltid vil være i et knapphetsregime, må beslutningene tas et sted hvor de har klare politiske rammer for fordelingen, men også med tung faglig forankring. Dette er ikke Stortingets eller et kommunestyre sin oppgave.

– Har du forresten sett NRK-serien 22. juli?

– Jeg holder på å se den.

– I introen til serien er det et bilde av en ringperm merket med tittelen «New Public management». Serien tar blant annet behovet for å spare penger i Oslo universitetssykehus ved å kutte årsverk, splitte opp traumeavdelingen på Ullevål, og slå sammen sykehus. Hva slags kommentarer har du til den delen av serien?

– Ja, det er en strid som er vanskelig, men når vi lever innenfor et regime som har ressursbegrensninger, må vi tåle at det er strid. Stemmene vi vektlegger når det er strid, er jo de stemmene som føler de ikke er blitt hørt. Det er fagfolk som har tatt avgjørelser som de stridbare ikke er enige i. Det er ikke noen vesener utenfor fagsektoren som har gjort det. Jeg følger jo den store og krevende avgjørelsen om hvordan Oslo skal dekke sitt sykehustilbud, og hvor det er uenighet. De som opplever ikke å få gjennomslag, er opprørte og markerer det. Men, de som har jobbet for sitt syn representerer jo ikke andre verdier og mål. De tror også de har gjort den riktige vurderingen. Vi må leve med at når det er ressursknapphet, så blir det strid. Som politikere må vi da være trygge på at de faglige vurderingene er gode nok.

– I NRK- serien sier blant annet en Aftenposten-journalist: «Sykdom blir sett på som en vare og sykehus som en fabrikk»? Synes du det er en treffende uttalelse?

– Det er det samme jeg får høre. Jeg tenker at et sykt menneske som trenger behandling, skal slippe å bli sett på som en vare. Høies intensjon om at du som kreftpasient skal ha en lege som ledsager deg gjennom forløpet, er riktig. Du må bli sett og anerkjent som menneske med den sårbarheten du har. Men det er for mye annet i dagens sykehushverdag som reduserer pasientene til et tall i et skjema.

– Sykehushverdagen har endret seg både teknologisk og organisatorisk. Jeg har lyttet mye til Erik Fosses beskrivelse av dette i et historisk perspektiv: Fra den allmektige ene legen som gjorde hjerteoperasjonen med å åpne hele fronten på et menneske til i dag med et komplekst samspill hvor de kan gjøre bypass med en intervensjon i låret med mange fagfolk rundt. Det har gått fra et vertikalt system til et bredt samarbeid. Jeg synes det er fantastisk spennende hvordan teknologi bryter maktstrukturer i en organisasjon som sykehuset. Men det må være mulig å videreutvikle dette uten at pasienter blir varer. Det er blitt for lett å foreslå en pasientrettighet og å sette en frist for denne. Baksiden av den medaljen er at det kommer en ny rapportering, et nytt skjema. Dere leger må selvsagt føre journal slik at neste lege vet hva som er gjort med pasienten, men jeg synes at slike tall som viser at en lege i klinisk arbeid kan bruke 8-12 timer i uka på dokumentasjon, viser at noe er feil. Vi har høyteknologi til å kunne gjøre dramatiske forenklinger i det.

– Hva er det første som vil endre seg i helsevesenet, hvis Arbeiderpartiet tar over regjeringsmakten, med deg som statsminister?

– Helsevesenet skal gi trygghet for det enkelte menneske - uavhengig av hvor du kommer fra, hvilken økonomi du har, og hvor i landet du bor. Arbeiderpartiet ønsker å bruke mer av fellesskapets midler på helsetjenestene enn vi gjør i dag. Vi skal stanse todelingen av helsevesenet som vi ser under høyreregjeringen. Det innebærer ikke bare en bedre sykehusøkonomi, men også et krafttak for å redde fastlegeordningen. Så må vi lytte til de ansatte. Partssamarbeidet som vi har i den nordiske modellen, gjelder ikke bare i verkstedene som forhandler lønn, det gjelder i hele den offentlige sektor. Så ønsker vi å sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan. Det er helt åpenbart at et hvert sykehus ikke kan gi alle tilbud med den samme kvaliteten. Den andre del av setningen, desentralisere det vi kan, har skjedd i alt for liten grad. Det er et stort potensial for å utvikle pasientnære tjenester. Dette er bra for pasienten, bra for klimaet, og for lokalmiljøet. ●

Overlegen vil i dette nummeret starte en serie om overleger som har gjort seg bemerket ved å gjøre en stor innsats på også andre områder enn sitt daglige virke som overlege.

Først ute er anestesilege Jannicke Mellin-Olsen

President of WFSA*

Jannicke Mellin-Olsen sammen med indiske LIS

Patient Safety Movement

På intensiv på Bærum har de jo laget en strimmel over Clinton-bildet der det står: Mr Clinton meets the President.

Jannicke er 62 år, født og oppvokst i Bærum, men har sterk medisinsk tilknytning til Trondheim. Hun er utvilsomt en fargerik dame, som har spredd kunnskap og glede til mennesker over hele verden.

Hvorfor ble du lege?
Da jeg var 3 ½ år, fikk jeg en bror med bl.a. øsofagusatresi, og mamma visste at han ikke ville klare seg om hun ikke var på sykehuset med ham. Den eneste muligheten var at jeg passet på søsteren min på 2 år, mens mamma var på sykehus med broren min. Han døde etter en uheldig hendelse, og da sluttet jeg å leke og skulle redde verden. Jeg ville bli «sykesøster», for jeg trodde bare menn kunne bli lege. Men mamma nevnte en kvinnelig psykiater i gaten, så da var saken klar – da jeg var jeg fire år.

Hvorfor ble du anestesilege?
I studiet syntes jeg at fysiologi var spennende, men de klarte ikke formidle at anestesiologi er applisert fysiologi, så jeg prøvde diverse annet før jeg så lyset mens jeg var i Libanon. Fra første dag følte jeg at jeg har funnet den beste spesialiteten.

Hvilken annen spesialitet var aktuelt?
Det er kanskje tilfeldig hvor du kommer, men ikke hvor du blir. Jeg har vurdert onkologi og psykiatri, men anestesiologi er helt klart den beste spesialiteten.

Hvor fikk du ditt internasjonale engasjement fra?
Det har vært der så lenge jeg kan huske. Jeg hadde basarer i barnehagealder og var våken hele natten da Sovjet gikk inn i Tsjekkoslovakia da jeg var 10.

Hva har gjort mest inntrykk på deg i din karriere?
Umulig spørsmål. Det er mye, fra enkeltpasienter på intensiv til møte med kolleger som bor i krigsområder, og likevel står på mot alle odds.

Hva er du mest stolt over å ha fått til?
Det er også mye, fra å inspirere enkeltpersoner til at alle de fagmedisinske foreningene klarte å samle seg om én konsensusuttalelse i organisasjonsdebatten da jeg ledet forløperen til FaMe, til å drive frem «Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology», som er blitt verdensomspennende.

Hva er mest ergerlig å ikke ha fått til?
En del av endringene jeg har medvirket til, har ikke vært stabile over tid. Men det er viktigere for meg å se fremover.

Hva gjør du for å «lufte hodet»?
Jeg pleier å si at «noen slår kjerringa, andre springer i skogen»: Fysisk aktivitet ute i naturen.

Hvilke råd vil du gi til unge overleger i dag?
Det er ikke farlig å by på seg selv, ikke å ta seg selv høytidelig. Jeg har også hatt glede av at jeg har ofte har søkt råd hos andre, inkl erfarne sykepleiere, selv om det er ingen tvil om hvem som har behandlingsansvaret. ●

*World Federation of Societies of Anaesthesiologists

Stelara «Janssen» 1

C

Immunsuppressiv, interleukinhemmer. ATC-nr.: L04A C0

H1

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning *45 mg:* *Hvert hetteglass inneh.:* Ustekinumab 45 mg, sukrose, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker.

H

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte *45 mg og 90 mg:* *Hver ferdigfylte sprøyte inneh.:* Ustekinumab 45 mg, resp. 90 mg, sukrose, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker.

H

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning *130 mg:* *Hvert hetteglass inneh.:* Ustekinumab 130 mg, EDTA-dinatriumsaltdihydrat, sukrose, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, L-metionin, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som ikke responderer på, har en kontraindikasjon mot eller ikke tåler annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat (MTX) eller PUVA (psoralen og ultrafiolett A). Pediatrisk plakkpsoriasis: Indisert ved behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos ungdom fra 12 års alder som ikke kontrolleres tilstrekkelig, eller som ikke tåler, annen systemisk behandling eller fototerapi. Stelara, alene eller i kombinasjon med MTX, er for behandling av aktiv psoriasisartritt hos voksne pasienter når responsen til tidligere behandling med ikke-biologisk sykdomsmodifiserende antirevmatisk legemiddel (DMARD) ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons på, har mistet respons på eller ikke har tålt enten konvensjonell terapi eller en TNF-α-antagonist eller har medisinske kontraindikasjoner mot slike behandlinger. Behandling av voksne med moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt som har hatt utilstrekkelig respons på, har mistet respons på eller ikke har tålt enten konvensjonell terapi eller et biologisk legemiddel, eller har medisinske kontraindikasjoner mot slike behandlinger.

Dosering: For å bedre sporbarheten av biologiske legemidler skal handelsnavn og lotnummer registreres tydelig. Skal brukes under veiledning og oppfølging av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av tilstander hvor ustekinumab er indisert. Konsentrat til infusjonsvæske skal kun brukes til den i.v. induksjonsdosen, og under veiledning og oppfølging av lege med erfaring med diagnostisering og behandling av Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt.

Crohns sykdom og ulcerøs kolitt: 1. dose gis i.v. Infusjonsoppløsningen skal tilberedes med antall hetteglass som spesifisert i tabellen. Innledende i.v. dosering:

Kroppsvekt ved doseringstidspunk	Anbefalt dose[1]	Antall hetteglass à 130 mg
≤55 kg	260 mg	2
>55-≤85 kg	390 mg	3
>85 kg	520 mg	4

[1] Ca. 6 mg/kg

1. s.c. dose à 90 mg bør gis i uke 8 etter den i.v. dosen. Etter dette anbefales dosering hver 12. uke. Ved utilstrekkelig respons 8 uker etter 1. s.c. dose, kan ny s.c. dose gis. Ved tap av respons ved dosering hver 12. uke, kan det være gunstig å øke doseringsfrekvensen til hver 8. uke. Pasienter kan deretter doseres hver 8. uke eller 12. uke basert på klinisk vurdering. Seponering bør vurderes ved manglende tegn på terapeutisk effekt 16 uker etter den i.v. induksjonsdosen eller 16 uker etter bytte til vedlikeholdsdosering hver 8. uke. Behandling med immunmodulerende midler og/eller kortikosteroider kan fortsettes under behandlingen. Ved respons på behandling kan kortikosteroider reduseres eller seponeres i samsvar med standard behandling. Dersom behandling avbrytes ved Crohns sykdom er det sikkert og effektivt å gjenoppta behandling med s.c. dosering hver 8. uke. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt lever-/nyrefunksjon:* Ikke undersøkt. Ingen doseringsanbefalinger kan gis. *Barn og ungdom:* Plakkpsoriasis: Sikkerhet og effekt hos barn og ungdom <12 år er ikke fastslått. Psoriasisartritt, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt: Sikkerhet og effekt hos barn og ungdom <18 år er ikke fastslått. *Eldre ≥65 år:* Dosejustering er ikke nødvendig. Ingen forskjell i effekt/sikkerhet sammenlignet med yngre pasienter i kliniske studier ved godkjente indikasjoner, men antall pasienter ≥65 år er imidlertid ikke tilstrekkelig til å fastslå om de reagerer annerledes. Forsiktighet skal utvises pga. høyere forekomst av infeksjoner hos eldre. ***Tilberedning/Håndtering:*** Se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. *Konsentrat til infusjonsvæske:* Bør ikke ristes. Bør undersøkes visuelt før bruk. Oppløsningen skal være klar, fargeløs til lys gul. Bør ikke brukes hvis den er misfarget eller uklar, eller inneholder fremmede partikler. Skal ikke blandes med andre legemidler pga. manglende uforlikelighetsstudier. Skal ikke gis i i.v. slange samtidig med andre legemidler. Skal kun fortynnes med 0,9% natriumkloridoppløsning. Skal fortynnes og tilberedes av helsepersonell ved aseptisk teknikk, se pakningsvedlegg. ***Administrering:*** *Injeksjonsvæske:* Injiseres s.c. Unngå hudområder med psoriasis som injeksjonssted, hvis mulig. Etter tilstrekkelig opplæring i injeksjonsteknikk og i samråd med lege, kan pasienten eller deres omsorgspersoner injisere preparatet. Legen skal sikre egnet oppfølging. For utfyllende instruksjoner for administrering, se pakningsvedlegg. *Konsentrat til infusjonsvæske:* Kun til i.v. bruk. Skal administreres over minst 1 time. Infusjonen skal gjennomføres innen 8 timer etter fortynning i infusjonsposen.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv og klinisk viktig infeksjon (f.eks. aktiv tuberkulose, se Forsiktighetsregler).

Forsiktighetsregler: Ustekinumab kan øke risikoen for infeksjoner og reaktivere latente infeksjoner. Alvorlige bakterielle-, sopp- og virusinfeksjoner er observert. Det bør utvises forsiktighet ved kronisk infeksjon eller stadig tilbakevendende infeksjoner. Før igangsetting av behandling bør ev. tuberkulose avklares. Ustekinumab må ikke gis ved aktiv tuberkulose. Behandling av latent tuberkulose bør igangsettes før administrering. Anti-tuberkulosebehandling bør også vurderes ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose der det ikke kan bekreftes tilfredsstillende behandlingsutfall. Pasienten bør følges nøye mht. symptomer eller kroppslige funn på aktiv tuberkulose under og etter behandling. Pasienten bør rådes til å søke medisinsk hjelp dersom symptomer eller kroppslige funn indikerer tilstedeværelse av infeksjon. Ved alvorlig infeksjon bør pasienten følges opp nøye og ustekinumab bør ikke tas før infeksjonen er kurert. Immunsuppressiver kan potensielt øke risikoen for malignitet. Utvikling av kutan og nonkutan malignitet er sett i studier med ustekinumab. Maligne funn omfatter bryst, kolon, hode og nakke, nyre, prostata og thyreoideakreft. Frekvensen er sammenlignbar m dom, eller ved fortsatt behandling etter utvikling av malignitet. Alle pasienter (spesielt >60 år) med langvarig immunsuppressiv eller PUVA-behandling, bør overvåkes for ikke-melanom hudkreft. Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner er rapportert, i enkelte tilfeller flere dager etter behandling. Anafylaksi og angioødem har forekommet. Ved anafylaktisk eller annen alvorlig overfølsomhetsreaksjon må adekvat behandling igangsettes, og administrering av ustekinumab seponeres umiddelbart. Allergisk alveolitt, eosinofil pneumoni og ikke-infeksiøs organiserende pneumoni er sett etter 1-3 doser. Symptomer inkl. hoste, dyspné og interstitielle infiltrater. Alvorlige utfall har omfattet respirasjonssvikt og langvarig sykehusopphold. Bedring er sett etter seponering, og i noen tilfeller etter bruk av kortikosteroider. Hvis infeksjon er utelukket og diagnosen bekreftet, skal ustekinumab seponeres og nødvendig behandling iverksettes. Kanylehetten som dekker nålen på den ferdigfylte sprøyten er laget av tørr naturgummi (et derivat av lateks), som kan gi allergiske reaksjoner hos individer sensitive for lateks. Vaksiner med levende virus eller bakterier (som Bacillus Calmette-Guerin, BCG) bør ikke gis samtidig med ustekinumab. Før vaksinering med levende virus eller bakterier bør behandling med ustekinumab seponeres i minst 15 uker og ikke gjenopptas før tidligst 2 uker etter vaksinering. Lege bør konsultere Felleskatalogtekst for aktuell vaksine for ytterligere informasjon og veiledning om samtidig bruk av immunsuppressiver etter vaksinering. Inaktiverte eller ikke-levende vaksiner kan gis samtidig med ustekinumab. Langtidsbehandling undertrykker ikke humoral immunrespons på pneumokokkpolysakkarid- eller tetanusvaksiner. I psoriasisstudier er sikkerhet og effekt ikke undersøkt ved kombinasjon med immunsuppressiver, inkl. biologiske legemidler eller fototerapi. I psoriasisartrittstudier så ikke samtidig bruk av MTX ut til å påvirke sikkerhet/effekt av ustekinumab. I studier av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt så ikke samtidig bruk av immunsuppressiver eller kortikosteroider ut til å påvirke sikkerhet/effekt av ustekinumab. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk og andre immunsuppressiver bør vurderes. Forsiktighet bør utvises ved overgang fra andre biologiske immunsuppressiver. Preparatet er ikke vurdert hos pasienter som har gjennomgått spesifikk immunterapi. Påvirkning på hyposensibilisering er ukjent. Eksfoliativ dermatitt er rapportert. Pasienter med plakkpsoriasis kan utvikle erytroderm psoriasis, med symptomer som ikke kan skilles klinisk fra eksfoliativ dermatitt, som del av det naturlige sykdomsforløpet. Legen bør være oppmerksom på symptomer på erytroderm psoriasis eller eksfoliativ dermatitt. Dersom slike symptomer oppstår, bør egnet behandling innledes. Preparatet bør seponeres ved mistanke om en legemiddelreaksjon. *Natriuminnhold:* Stelara kons. til inf. 130 mg inneholder <1 mmol natrium (23 mg) pr. dose, dvs. praktisk talt natriumfritt. Konsentratet fortynnes imidlertid med natriumklorid 9 mg/ml (0,9%) infusjonsvæske, og dette bør tas i betraktning ved natriumfattig diett.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.
Levende vaksiner bør ikke gis samtidig med ustekinumab, se Forsiktighetsregler. Interaksjonsstudier er ikke utført hos mennesker. Farmakokinetiske studier har undersøkt hvordan ustekinumabs farmakokinetikk påvirkes av legemidler som brukes hyppig av psoriasispasienter (inkl. paracetamol, ibuprofen, acetylsalisylsyre, metformin, atorvastatin, levotyroksin). Ustekinumabs farmakokinetikk ble ikke påvirket av samtidig bruk med MTX, NSAID, 6-merkaptopurin, azatioprin og orale kortikosteroider hos pasienter med psoriasisartritt, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt, eller tidligere eksponering for anti-TNF-α-midler hos pasienter med psoriasisartritt eller Crohns sykdom, eller tidligere eksponering for biologiske legemidler (dvs. anti-TNF-α-midler og/eller vedolizumab) hos pasienter med ulcerøs kolitt. Ingen indikasjoner på interaksjon med disse legemidlene. In vitro-data indikerer ikke behov for dosejustering ved samtidig bruk av CYP450-substrater.
Graviditet, amming og fertilitet: Kvinner i fertil alder skal bruke sikre prevensjonsmetoder under behandlingen og i minst 15 uker etter avsluttet behandling. *Graviditet:* Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Som en sikkerhetsforanstaltning anbefales det å unngå bruk under graviditet. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Dyrestudier har vist utskillelse i lave nivåer i morsmelk. Ukjent om ustekinumab absorberes systemisk etter inntak. Grunnet bivirkningspotensialet hos småbarn, må det vurderes hva som er mest hensiktsmessig, å avslutte ammingen eller behandlingen, tatt i betraktning fordelene ved amming/behandling. *Fertilitet:* Ikke undersøkt.

Bivirkninger:

Frekvens	*Bivirkning*
Vanlige	
Gastrointestinale	Diaré, kvalme, oppkast
Generelle	Erytem på injeksjonsstedet, smerte på injeksjonsstedet, tretthet (fatigue)
Hud	Pruritus
Infeksiøse	Nasofaryngitt, sinusitt, øvre luftveisinfeksjon
Luftveier	Orofaryngealsmerte
Muskel-skjelettsystemet	Artralgi, myalgi, ryggsmerter
Nevrologiske	Hodepine, svimmelhet
Mindre vanlige	
Generelle	Asteni, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødning, hematom, indurasjon, hevelse og pruritus)
Hud	Akne, hudeksfoliasjon, pustuløs psoriasis
Immunsystemet	Overfølsomhetsreaksjoner (inkl. utslett, urticaria)
Infeksiøse	Cellulitt, dentale infeksjoner, herpes zoster, nedre luftveisinfeksjon, virusinfeksjon i øvre luftveier, vulvovaginal mykotisk infeksjon
Luftveier	Tett nese
Nevrologiske	Facialisparese
Psykiske	Depresjon
Sjeldne	
Hud	Eksfoliativ dermatitt
Immunsystemet	Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner (inkl. anafylaktisk reaksjon, angioødem)
Luftveier	Allergisk alveolitt, eosinofil pneumoni
Svært sjeldne	
Luftveier	Organiserende pneumoni[1]
Ukjent frekvens	
Infeksiøse	Analabscess, cellulitt, divertikulitt, gastroenteritt, pneumoni, virusinfeksjon

[1] Se Forsiktighetsregler.

Overdosering/Forgiftning: Enkeltdoser opptil 6 mg/kg er gitt i.v. i kliniske studier uten dosebegrensende toksisitet. Ved overdosering bør pasienten følges mht. symptomer eller kliniske bivirkningsfunn og relevant symptomatisk behandling igangsettes umiddelbart. Se Giftinformasjonens anbefalinger L04A C05 på www.felleskatalogen.no.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses. Bør ikke ristes. *Konsentrat til infusjonsvæske etter fortynning:* Kjemisk og fysisk bruksstabilitet er vist i 8 timer ved 15-25°C. Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart, hvis ikke fortynningsmetoden utelukker risiko for mikrobiell kontaminering. Dersom det ikke brukes umiddelbart er bruker ansvarlig for oppbevaringstid og -betingelser før bruk.
Pakninger og priser: ***Injeksjonsvæske, oppløsning: 45 mg:*** 0,5 ml[1] (hettegl.) 32098,30 kr. ***Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte: 45 mg:*** 1 ml[1] (ferdigfylt sprøyte) 32098,30 kr. ***90 mg:*** 1 ml[1] (ferdigfylt sprøyte) 32098,30 kr. ***Konsentrat til infusjonsvæske: 130 mg:*** 26 ml[1] (hettegl.) 30435,10 kr.
Refusjon:
[1]H-resept: L04A C05_1 Ustekinumab

Refusjonsberettiget bruk:

Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonal faglig retningslinje for bruk av TNF-a hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe

Vilkår:

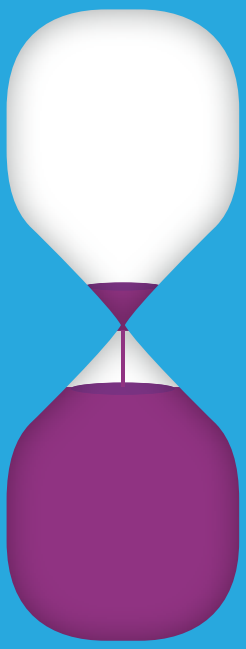
216	Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Sist endret: 09.10.2019

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 09/2019

Janssen Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

VENTETIDEN ER OVER!



STELARA® (USTEKINUMAB) KAN FORSKRIVES TIL PASIENTER MED MODERAT TIL ALVORLIG AKTIV ULCERØS KOLITT OG CROHNS

FRA OG MED 1. FEBRUAR 2020 (1,2)

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON (1)

Kontraindikasjoner: Aktiv og klinisk viktig infeksjon. **Forsiktighetsregler:** Det bør utvises forsiktighet ved kronisk infeksjon eller stadig tilbakevendende infeksjoner. Ustekinumab må ikke gis ved aktiv tuberkulose. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig med STELARA®. Anafylaksi, øvre- og nedre luftveisinfeksjoner, angioødem har forekommet. Eksfoliativ dermatitt, allergisk alveolitt og eosinofil pneumoni er rapportert. Kanylehetten som dekker nålen på den ferdigfylte sprøyten er laget av et lateksderivat som kan gi allergiske reaksjoner hos individer sensitive for lateks. Pasienter med plakkpsoriasis kan utvikle erytroderm psoriasis, med symptomer som ikke kan skilles klinisk fra eksfoliativ dermatitt, som del av det naturlige sykdomsforløpet.

NY INDIKASJON – ULCERØS KOLITT: STELARA® er godkjent for behandling av voksne med moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt som har hatt utilstrekkelig respons på, har mistet respons på eller ikke har tålt enten konvensjonell terapi eller et biologisk legemiddel, eller har medisinske kontraindikasjoner mot slike behandlinger. (1)

INDIKASJON CROHNS: STELARA® er godkjent for behandling av voksne med moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons på, har mistet respons på eller ikke har tålt enten konvensjonell terapi eller en TNF-α-antagonist eller har medisinske kontraindikasjoner mot slike behandlinger. (1)

Stelara® (ustekinumab)

Janssen Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Referanser:
1. Stelara® SPC sept. 2019, kapittel 4.1, 4.3, 4.4
2. LIS-2006a og 2006b TNF BIO, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF, 01.02.2020. LIS-2006a og 2006b TNF BIO, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF, 01.02.2020

Do not copy or distribute. (2020) Janssen-Cilag AS. All rights reserved.

CP-136653

Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325 Lysaker
Tel: +47 24 12 65 00, Faks: +47 24 12 65 10, www.janssen.com/norway

Klimaregnskap CO_2

De 4 regionale helseforetakene publiserte i 2019 en rapport om samfunnsansvaret, inklusive et klimaregnskap:

- **Ambulansetransport, reiser etc sto for nær 420 000 tonn CO_2.**
- **Det ble forbrukt mer enn 8,6 millioner liter med diesel.**
- **Det ble forbrukt 3,75 millioner kubikkmeter med vann.**

Samfunnsrapporten inneholder også rapporter om tiltak mot korrupsjon, arbeidslivskriminalitet og forurensing av for eksempel legemidler til miljø. Vi har hentet noen elementer fra rapporten, og stilt foretakene noen spørsmål.

» Av Arne Laudal Refsum, redaksjonskomitéen, Overlegen

	Forbruk	Faktor	Utslipp tonn CO_2
Obligatorisk registrering			
Gasser			
Lystgass (Kg)	52 506,55	289	15 174,4
Energibehov bygg			
Aggregat			
Diesel (liter)	193 366	268	518,2
Elbehov			
Elkjel (kwh)	219 012 233,4	0,28	61 323,4
El-kjel med oppr.gar. (kWh)	2 347 537,19	0,0164	38,5
Fast kraft (kWh)	638 538 004	0,28	178 790,6
Fast kraft med oppr.gar. (kWh)	55 389 076,01	0,0164	908,4
Termisk energibehov (oppvarming)			
Biobrensel (kwt)	10 298 884	0	-
Diesel/fyringsolje (liter)	1 433 758	2,67	3 828,14
Fjernkjøling (kwt)	31 909 903	0,13	4 148,28
Fjernvarme (kwt)	393 513 095	0,13	51 156,69
Naturgass (m^3)	4 024 408	2,34	9 417,12
Transport - ansatte			
Eide, leide eller leasede biler			
Bensin (liter)	312 781,1	2,34	731,9
Diesel (liter)	1 466 182,63	2,68	3 929,37
Km el-bil (km)	24 436 0	-	
Uspesifisert drivstoff (liter)	73 388,24	2,51	184,2
Flyreiser			
Flyreise innenlands (km)	54 855 018,54	0,17	9 325,35
Flyreise utenlands (km)	46 490 028,2	0,1	4 649
Tjenestekjøring egen bil			
Bil (km)	20 316 694,01	0,17	3 453,84
Km el-bil (km)	1 708 101,98	0	-
Frivillig registrering			
Transport pasienter			
Ambulansetransport			
Båt (liter)	818 058,01	2,68	2 192,4
Fly (liter)	0,01	2,54	-
Helikopter (liter)	317 131,01	2,54	805,51
Diesel (liter)	3 778 240,03	2,68	10 125,68
Andre transportmidler			
Drosje (km)	58 019 086,01	0,17	9 863,26
Egen bil (km)	187 918 304,56	0,17	31 946,12
Flyreiser			
Flyreise innenlands (km)	81 423 122	0,17	13 841,94
Flyreise utenlands (km)	353 265	0,1	35,33
Kuldemedier			
R134A (Kg), R404A (Kg), R407C (Kg), R410 (Kg), R507 (Kg)	1650,76	-	3102,27
Sum CO_2 utslipp frivillig registrering			71 912,52
Sum CO_2 utslipp obligatorisk registrering			347 577,44
Sum tonn CO_2 utslipp			**419 489,96**

HELSE NORD

» Svar fra kommunikasjonssjef
Anne May Knudsen, Helse-Nord RHF

1. Hvilke klimatiltak er gjennomført i 2019 som bedrer Helse Nord sitt klimaregnskap?
2. Hva er beregnet/ønsket effekt av disse?

Flere og flere pasienter i Helse Nord blir nå kjørt med miljøvennlige biler. Det sparer miljøet for store utslipp. På Senja blir NOx-utslipp redusert med 96 prosent, og CO_2-utslipp redusert med 83 prosent.

Helse Nord har i de siste anbudene på pasientreiser med bil stilt miljøkrav. Transportører som kan tilby miljøbiler, i stor grad elbiler og hybridbiler, har blitt premiert – og vunnet anbudet på å være best på miljø.

To eksempler

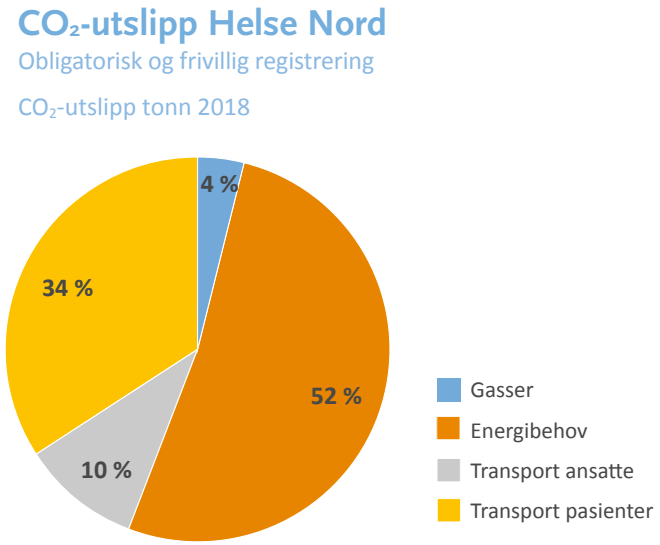
På Senja vil det nå bare kjøre miljøbiler, og det betyr en reduksjon i NOx-utslipp på 96 prosent og en reduksjon i CO_2-utslipp på 83 %. På Finnsnes spares miljøet for 50 tonn CO_2 per år.

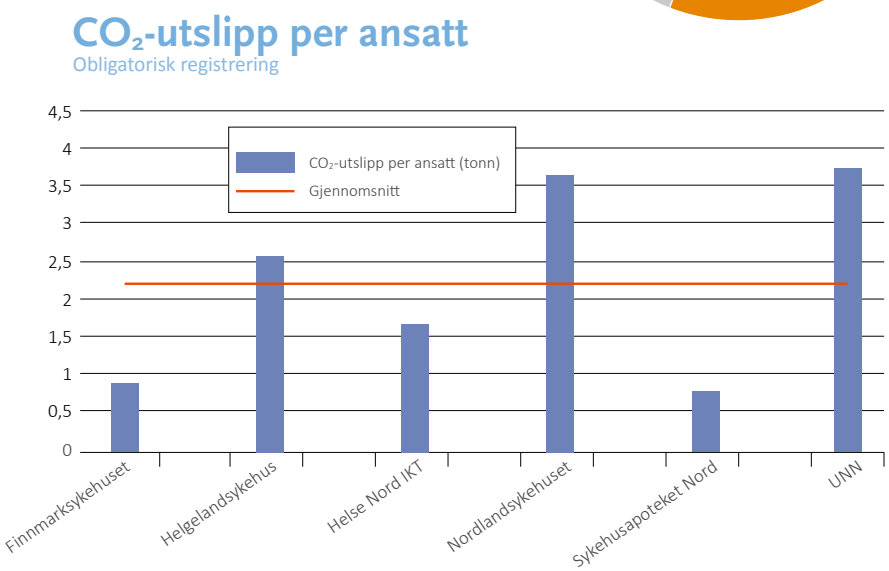
– Hvis vi får til det samme i hele Helse Nord, er det potensial for å spare 1185 tonn CO_2 per år, i tillegg til en betydelig besparelse på NoX-utslipp, sier Bie Normann.

Bidrar til miljømål

Norge har satt seg som miljømål å sikre trygg luft og å redusere utslippet av CO_2.

– Det er veldig motiverende at vi i Helse Nord, gjennom de krav vi stiller, bidrar til at vi kan nå disse miljømålene. Og det gjør vi uten at tjenestene vi kjøper blir mer kostbare. Vi håper at våre erfaringer er til inspirasjon for andre. Helse Nord kommer til å jobbe for at det blir stilt miljøkrav også i nasjonale anbud, sier Nils Bie Normann.





HELSE MIDT-NORGE

» Svar fra kommunikasjonsdirektør **Tor Harald Haukås**, Helse Midt RHF

1. Hvilke tiltak er gjennomført i 2019 som bedrer Helse Midt sitt klimaregnskap?

Det er mange pågående tiltak for å redusere Helse Midt-Norges klimafotavtrykk. Av tiltak/prosjekter som pågår i 2019 og som har vesentlig betydning for miljøet kan nevnes

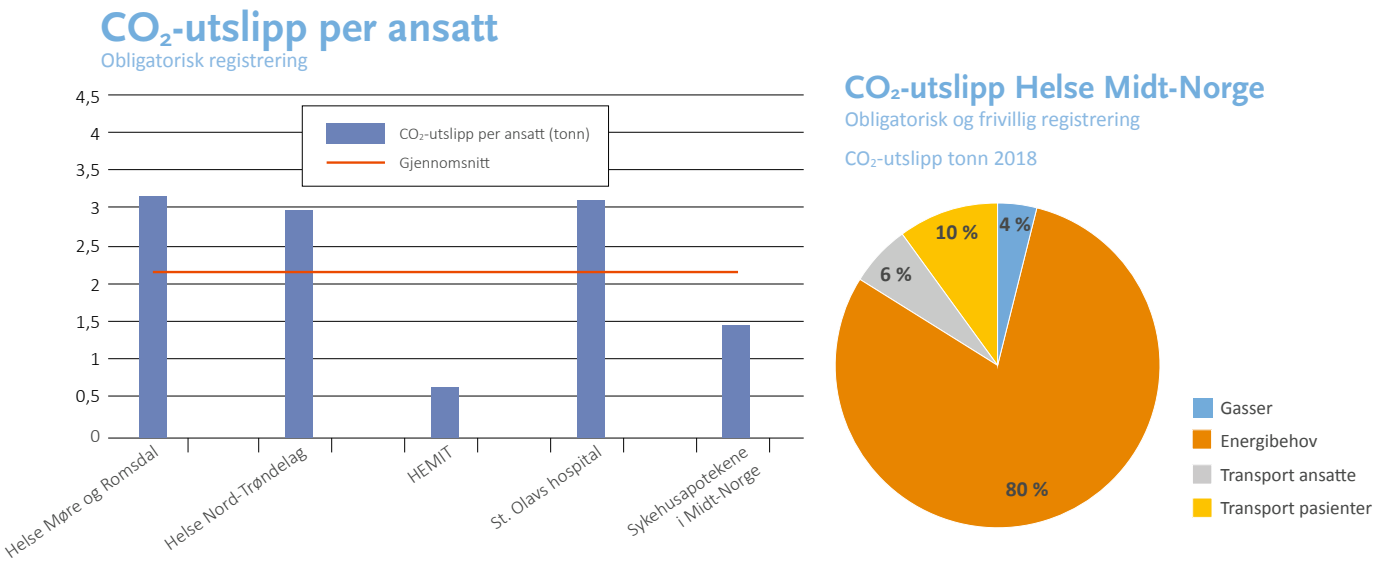
a. Bygningsmessige tiltak/investeringer som gir økt isolasjonstykkelse og lavenergivindu, så som fasadeutskiftingen i Ålesund (pågår fra 2018 til 2021)
b. Investeringer i ENØK-løsninger så som fornyelse/oppgradering av varmegjenvinnere, sjøvannspumpe og vann-til-luft varmepumpe i forbindelse med nybygg og rehabiliteringer ved St Olavs hospital- Østmarka (utbygg APØ ferdig 2018, ny sikkerhetsavdeling 2019-21)
c. Løpende ENØK tiltak som overgang til LED-lysarmatur, utskifting til mer energiøkonomisk utstyr
d. Krav om energimerking på utstyr og vektlegging av miljø/energi ved anskaffelser – på oppdrag fra eierne har Sykehusinnkjøp i 2019 utarbeidet første versjon av miljøpolicy for anskaffelser.
e. Innsats for å redusere reisevirksomhet gjennom tilrettelegging for Skype-møteaktivitet for ansatte
f. Innsats for å redusere pasientreiser gjennom målsetting om fjernkonsultasjoner og redusert antall kontroller – Helse Møre og Romsdal har f-eks pågående prosjekt med å redusere pasientreiser/kontroller og i 201 ble det besluttet å etablere virtuelle poliklinikkrom og ved St Olavs hospital ble det i 2019 startet senter for eTerapi med nettbasert behandling

2. Hva er beregnet/ønsket effekt av disse?

Det er ikke en samlet beregning av miljøeffekt for alle tiltak – dette gjøres løpende i prosjektene. Men mange av tiltakene (spesielt de som krever større investeringer) har egne vurderinger av merkostnaden og miljøgevinst.

3. Byggingen av det nye sykehuset i Nord Møre, som skal erstatte Molde og Kristiansund, vil sikkert gi noe gunstig klimaeffekt rent bygningsmessig, men vil vel føre til lenger reisevei for både ansatte og pasienter. Er det beregnet klimaeffekt av dette?

Det er riktig at lokalisering av nytt sykehus i nordmøre og romsdal vil gi økt reisevei for ansatte, og i noen grad kan gi økt reisevei for pasienter. Det fremgår en rekke vurderinger av transportavstand og transporttid i underlaget for lokaliseringen. Beslutning om at sykehuset skal lokaliseres i rimelig avstand fra Molde og Kristiansund er tatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Sykehuset er likevel lokalisert nær befolkningstyngdepunktet i nordmøre og romsdal, og effekten på ansattes reisevei er avhengig av fremtidig bosettingsmønstre for ansatte og hvor mange som skal ha hovedarbeidssted ved DMS Kristiansund. Det er ikke laget egne miljøberegninger av reiseavstanden ut over transportanalysene fra lokaliseringsbeslutningen.



CO_2-utslipp per ansatt fordelt per helseforetak, viser et ganske likt utslipp mellom sykehusforetakene i Midt-Norge, mens Sykehusapotekene i Midt-Norge og Hemit ligger lavere. Dette kan forklares med forskjell i drift og at disse foretakene ikke eier egne lokaler.

HELSE SØR-ØST

» Svar fra fagsjef
Geir Bøhler, Helse Sør-Øst RHF

1. Hvilke tiltak er gjennomført i 2019 som bedrer Helse Sør-Øst sitt klima-regnskap?
Se svar på spørsmål 2

2. Hva er beregnet/ønsket effekt av disse?
Resultatene av Helse Sør-Østs arbeid med klima og miljø vil bli presentert i «Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019», som blir publisert senere i vår. Klimaavtrykket i vår region er sterkt preget av at vi driver sykehus i gammel bygningsmasse der det er vanskelig å ta effektive grep. Vi vil de neste tiårene investere i nye bygninger i hele regionen, og dette forventer vi gir en positiv utvikling, uten at vi kan tallfeste det i dag.

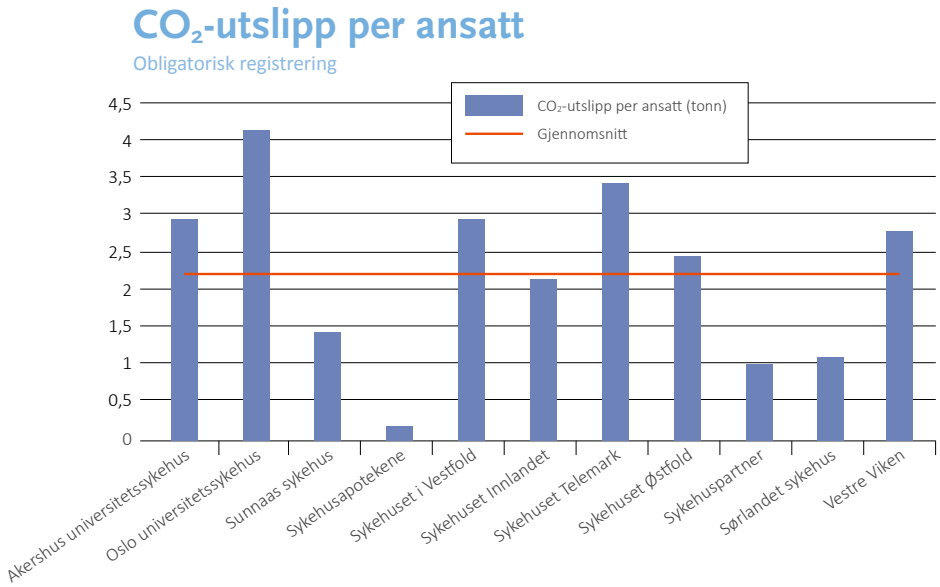
Helse Sør-Øst vedtok i desember 2018 vår regionale utviklingsplan, der bærekraftige helsetjenester er et gjennomgående tema. Der fremgår følgende: Helse Sør-Øst skal:

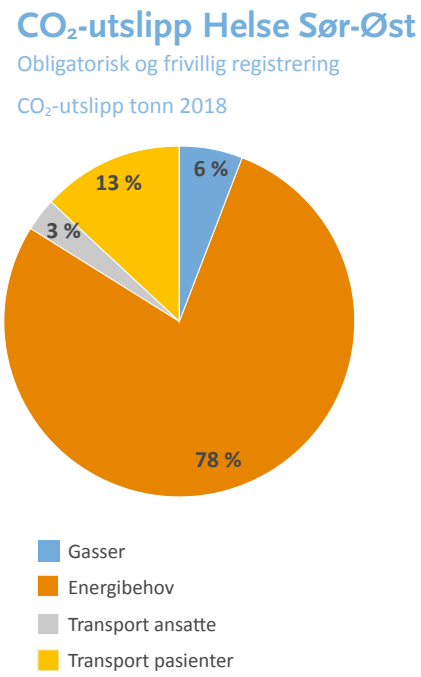
- Legge FNs bærekraftsmål til grunn for tiltak i arbeidet med samfunnsansvar
- Bidra til samfunns- og byutvikling som tar hensyn til demografiske endringer, klimaendringer, globalisering, urbanisering og digitalisering.

3. Med de tegnene vi kjenner nå på endret klima er ekstremvær noe vi må vente mer av i tiden fremover. Dette gjelder også flom og økt vannstand. Nye Drammen sykehus er plassert midt mellom Lierelva og Drammenselva og helt nede ved Drammensfjorden. Hvilke klimamessige vurderinger er gjort her?
I forbindelse med etablering av nytt sykehus i Drammen er det gjort tiltak for å sikre bygget mot flom, i henhold til godkjent reguleringsplan. De viktigste tiltakene er at terrenget på tomten er hevet. Flomsikkert nivå er satt til + 3,40 meter og for å etablere fall bort fra bygget er inngangene til sykehuset lagt på 3,70 meter. Det er også etablert en flomsikker atkomst fra nord-øst og det plasseres ingen kritiske funksjoner i kjeller.

4. Det nye felles sykehuset i Innlandet vil bety lenger reisevei for mange ansatte og pasienter. Er klimaeffekten av dette beregnet?
Det vil ikke bli etablert ett felles sykehus i Innlandet. Vi skal samle spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttsykehus, Mjøssykehuset. Samtidig skal vi fortsatt ha et akuttsykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akuttsykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Vedtaket presiserer også at prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentre skal videreutvikles, noe som har stor betydning for pasienters reisevei.

Prosjektet har så langt sett på virksomhetsinnholdet i Sykehuset Innlandet, ikke på geografisk plassering. Det står på dagsorden første halvår i 2020, og etter planen skal det tas en avgjørelse om plassering av de ulike enhetene i juni. Da vil klimaeffekt av forhold som reisevei, tilgjengelighet med kollektivtransport og mulighet for gjenbruk av bygninger være en viktig del av beslutningsgrunnlaget.





HELSE VEST

» Svar fra seniorrådgiver
Brita Mauritzen Næss, Helse-Vest RHF

Vi er i disse dager i sluttfasen av spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2019 der klimaregnskapet for 2019 blir presentert. Dette er den målingen vi har som gir en indikator på samlet CO_2 utslipp for sektoren.

Alle helseforetakene har miljøstyringssystem som sikrer at det settes mål og delmål og at miljø tas hensyn til i ledelse, daglig drift, i byggeprosjekt eller innkjøp. Videre er det helseforetakene som iverksetter tiltak for å nå målene som settes.

I 2019 presiserte vi, i vårt styringsdokument til helseforetakene, at helseforetakene skulle legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekt.

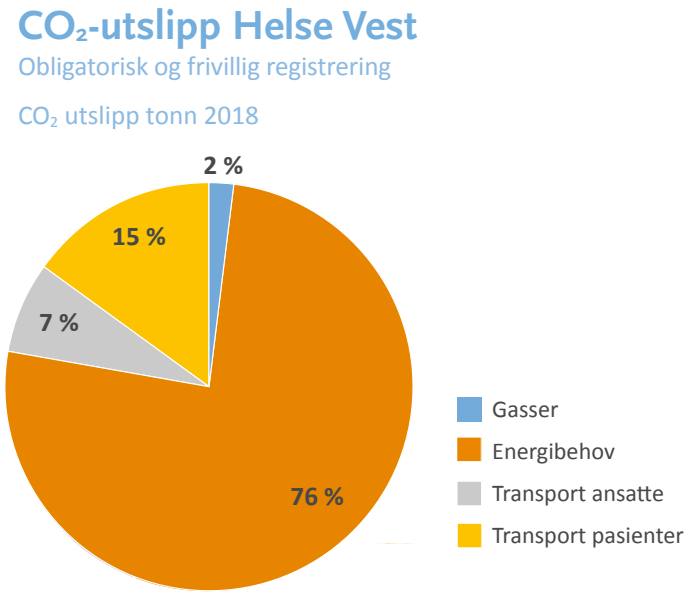
Fra vårt ståsted er det vanskelig å peke på enkelttiltak, men jeg legger her ved hvilke hovedmål helseforetakene har satt seg, se under. For vår del, i RHF-et, har vi blant annet fokus på å benytte Skype på møter når det er hensiktsmessig.

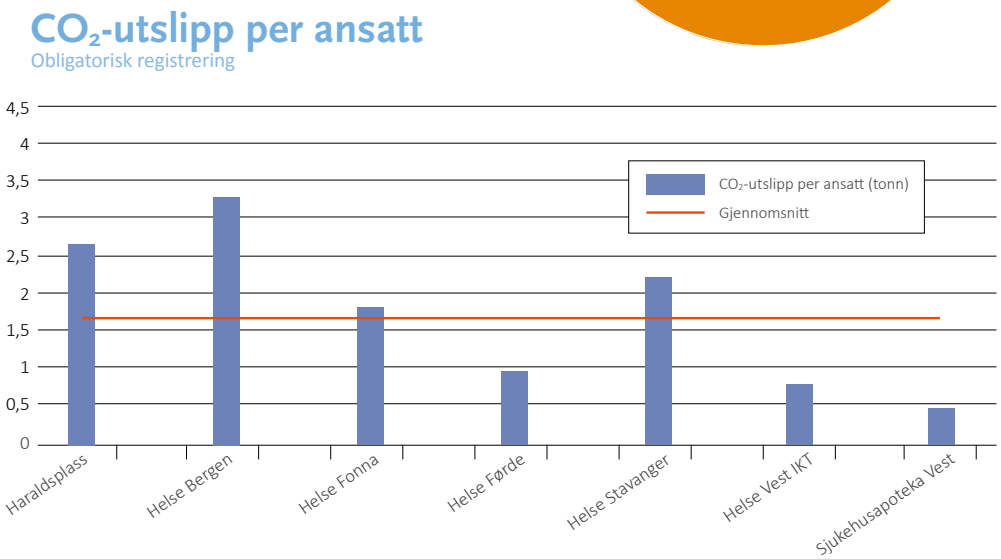
FOR HELE HELSE VEST:

Mål 1:
Miljøbevisste medarbeidarar
- Informasjon og opplæring av medarbeidarane.

Mål 2:
Miljøkrav ved igangsetting av alle nye prosjekter.

Mål 3:
Legge forholda til rette og sette krav ovanfor underliggjande helseføretaka om at dei skal vere miljøsertifisert og at dei skal kunne vise ei kontinuerlig forbetring i sin miljøprestasjon. ●





Se lenker her:
https://helse-midt.no/Documents/Grønt%20sykehus/Spesialisthelsetjenestens%20rapport%20for%20samfunnsansvar%202018.pdf

Handlingens tiår

Avisoverskriftene i årets første uker preges av katastrofale skogbranner i Australia og vårlige temperaturer i en vanligvis så januarkald hovedstad her hjemme. «Siden 2012 har forskerne avslørt klimaendret vær hver eneste dag ett eller flere steder på kloden», skrev Aftenposten 6. januar. I fjor ble det tredje varmeste året som er registrert - 0,72 grader over snittet for 1960–1990. På Svalbard har det nå vært 31 sammenhengende år med temperatur over normalen.

» Av **Anne Cathrine da Silva**, Generalsekretær, FN-sambandet

Med klimaendringer, følger helseplager hakk i hæl. I Australia måtte myndighetene be innbyggerne om å oppholde seg innendørs med vinduer og dører stengt for å unngå å puste inn store mengder røykpartikler fra lufta. I Oslo rapporteres det om luftveisplager som følge av januarvåren. Villere vær gir millioner av klimaflyktninger verden over.

Det er ikke lenger noen tvil; klima, helse og behovet for bærekraftige løsninger henger tett sammen. FNs plan for å løse de store, globale problemene er nedfelt i bærekraftsmålene, som verden ble enige om i 2015. 17 ambisiøse mål som skal gjøre verdens land i stand til å løse alt fra fattigdoms- og sultproblematikk, til utfordringer med klima, likestilling og god utdanning. Vi må ikke glemme ansvaret også Norge har for å løse bærekraftsmålene, minnet statsminister Erna Solberg om i sin nyttårstale.

Og nå haster det. Det er bare 10 år igjen før verden skal ha løst bærekraftsmålene. Klarer man ikke få til en utvikling som er både bærekraftig og møter menneskenes behov i dag, forringer man mulighetene for kommende generasjoner til å få dekket sine behov. Agenda 2030, som bærekraftsmålene også kalles, er en anerkjennelse av at vi bare har en klode, med en begrenset mengde ressurser, og at det er i vår felles interesse å ta vare på den. Derfor må tiåret vi nå har gått inn i bli et handlingens tiår.

Flere av de 17 målene har en relevans for vår nasjonale helse og livskvalitet som påvirkes av mange forhold, som for eksempel nærmiljø, oppvekst- og skoleforhold, tilgang på arbeid og sunne arbeidsforhold, i tillegg til kosthold og fysisk aktivitet. I handlingens tiår er kanskje helheten og kunnskapen om at alle målene henger sammen det viktigste.

Målet som er nevnt sist, er mål 17 som handler om samarbeid for å nå målene. Kanskje ligger nøkkelen akkurat her, det er sammen at vi finner de gode løsningene. På tvers av sektorer, politiske skillelinjer og ideologi. I realiseringen av dette målet får vi også en befolkning med god helse og livskvalitet uavhengig av inntekt, utdanningsnivå, bosted eller økonomi.

Norge er et av verdens mest utviklede land, og vi har kommet langt når det gjelder oppnåelsen av flere av bærekraftsmålene. Men det er ikke til å legge skjul på at også vi står overfor noen utfordringer og må jobbe kontinuerlig for å sikre bærekraftig utvikling. Samarbeid den eneste muligheten vi har for å skape de gode og nødvendige løsningene. Vi trenger regjeringen, arbeidslivsorganisasjoner, kommuner, næringslivet, helsesektoren, sivilt samfunn, skoleungdom og alle som kan være med å bidra med sitt kunnskapsfelt og erfaringer. Vi må heie på hverandre og utfordre hverandre. Nedtellingen er i gang, vi har 10 år igjen til at FNs bærekraftsmål skal innfris, det er nå det gjelder. ●

Folkehelserapporten fra FHI

Illustrasjon: Folkehelseinstituttet/Fete typer

Klimaendringar kan medføre auka risiko for ulykker og skadar og brot på drikkevassleidningar. Temperaturauke kan påverke leveforholda for plantar og skadedyr.

Folkehelseinstituttet har publisert sin Folkehelserapport, og i denne er det et kapittel viet klima og helse.. De forventer mer ekstremvær, flere skred, økt forekomst av infeksjonssykdommer og også nye sykdommer som f.eks. malaria. Ekstremværet kan gi psykiske plager. Vi har klippet noen høydepunkter fra det aktuelle kapittelet.

Arne Refsum, red

HOVEDPUNKT

- Det er forventa at klimaendringer vil føre til meir ekstremvêr og temperaturauke i framtida, også i Noreg.
- I Noreg kan endringane føre til meir flom og fleire skred, men vi har ikkje data som kan vise at dette får betydning for helse og dødsfall i befolkninga.
- Temperaturauke kan auke utbreiinga av flått og dermed flåttborne sjukdomar.
- Temperaturauke kan også auke utbreiinga av pollenproduserande plantar og dermed auke førekomsten av pollenallergi.
- Auka førekomst av posttraumatisk stressliding (PTSD), depresjon og angstlidingar er påvist i etterkant av ekstremvêr og naturkatastrofar.
- Klimaendringar påverkar busetnad, matproduksjon og utbreiinga av smittsame sjukdomar andre stader i verda. Slike endringar kan indirekte få følgjer også for Noreg.

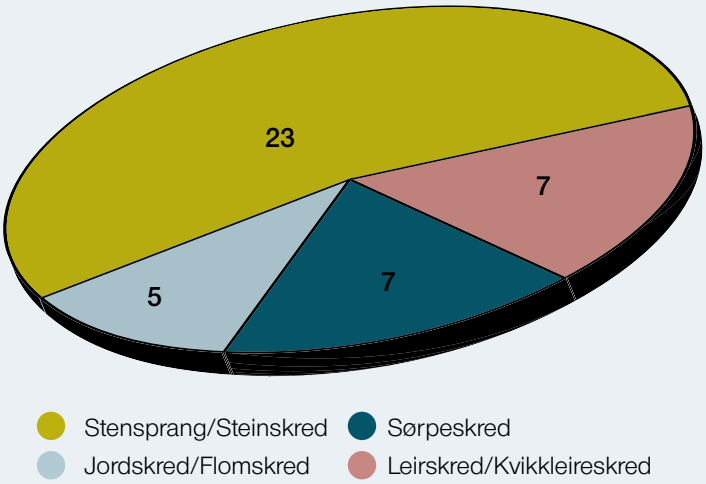
TALET PÅ SKRED I FRAMTIDA

IPCC (2014) konkluderte med at talet på personar som blir utsette for uvanleg stor flom, er forventa å auke over heile verda.

Dersom den globale oppvarminga i nokre geografiske område aukar, og talet på hendingar med store nedbørsmengder også aukar, venter vi at dette vil utløyse fleire grunne og rasktflytande skred. Eksempel på slike skred er blant anna flomskred og jordskred. Vi forventar derfor at det totale talet på personar som er utsette for skred vil auke i ulike område i verda.

I Noreg er det nokre få studiar som har undersøkt forholdet mellom skred og klima, blant anna Geoextreme (hovedsakelig snøskred) Resultata frå Geoextreme- prosjektet viser blant anna at:

- Hyppigheita av snøskred vil auke i delar av Midt-Noreg og Vestlandet. Store delar av Sør-Noreg vil derimot få liten eller ingen auke i talet på snøskred, sjølv om klimaendringar vil føre til meir ekstremvêr.
- For jordskred og flomskred er resultata meir usikre, men det er ein generell aukande tendens i Midt- og Nord-Noreg.



Figur 2. Dødsfall fordelt etter skredtypar i perioden 1995-2016. Figuren omfattar 25 skred og 42 dødsfall. Dei skredtypane som først og fremst er knytt til store nedbørsmengder, er løsmasseskred (jord, leire) og sørpeskred. Dødsfall på grunn av snøskred er ikkje inkludert i figuren. Kjelde: NVE.

Om global temperaturauke og folkehelse

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) skriv i 2014-rapporten korleis klimaendringar held fram med å utvikle seg (IPCC, 2014). Temperaturen globalt har auka omtrent i takt med CO_2-konsentrasjonen, og ein reknar med at temperaturen vil auke også i komande tiår dersom det ikkje blir reduserte utslepp av CO_2 og andre gasser som påverkar temperaturen.

Nedanfor tar vi for oss dei ulike følgjene som klimaendringane kan få for folkehelsa i Noreg.

Skader og dødsfall som følge av ekstremvêr og skred

Auken i ekstremvêrhendingar som vi har sett dei siste åra, er i tråd med klimamodellane til forskarane (IPCC, 2014). Det er venta at talet på ekstremvêrhendingar fortset å auke når temperaturen stig ytterlegare. Døme på ekstremvêr er korte periodar med høg temperatur, kraftig vind og store nedbørsmengder. Regnet kan gi flom i elvar og utløyse skred. Ein fryktar at hyppigare flom og skred kan medføre fleire dødsfall og skadar.

Om skredaktivitet i Noreg

Dei typiske skredtypane i Noreg er snøskred, sørpeskred, steinsprang, steinskred, fjellskred, jordskred, flomskred, leirskred og kvikkleireskred.

Alle skred er meir eller mindre påverka av vatn, for eksempel frå grunnvatn i terrenget eller i form av regn.

Dei skredtypane som oftast blir utløyste under intenst regn og/eller snøsmelting, er jordskred, flomskred og sørpeskred.

Andre effektar av fuktigare klima

Korn og matforsyning:
Som følgje av varmare og våtare klima er det fare for at førekomsten av naturlege gifter kan auke, for eksempel muggsoppgifter i korn. Folkehelserapporten har eit eiget kapittel om miljøgifter.

Inneklima: Fuktigare klima aukar risikoen for fuktskader på bustader og andre bygningar. Folkehelseinstituttet har ein eigen artikkel om Tiltak ved helseplager i fuktige bygningar.

Flåttborne infeksjonar

I Noreg kan temperaturauke endre vilkåra for skadedyr som flått, som igjen kan auke førekomsten av flåttborne sjukdomar. Dette er sjukdomar som skuldast virus eller bakteriar som flåtten overfører til menneske.

Noreg utgjer den nordlege utbreiingsgrensa i Europa for flåtten *Ixodes ricinus.*

Flått finst no både lengre nord og høgare opp i fjellet enn tidlegare.

Andre infeksjonar som blir overførte via insekt

Ved klimaendringar kan også nye insektsoverførte sjukdomar bli etablerte i Noreg.

- Vestnilfeber blir overført av mygg som finst i Noreg, men med dagens klima klarer ikkje viruset å modnast lenger nord enn til Mellom-Europa.
- Asiatisk tigermygg kan spreie ei rekke ulike virus, blant anna sjukdomane denguefeber og chikungunyafeber. Denne myggen spreier seg raskt i Europa og med dei forventa klimaendringane, kan myggen etablere seg i kystområde i Sør-Noreg.

- Leishmaniose som kan spreiast med sandfluger.
- Dagens klima gjer at også malaria kan etablere seg på våre breiddegradar. Dagens helsetilbod er likevel tilstrekkeleg til å halde befolkninga fri for smitte.

Mat- og vassborne infeksjonar

Klimaendringane kan også auke førekomsten av infeksjonar fordi ekstremvêr medfører brot på drikkevassleidningar og forureining av drikkevatnet, sjå avsnitt om skred ovanfor og kapittel om mat- og vassborne sjukdomar.

Lengre pollensesong og nye allergiar

Temperaturauke vil endre vekstvilkåra for pollenproduserande tre og plantar (Nordic Council of Ministers, 2009). Dette fører til at pollensesongen blir forlenga og kan dermed auke førekomsten av pollenallergiar, i tillegg til at pollenallergi kan oppstå tidlegare i livet hos dei som blir ramma.

Temperaturauke kan også føre til at planter etablerer seg i område der dei ikkje veks i dag. Ein reknar derfor med at klimaendringar vil føre til etablering av pollenallergi mot nye plantearter *(Lake, 2017)*.

Pollenallergi inneber både høgsnue og pollenrelatert matallergi mot plantemat generelt

Auka luftforureining

Klimaendringar kan bidra til auka luftforureining, for eksempel gi høgare nivå av bakkenært ozon, som i sin tur kan forverre luftvegs- og hjertekarlidingar og auke førekomsten av for tidleg død i befolkninga. Luftforureiningar kan utløyse astmaanfall og forsterke kroppen sine reaksjonar på luftvegsallergen hos personar som allereie har astma eller høgsnue (rhinitt). Forureiningar kan irritere slimhinnene og forsterke astma og allergiplager *(D'Amato, 2014)*.

Framskrivingar av endringer i klima og luftforureining kan tyde på at klimaendringane i mindre grad påverkar dødelegheita som følgje av luftforureining. Utsleppsreduksjonar, endra demografi og endringar i utforming av bustadar vil påverke dødelegheita i langt større grad, også i nordeuropeiske byar (*Geels, 2015*).

Auka temperaturar i arktiske område har reist spørsmål om nedsmelting av is kan føre til frigjering av miljøgifter, som igjen kan auke forureininga av fisk og skaldyr. Ei ny oppsummering frå Det europeiske mattilsynet EFSA meiner imidlertid at dette er usikkert *(Sundseth, 2015)*.

Psykisk helse

Klimaendringar kan verke inn på psykisk helse både direkte og indirekte.

Auka forekomst av posttraumatisk stressliding (PTSD), depresjon og angstlidingar er påvist i etterkant av akutte og vedvarande naturkatastrofer som flaum, tørke, hetebølgjer og ekstremvêr *(Barrett, 2015; Patz, 2014)*.

Naturkatastrofar vil oftare ramme sårbare delar av befolkninga. Dei same gruppene vil ofte ha dårlegare tilgang til tenester og behandling for psykisk helse.

Både akutte og varige klimaendringar vil auke risikoen for sosial uro og konflikt, med påfølgande konsekvensar for psykisk helse *(Watts, 2015)*.

Fysiske skadar og sjukdomar som følge av klimaendringar vil óg ha konsekvensar for psykisk helse blant dei som blir råka, samt born og andre pårørande *(Watts, 2015)*.

Samanhengen mellom klimaendringar og psykisk helse er samansette og komplekse. Vi treng betre kunnskap både om samanhengane og om korleis vi kan møte utfordringane, slik at vi kan redusere konsekvensar for psykisk helse i befolkninga.

Auka migrasjon

I nokre område på kloda kan det bli umogleg å bu på grunn av for høge temperaturar og havnivåstingning. Som følge av dette kan migrasjonen auke. Det er usikkert i kva grad dette vil påverke Noreg (NOU 2010:10 kap. 11.3.2 Migrasjon) (*Miljøverndepartementet, 2010*).

Se lenker her:
https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/klima-og-helse/
https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/avsluttet/effekt-av-klimaendringer-pa-sammenhengen-mellom-ekstreme-varhendelser-og-va/

Lokalisering av sykehus – tilgjengelighet og miljøkonsekvenser

Det er få tema som engasjerer politikere, helsepersonell og lokalsamfunn like mye som lokalisering av sykehus. Det har i første rekke vært debatter om ett eller flere sykehus, plasseringen av dette/disse og betydning dette har for kvalitet, rekruttering og tilgjengelighet og det regionale arbeidsmarkedet (viktig som kunnskapsarbeidsplass). I denne artikkelen skal vi heller fokusere på tilgjengeligheten for pasientene og hvilke miljøkonsekvenser det har når en endrer sykehustilhørighet for en befolkning.

» Av **Frants Gundersen**, forskningsleder, og **Bjørg Langset**, forsker, Transportøkonomisk institutt

Et sykehus genererer svært mye trafikk. For det første må pasientene til og fra sykehuset. For det andre er sykehustjenester arbeidsintensive, så det er mange arbeidsreiser til og fra sykehus. For det tredje er det store vareleveranser til sykehuset. Og i tillegg generer sykehus også en god del reiser av besøkende/pårørende til pasienter som er innlagt. Hvor sykehuset ligger vil derfor ha stor betydning for det totale *trafikkarbeidet*[1] som genereres.

Endring i trafikkarbeidet skjer ved enhver form for endring av hvordan befolkningen er tilknyttet et helseforetak (HF). Om det er sentralisering av tjenester, flytting eller nybygging av helseinstitusjoner eller endring i administrativ tilknytning til HF, så er det den samme effekten på trafikkarbeidet som må undersøkes – personer (og varer) får en annen rute til sykehuset[2]. Her skal vi belyse problematikken med et eksempel på det siste – endret administrativ tilknytning.

Sande og Holmestrand i Vestfold slo seg sammen til nye Holmestrand fra 1.1.2020, men var tidligere tilknyttet hvert sitt helseforetak. Sande hørte til Vestre Viken HF og Holmestrand til Vestfold HF. Ved kommunesammenslåing skal i utgangspunktet den nye kommunen primært knyttes til ett HF, og siden den nye kommunen ligger i Vestfold (og Telemark) er en tilknytning til Vestfold HF et naturlig utgangspunkt. Men hva blir konsekvensene for trafikkarbeidet (og dermed tilgjengelighet og miljøet)?

Både Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold består av flere sykehus og ulike lokaliteter, men vi begrenser oss til å beregne reiser til Drammen sykehus og sykehuset i Tønsberg. Vi bruker også bare endret transportarbeid for pasientene som eksempel. Endring i trafikkstrømmer som kan oppstå for andre grupper (ansatte, besøkende og vareleveranser) ville krevd egne analyser.

Beregningene baserer seg på *TØIs reisetids- og avstandsdatabase,* befolkningsdata på grunnkretsnivå fra SSB, samt behandlingsdata etter kommunene og helseforetak fra Norsk pasientregister (NPR) pr 2018.

Reisetider etter område

I figur 1 vises reisetider til sykehuset i Drammen for områder i den nye kommunen. Hovedbildet er at det er nesten ingen områder i de to kommunene som har dårlig tilgjengelighet til sykehuset. Kun tre områder, helt nord, helt sør-vest og helt sør-øst i Holmestrand har mer enn 30 minutters kjøretid. Den generelle tilgangen til sykehuset i Drammen må sies å være god.

Gjør vi samme beregning for reisetiden til Sykehuset i Vestfold får vi et bilde som i figur 2. Det generelle bildet er at tilgjengeligheten for begge kommunene sett under ett er dårligere enn for tilgjengeligheten til Drammen sykehus. Unntaket er området sør-øst i Holmestrand, der reisetiden til Sykehuset i Vestfold er kortere enn til Drammen. Men det er her de fleste i gamle Holmestrand kommune tross alt bor. Og selv om tilgjengeligheten er noe lavere til Sykehuset i Vestfold enn til Sykehuset i Drammen er den generelle tilgjengeligheten likevel også god til Sykehuset i Vestfold.

Det som er mest interessant i denne sammenhengen er forskjellen på reisetid mellom ulik tilknytning til HF. Hvis vi først ser på endringene ved tilknytning til Sykehuset i Vestfold får vi et resultat som i figur 3. Endringene er null for alle områder i Holmestrand, siden denne kommunen i dag er tilknyttet Sykehuset i Vestfold.

Områder i Sande, lengst fra Tønsberg, får en del lengre reisevei, opp mot 25 minutter, enn om kommunen var tilknyttet Vestre Viken HF. Det er også slik at alle områdene i Sande får lengre reisevei, det vil si at hele denne delen av den nye kommunen ligger nærmere Sykehuset i Drammen enn Sykehuset i Vestfold.

Gjør vi det samme for en tilknytning til Sykehuset i Drammen får vi et litt annet bilde (figur 4). Her vil det være null endring for alle områder i Sande, mens store deler av Holmestrand faktisk ligger nærmere Sykehuset i Drammen enn Sykehuset i Vestfold i reisetid. Det aller meste av den vestlige delen (gamle Hof kommune), vil få reduksjon i reisetid hvis Holmestrand ble knyttet til Vestre Viken HF. Skillet går omtrent ved Bringåkertunnelen på E18. Her er reisetiden cirka 24 minutter til begge sykehusene.

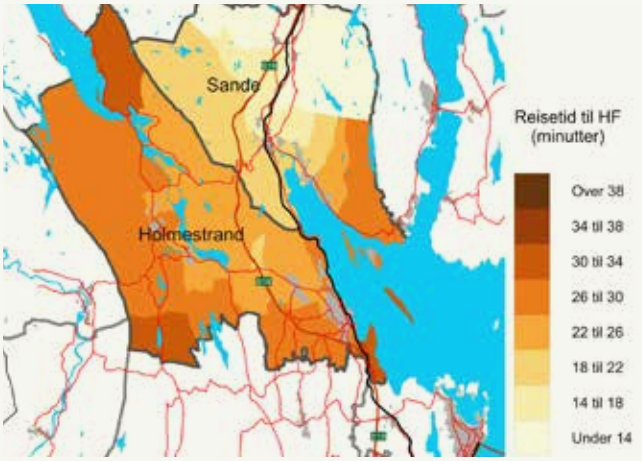
Det eneste området i Holmestrand som ville fått lengre reisevei (i tid) til sykehuset ved en tilknytning til Vestre Viken HF, er det sørøstlige delen. Denne delen omfatter imidlertid hele Holmestrand tettsted, og omfatter dermed en stor del av befolkningen.

Tilgjengelighet

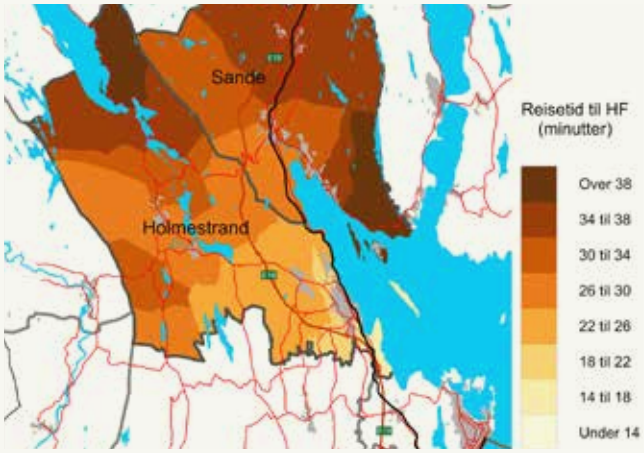
For å beregne totaleffekten må vi også se på hvor mange mennesker som befinner seg i de ulike sonene. Endring i reisetid må også ses i sammenheng med den faktiske mengden av pasienter fra de to kommunene. Hvor stor andel av pasientene som faktisk vil endre behandlingssted vil variere med type pasient. Utrykninger for øyeblikkelig hjelp vil uansett velge nærmeste sykehus med relevant tilbud, og med fritt sykehusvalg vil en del pasienter (andelen varierer med pasienttype) enten beholde sin relasjon til et sykehus eller velge et annet sykehus enn det som kommunen formelt er tilknyttet, der nærhet nok er en viktig faktor i valget.

Det synes derfor realistisk å forutsette at det vil bli en større andel av pasientene som endrer sykehus til Vestre Viken fra Holmestrand, enn motsatt. Årsaken til dette er at vi antar flere i Sande vil benytte fritt sykehusvalg, spesielt de som bor innen noen få minutters kjørevei fra Drammen sykehus. Dette vil gjelde både ved akutt skade og ved planlagte behandlinger.

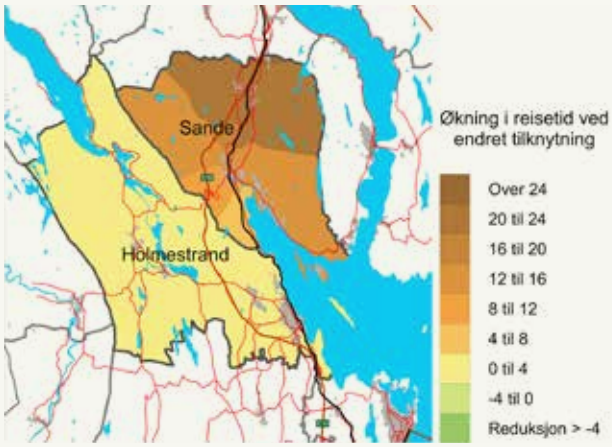
En gjennomgang av pasientstatistikken for 2018 fra Norsk pasientregister (NPR) for de ulike pasientgruppene, på de ulike sykehusene, gir et anslag på endringer i pasientstrømmene. Av rundt 14200 behandlinger på sykehuset i Drammen, av personer bosatt



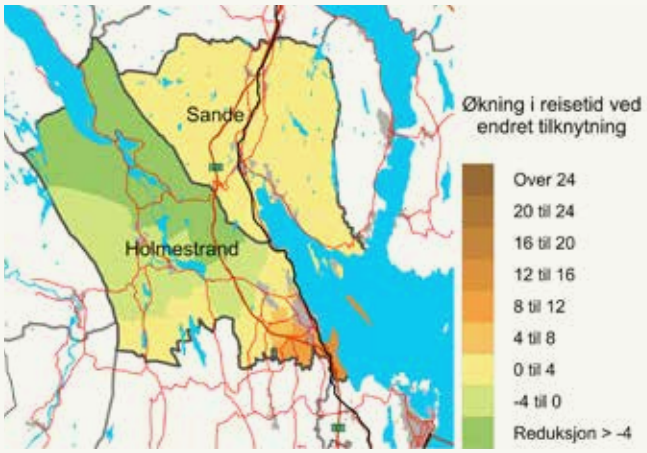
Figur 1 Reisetid til Sykehuset i Drammen. Minutter.



Figur 2 Reisetid til Sykehuset i Vestfold. Minutter.



Figur 3 Endret reisetid til HF hvis tilknytningen blir til Sykehuset i Vestfold. Minutter.



Figur 4 Endret reisetid til HF hvis tilknytningen blir til Sykehuset i Drammen. Minutter.

Tabell 1 Samlet kjørelengde brukt på reise til sykehus (én vei) for hele befolkningen i Sande og Holmestrand. Dagens situasjon og ved tilknytning til henholdsvis HF Vestfold og Vestre Viken HF. Kilometer

	Situasjonen i dag		Tilknytning VV		Tilknytning SiV		Endring	
	Veilengde til VV	Veilengde til SiV	Veilengde til VV	Veilengde til SiV	Veilengde til VV	Veilengde SiV	Ved tilknytning VV	Ved tilknytning SiV
Holmestrand	70758	686460	629635	183380	70758	686460	55797	0
Sande	295456	86512	295456	86512	118750	475475	0	212258

i Sande kommune, anslås det at 8500 behandlinger vil etter en tid bli flyttet til Sykehuset i Vestfold om hele Holmestrand knyttes til Sykehuset i Vestfold som primærsykehus. Tilsvarende, om den nye kommunen knyttes til Vestre Viken antar vi at 15300 behandlinger av personer i gamle Holmestrand flyttes fra Sykehuset i Vestfold til Vestre Viken.

8500 og 15300 besøk som endrer reisevei blir henholdsvis 858 og 1064 besøk per 1000 innbyggere i Sande og Holmestrand kommune. Disse andelene benytter vi til å beregne befolkningens totale endring i reisetid til sykehus. Dette gjøres ved å summere antall personer i hver grunnkrets vektet med gjennomsnitlig antall sykehusbesøk og reiseavstand til sykehuset. En slik beregning gir at personer i Holmestrand vil bruke litt over 52000 ekstra minutter på reise til sykehus hvis kommunen blir knyttet til Vestre Viken HF. For Sande blir det ingen endring. Hvis den nye kommunen blir knyttet til HF Vestfold må befolkningen i Sande derimot belage seg på å bruke over 131 000 ekstra minutter på reise til sykehus. Det er litt over 3 måneder. Siden de også skal hjem igjen etter besøket vil den økte reisetiden bli litt over et halvt år. Dette høres mye ut, men hvis vi ser på hvor mange som faktisk besøker sykehus, gir ikke dette en gjennomsnittlig økning på mer enn 8,16 minutter én vei. For personer som bor i Holmestrand vil økningen i reisetiden én vei øke med 2,28 minutter hvis kommunen knyttes til Vestre Viken HF.

Klimaavtrykk

Reisetiden over beregnes etter skiltet hastighet langs vei. Det betyr at vi også kan se på den samlede ekstra kjørelengden ved endret sykehustilknytning. Og det er kjørelengden som vanligvis benyttes for å beregne klimautslippene. Ekstra kjørelengde er vist i tabell 1.

Den økte lengden som personer i Sande må reise for å komme til sykehus, hvis kommunen knyttes til HF Vestfold (212 258 km), er omtrent fem ganger rundt Jorda. Ser vi imidlertid på hvor mye lengre hver sykehusreise blir, er dette 2,44 kilometer for personer i Holmestrand og 13,18 kilometer for personer i Sande.

Hvor mye dette gir av økte klimagassutslipp er selvfølgelig avhengig av en hel del parametere, slik som hvor mange som sitter i bilen, hva slags drivstoff bilen går på og hvor stor andelen som faktisk kjører bil. Et anslag er å anta at alle kjører biler med en miks av drivstoff som gir 80 gram utslipp av CO_2 per personkilometer[3]. Det gir en økning i utslippene på litt under 9 tonn CO_2 hvis den nye kommunen knyttes til Vestre Viken HF og cirka 34 tonn CO_2 hvis den nye kommunen knyttes til HF Vestfold. Dette er for både kjøring til og fra sykehus for pasienter. Mengden utslipp vil imidlertid synke etter hvert som bilparken elektrifiseres.

Analysen her er av det enkle slaget som kun ser på pasientstrømmer. Men tilsvarende analyse kunne også blitt gjennomført for ansatte og besøkende – noe som ville øke de effektene vi beskriver. Og tilsvarende analyser kunne også gjennomføres for alle typer av endringer i sykehuslokalisering. Nytt sykehus i Drammen vil for eksempel redusere reisetiden sørover i Vestfold med 2-3 minutter. Dette slår direkte ut på effekten for de to kommunene. Med nytt sykehus i Drammen blir det hipp som happ for Holmestrand om kommunen er knyttet til Vestre Viken HF eller HF Vestfold (nærmere sykehus kompenserer for den ekstra reisetid på 2 minutter i dag). For Sande blir effekten derimot forsterket. Fra dagens situasjon med tilknytning til Vestre Viken HF vil forskjellen i reisetid øke med 2-3 minutter hvis kommunen knyttes til HF Vestfold.

Gjennomgangen viser også at for å få et dekkende bilde at pasientstrømmer må en ta hensyn til geografien under kommunenivå. Situasjonen er ganske ulik for Sande og Holmestrand, og selv i Holmestrand er det betydelig forskjell på området rundt Holmestrand tettsted og gamle Hof kommune. Etter hvert som kommunene slår seg sammen til større enheter vil de interne ulikhetene mht tilgjengelighet lett forsvinne, og uønskede effekter kan skjules av gjennomsnittstall. Imidlertid må vi avslutningsvis igjen bemerke at den generelle tilgjengeligheten av sykehus for nye Holmestrand kommune vil være god – uansett hvor i kommunen en bor og uansett hvilket HF kommunen knyttes til. ●

Fotnoter

1 Trafikkarbeidet er den totale kilometerlengden som alle turene til sammen genererer. Altså ikke bare antall turer eller gjennomsnittslengden på turene, men produktet av disse størrelsene.

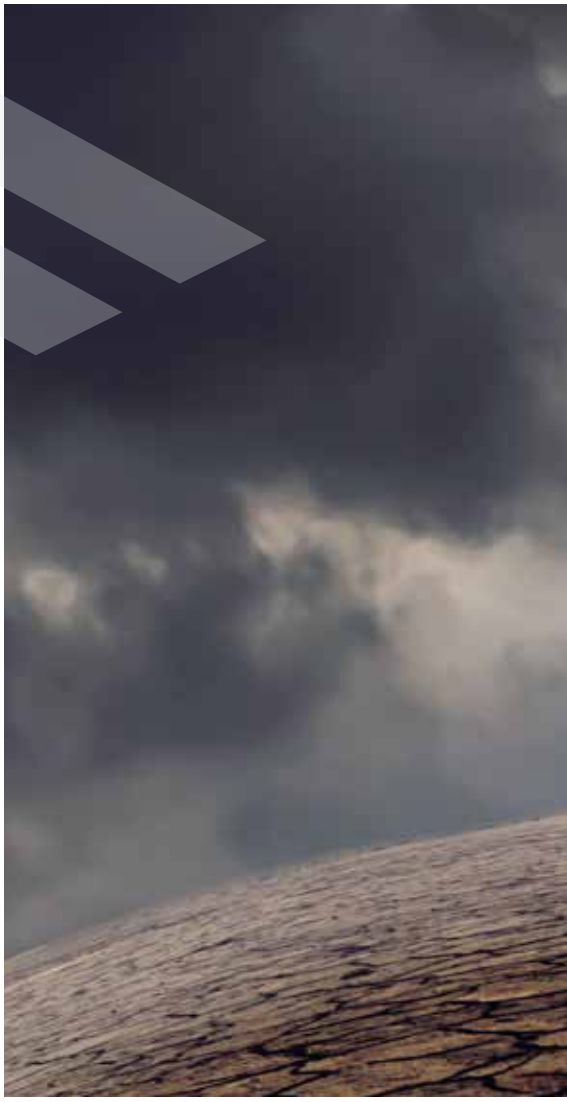
2 Det presiseres at dette ikke gjelder en del andre problemstillinger, slik som fagmiljø, rekrutteringsmuligheter, arbeidsmarkedsbetydning osv. – kun tilgjengelighet og trafikkarbeid.

3 Statistisk sentralbyrå (2018) «Mindre utslipp per kjørte kilometer» https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/artikler-og-publikasjoner/mindre-utslipp-per-kjorte-kilometer

Når været ikke passer

150 år med værobservasjoner viser oss at klimaendringene allerede forandrer Norge. Skal framtidens samfunn være tilpasset dette nye klimaet, må vi ta denne kunnskapen innover oss nå.

» Av Hans Olav Hygen,
avdelingsleder for klimatjenester ved Meteorologisk institutt



Mange av oss kjenner følelsen av å ta på en skikkelig god genser, som plutselig ikke passer lengre fordi den har krympet i skapet. Det lar seg likevel løse. Men hva gjør vi når været ikke passer? Når vannet flommer inn i huset som var «perfekt klimatilpasset» for 20 år siden? Hvordan skal vi bygge i 2022 for å unngå at vi får kjelleren full av vann i 2051? Om vi ikke kan få været til å passe samfunnet, må vi få samfunnet til å passe.

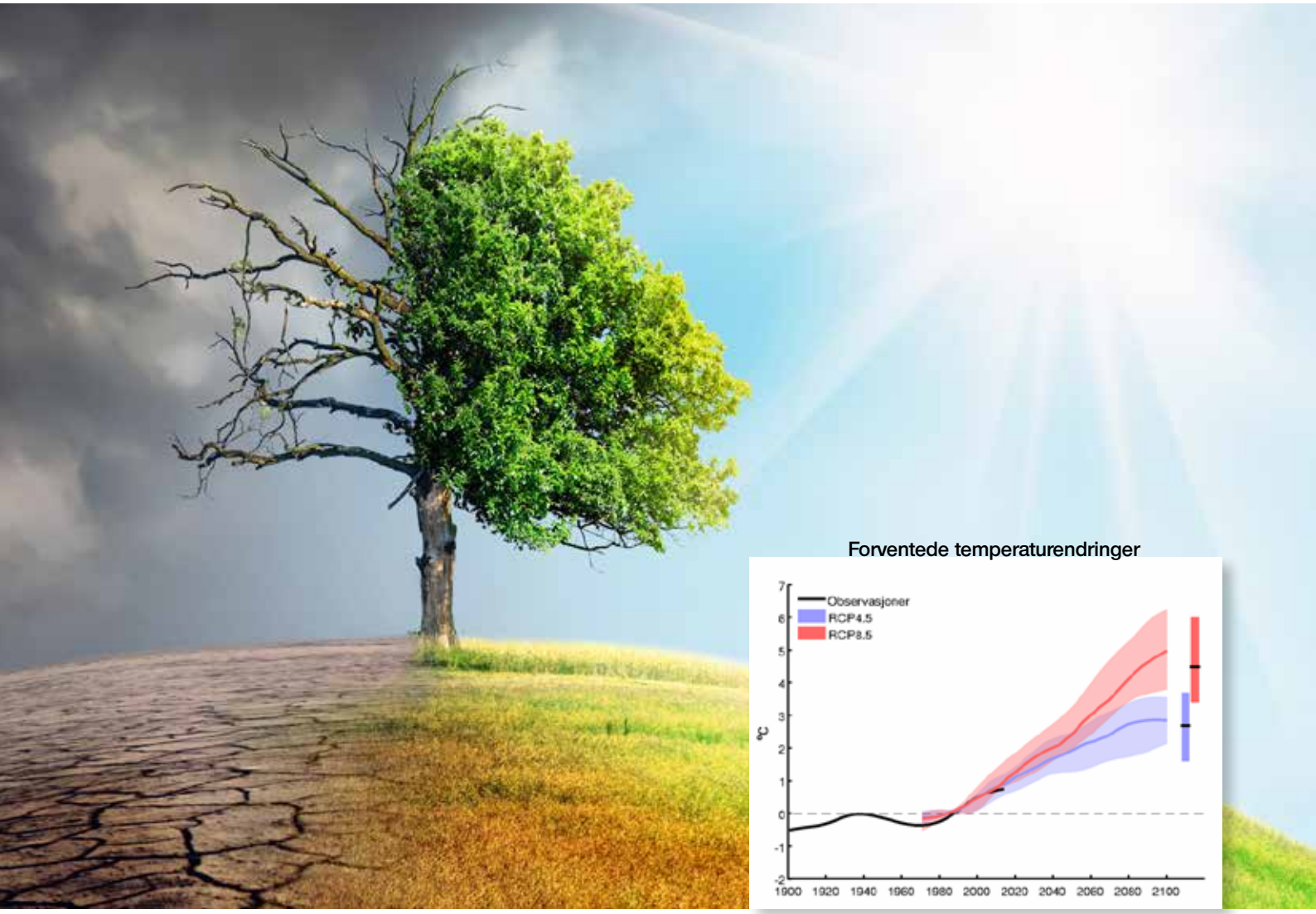
Det er ikke regn eller temperatur fra dag til dag som skader bygg og infrastruktur, men de mer ekstreme utslagene i været. Ett unntak er at treverk som utsettes for varmere vær og mer nedbør lettere råtner. Vi ser eksempelvis av historiske værdata at de kraftigste bygene har blitt kraftigere. Det vil si at regnbygene som kan gi skade kommer noe hyppigere, og risikoen for nedbørshendelser med stort skadeomfang har økt. Det er ikke trivielle verdier som står på spill her, én kraftig regnbyge kan koste 500 millioner kroner.

I 1866 fikk Henrik Mohn i oppdrag å starte Det Norske Meteorologiske Institutt (MET). Noe av det viktigste Mohn og hans medarbeidere gjorde METs første tiår var å systematisere observasjonene inn i et nettverk som ga nasjonal dekning. Da de første vannkraftverkene ble etablert i 1890-årene, fikk observasjonene ytterligere et løft fordi vann var blitt til penger. Siden Mohns dager har MET fortsatt å observere all slags vær, og ta vare på, og analysere disse observasjonene. Disse funnene utgjør fortsatt en viktig jobb for oss, og viser oss helt klart og tydelig: Været og klimaet er i endring.

Disse endringene får ulike utslag avhengig av hvor i landet og del av året det er snakk om. For eksempel har temperaturen i Norge steget med drøyt 1 grad celsius. Aller mest øker temperaturen i nord og i innlandet - med de aller største endringene på Svalbard. Størst er oppvarmingen på vinteren og mindre om sommeren. Nedbøren i Norge har økt med ca 18% i løpet av det siste århundret. De største endringene er registrert om høsten på Vestlandet, mens sommeren på Østlandet i snitt har minst økning.

For å forstå hva som skjer framover, må vi nedskalere globale klimaprojeksjoner. Nedskalering vil si at vi bruker en kombinasjon av fysikk og statistikk til å tolke hva disse globale klimaprojeksjonene betyr for Norge. Resultatet av dette arbeidet er presentert i rapporten Klima i Norge 2100 fra 2015, og tilgjengelig på klimaservicesenter.no. Her ser vi at den oppvarmingen vi alt har registrert vil fortsette fremover, med ulikt etter hvilket scenarier vi legger i bunn. Nedbøren vil fortsatt øke i Norge, ikke minst ekstremnedbøren. Snømengden og snøsesongen vil minke i lavlandet, mens snømengden kan øke i fjellet og deler av innlandet. Disse endringene i vær og klima vil også gi seg utslag i endret flommønster. Vi forventer færre store snøsmelteflommer, men flere regndrevne flommer vil bli hyppigere og kraftigere - som den som raserte Odda i 2014. Tilsvarende ser vi at problemene med overvann i bebygde områder vil bli hyppigere.

Det er ikke bare vår fysiske infrastruktur som er utsatt for disse endringene. Jordbruket møter utfordringer knyttet til nye nedbørsmønstre og økt risiko for tørke. For eksempel kommer nye insekter som nå får bedre kår i Norge. Meteorologisk institutt har



Forventede temperaturendringer

også sammen med helsesektoren sett på faren for drikkevannet vårt i et nytt klima, og risikoen hetebølger representerer, særlig for eldre. Begge studiene antyder at denne type risiko er begrenset i Norge, mye på grunn av godt utbygd samfunn og infrastruktur.

Klimaendringene er her, og vil fortsette framover. Men nøyaktig hvordan utfallet blir avhenger av noen klare premisser. Det viktigste er: Det er fysikkens lover gjelder, og vi har forstått dem godt nok. Med denne forutsetningen er det bygd store datamodeller der klimautviklingen simuleres. Disse modellene testes mot klimahistorikken, og da blir det klart at menneskelige utslipp av drivhusgasser som CO_2 har sterk påvirkning av klimautviklingen. Her kommer en av utfordringene: Hvilken internasjonal politikk blir rådende? Vil vi nå Parisavtalens maksgrense med 1,5 grader oppvarming siden førindustriell tid, eller vil vi fortsette omtrent som nå?
I FNs klimapanel er det satt opp fire ulike scenarier kalt RCP8.5, RCP6.0, RCP4.5, RCP2.6 som representerer fire ulike utviklinger. RCP2.6 er satt opp for å nå målet om maks to grader oppvarming, mens den motsatte ytterligheten, RCP8.5, representerer noe i nærheten av at vi fortsetter som i dag uten store restriksjoner. Utslaget av hvilken utvikling vi ender opp med kommer til å ha stor betydning. Blir det noe i nærheten av RCP2.6 vil endringene i verdens klima bli svært begrensede, mens det øvre scenariet gir store endringer med en global temperaturendring på 4-6 Celsius.

Vi vet med andre ord en hel del om hvilket vær vi får i fremtiden. Nå gjelder det å bygge et klimatilpasset samfunn, med bygg og infrastruktur som er robuste i vårt nye klima.

Skal vi sørge for at samfunnet fortsatt passer til været, må vi ta kunnskapen om klimaendringene inn i planlegging og budsjetter. Bare slik unngår vi kjelleren full av vann. Og mens vi bygger dette klimatilpassede samfunnet, må vi være bevisste på at kutt i utslipp av drivhusgasser er det viktigste vi kan gjøre for at været fortsatt skal passe. ●

Helseeffektene av klimaendringer kan få store samfunnsmessige konsekvenser

Det er dokumentert en lang rekke helseeffekter av endringer i klima- og værforhold, som viser at klimaendringene vil få omfattende konsekvenser for framtidas samfunn. Hovedfokuset i denne forskningen har, i likhet med det meste av forskningen om virkninger av klimaendringer, vært å skaffe seg mer inngående kunnskap om de ulike effektene og hvordan de slår inn på bestemte indikatorer. Det også påvist store variasjoner avhengig av hvem som rammes av hva, men det er fortsatt lite kunnskap om hvilke konsekvenser en forventet endring i helsetilstanden i befolkningen vil få for velstandsutviklingen og for forskjellene mellom folk og land.

» Av Asbjørn Aaheim, CICERO, Senter for klimaforskning

Kildene

Man skiller gjerne mellom tre kilder til helseeffekter, som vil endre seg ulikt under klimaendringer. De umiddelbare effektene knytter seg til kroppens reaksjoner på klima og værforhold. Det er gjort mange studier av dødelighet og sykdom under høye temperaturer, ikke minst i forbindelse med hetebølger. Det finnes også en del studier av kulderelaterte sykdommer. Til de umiddelbare effektene hører også dødsfall og skader som skyldes naturulykker, som storm, flom, skred og skogbranner.

I tillegg er det dokumentert mange indirekte effekter, der kilden kan være endringer i økosystemene eller samfunnsmessige endringer i kjølvannet av klimaendringer. Endringer i økosystemene vil føre til økt hyppighet av vektorbårne sykdommer, som malaria, dengue-feber, borreliose etc. I flere områder må en forvente virkninger på kvaliteten i mat- og vannforsyningen, som vil gjøre folk mer utsatt for sykdommer som kolera og salmonella. Klimaendringene vil også føre til endringer i luftkvalitet, blant annet knyttet til hyppigere skogbranner, med økt risiko for luftveisinfeksjoner og astma, blant annet.

Også samfunnsmessige forhold vil være en kilde til hvor sterkt klimaendringene vil slå inn på helsetilstanden, fordi sårbarheten varierer betydelig mellom ulike befolkningsgrupper. Små endringer i klimaet kan føre til store endringer i matforsyningen for fattige. Det fører til hyppigere sult-episoder og muligheter for langvarige sulteperioder, med påfølgende konsekvenser. Høy temperaturer og varmebølger har også betydelige virkninger på arbeidsproduktiviteten, som får direkte økonomiske konsekvenser, og det er dokumentert sammenhenger mellom værforhold og mental helse. I visse tilfeller kan endringer i vær og klima være medvirkende årsak til voldsepisoder og mer omfattende konflikter.

Omfang

Befolkningen i byer, og særlig storbyer, er mer utsatt for hete enn folk på landsbygda. Samtidig forventes en stadig større andel av en voksende befolkning å bo i byer. FNs klimapanel (IPCC, 2018) anslår at det vil bo 350 millioner flere mennesker i storbyer i 2050 enn i dag, og dette alene vil medføre en kraftig økning i dødelighet og sykdommer som følge av hete-episoder. I tillegg kommer økt temperaturnivå og større hyppighet av hetebølger. En studie (Mora et al., 2017) anslår at mens om lag 30 prosent av verdens befolkning i dag lever i områder der temperaturen utgjør en risiko for dødsfall, vil nærmere 50 prosent leve i slike områder i 2100, selv om utslippene av klimagasser reduseres kraftig fra i dag. Med fortsatt økning i utslippene ble andelen anslått til 74 prosent. I tillegg kommer virkningene av vannmangel. Om lag 150 millioner mennesker som bor i byer lever med vedvarende vannmangel i dag. Dette vil kunne øke til om lag 1 milliard allerede i 2050.

Vektorbårne sykdommer utgjør i dag mer enn 17 prosent av alle infeksjonssykdommer på verdensbasis, og fører til mer enn 700 000 dødsfall årlig. De aller fleste dødsfallene skjer i utviklingsland, der dødsraten per innbygger er 300 ganger større enn i industrialiserte land. Det har vært klar framgang

i å bekjempe disse sykdommene fram til nå, men klimaendringene truer med å snu denne trenden. Helseeffektene av dårlig luftkvalitet vil også øke. Disse ser ut til å utgjøre en særlig stor utfordring i India og landene i Øst-Asia. Beregninger tyder på at antall dødsfall knyttet til PM2.5 vil 3 – 4 dobles, og ozon-relaterte dødsfall vil øke mer enn 10 ganger i 2100 (Silva et al., 2017).

De omfattende helseeffektene, særlig i fattige land, har ført til økt oppmerksomhet om mulige økonomiske virkninger, som skyldes økt fravær eller redusert produktivitet. Målet som brukes for å anslå sammenhengen mellom vær-forhold og arbeidsproduktivitet, (WBGT), omfatter temperatur, fuktighet, vindhastighet, sol-vinkel (tid på døgnet) og sky-forhold. Målet illustrerer utfordringene med å forutsi hva virkningene på arbeidsproduktiviteten vil bli, og er også omdiskutert fordi mange mener det er for enkelt. Det er imidlertid gjort flere studier der en bruker dette målet, som viser at virkningene kan bli store, særlig i Midt-Østen, Vest-Afrika, og India. Også Sør-Øst-Asia, Australia og deler av Latin-Amerika vil bli hardt rammet. I de varmeste månedene kan produktiviteten reduseres med opptil 40 prosent i 2100, dersom utslippene øker i samme takt som vi har hatt til nå.

Konsekvenser

Kunnskapen om hvordan helse og klima henger sammen har bedret seg betydelig bare de siste ti årene, og resultatene fra forskningen som er gjort har ført til en stadig større oppmerksomhet om utfordringene vi står overfor. Resultatene blir i hovedsak presentert som virkninger på et fåtall indikatorer, først og fremst dødelighet, sykdomstilfeller og arbeidsproduktivitet. Alle disse målene gir viktig og nødvendig informasjon om hvordan helseeffektene vil slå inn i samfunnet. Samtidig viser studiene som er gjort at resultatene avhenger i stor grad av underliggende samfunnsmessige og økonomiske forhold. Det betyr at viktige faktorer som man ikke har vurdert kan spille en betydelig rolle.

Et eksempel er studiene av virkningene på arbeidsproduktivitet, som fort tolkes som de økonomiske virkningene. De økonomiske konsekvensene avhenger imidlertid også av hvilke helsetjenester de som rammes trenger, og da snakker vi ofte de eldre, som ikke er i jobb. Når helse-effektene blir så store som beregningene tyder på, vil kombinasjon av økt behov for helsetjenester og redusert produktivitet i flere næringer kunne få merkbare virkninger i arbeidsmarkedet. Da kan man se for seg effekter på inntektsfordeling, arbeidsledighet og migrasjon, som det er svært lite kunnskap om i dag. Dermed kan helse-effektene av klimaendringer få mer omfattende konsekvenser for samfunnet enn det forskningen så langt tyder på. ●

Referanser

Intergovernmental Panel on Climate Change – IPCC (2018): *Global Warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development and efforts to eradicate poverty* [Masson-Delmotte, V. et al. (eds)]

Mora, C., B. Dousset, I.R. Caldwell, F.E: Powell, R.C. Geronimo, R. Bielecki Coral et al. (2017): Global risk of deadly heat, *Nature Climate Change,* 7: 501-506.

Silva R.A., J.J West, J.-F. Lamarque, D.T. Shindell, W.J. Collins, G. Faluvegi et al. (2017): Future global mortality from changes in air pollution attributable to climate change, *Nature Climate Change,* 7: 647-651.

Klimaendringer tar liv

Klimakrisen er den største trusselen mot global helse i vår tid, og rammer de fattigste og mest sårbare hardest. Når en stor folkehelsekrise truer, bør vi som leger komme på banen.

» Av **Karine Nordstrand**, lege og styreleder, Leger Uten Grenser

I fjor vår var jeg i Sør-Sudan og besøkte Leger Uten Grensers prosjekt i Pibor, en landsby befolket av kvegnomader, omringet av steppelandskap med elven Gumuruk som en livgivede åre. Befolkningen i Pibor er blant verdens fattigste, og foruten Leger Uten Grensers klinikk er tilgangen til helsehjelp marginal. Mødredødeligheten og spedbarnsdødeligheten er høy, og i den tykke boken hvor alle nye pasienter registreres er det særlig malaria, lungebetennelse og diare som utgjør volumet, med noen slangebitt innimellom. Logistikken er utfordrende – i regntiden er området rundt klinikken omgjort til et gjørmehav, og transport av medisiner landveien er umulig.

På klinikken har vi kapasitet til å gjøre keisersnitt, et ernæringssenter og også en liten barneavdeling. På sistnevnte møtte jeg en gutt på 7 år, han hadde fått et epileptisk anfall som det var vanskelig å kupere. Faren var fortvilet, men vi greide å få kontroll i den akutte situasjonen. Gutten fikk medisiner og kviknet til. Likevel vil han trenge jevnlig oppfølging.

Et halvt år etter mitt besøk i Pibor ser jeg på BBC News at landsbyen er fullstendig oversvømt[1]. Den verste flommen i manns minne har rammet, og man regner med at over 400 000 mennesker i regionen har mistet sine hjem.

Leger Uten Grenser sin nyhetsoppdatering viser bilder av sykehusområdet, som nå står fullstendig under vann. Det er ikke lenger mulig å arbeide der. Teamet frykter utbrudd av kolera og et oppsving i både malaria og luftveisinfeksjoner. Ettersom vaksinasjondekningen er lav, er de også redde for at meslinger og andre vaksineforebyggbare sykdommer skal spre seg, og at de på grunn av flommen ikke vil være i stand til å respondere så effektivt som de pleier. Befolkningens levebrød – kveget - drukner, tørt brensel for matlaging er nesten umulig å oppdrive og tilgangen til helsehjelp er dårligere enn noen sinne. Livsgrunnlaget er revet vekk.

Dette er klimaendringenes sanne ansikt. Det er ikke en fremtidsdystopi – endringene er her allerede. Og all forskning viser at det vil bli verre. Vi vet at værmønstrene er i endring, at orkaner har blitt kraftigere de senere årene, at forekomsten av vektorbårne sykdommer som denguefeber er økende, og at hetebølger krever stadig flere liv på verdensbasis[2]. Flom, både av kystnære strøk som følge av havstigning, og innlandsområder som følge av tyngre regnperioder, som i Pibor, vil true livsgrunnlaget og helsen til millioner av mennesker i årene som kommer.

Konsekvensene på helsesiden er både direkte, i form av skader, død og sykdomsutbrudd, og indirekte. Kamp

«Vi må bidra til å skape en felles forståelse av hva som står på spill, selv om helsekonsekvensene av klimaendringene vil være mindre alvorlige her i landet, i alle fall innen den nærmeste fremtid. Vi må løfte blikket»

om ressurser, ødeleggelse av infrastruktur og sviktende avlinger vil tvinge millioner på flukt, og mennesker på flukt er blant de som stiller aller dårligst hva gjelder tilgang til helsehjelp. Klimaendringene går utover matproduksjonen i flere regioner, og næringsinnholdet i viktige matkilder som mais og hvete er på vei ned på grunn av mer karbondioksyd i atmosfæren[3]. Etter årevis med nedgang i antall mennesker som sulter i verden, er tallene igjen økende, og klimaendringene pekes på som en sentral årsak.[4]. Nye tørkeperioder gir vannmangel mange steder, og kampen om tilgjengelige ressurser kan bidra til å destabilisere hele regioner. Fremgangen for en rekke grunnleggende globale helsemål er truet. Det er på tide å våkne opp.

For at det skal skje, må vi løfte blikket. Ansvarlig klimapolitikk er et hyppig brukt begrep blant norske politikere, og tillegges ulik mening av de som støtter gjeldende politikk, og de som argumenterer for mer omfattende utslippskutt enn hva regjeringen legger opp til. Spørsmålet er hvem politikerne er ansvarlig overfor: De som skal bære hovedbyrden av klimakrisens konsekvenser, eller den jevne nordmann, som ennå ikke føler dette så sterkt på kroppen?

Når vi diskuterer ansvarlighet, kan vi ikke lukke øynene for det faktum at klimautslippene hver eneste dag fører til tap av levebrød, helse og livsgrunnlag for mennesker i land som Tsjad, Niger og Den sentralafrikanske republikk - land som ligger aller nederst på listen over klimautslipp per innbygger. Mennesker som ikke har noe velferdssystem eller forsikring å falle tilbake på, som mangler tilgang til helsehjelp, som må greie seg på egenhånd. Klimaendringene gjør at antall mennesker som trenger humanitær nødhjelp er forventet å dobles fra dagens 108 millioner i året til 200 millioner i 2050[5]. I følge Verdens helseorganisasjon representerer klimaendringene den største trusselen for global helse i vår tid[6].

Og når en stor folkehelsekrise truer, er det vår plikt som helsepersonell å komme på banen. Vi, som leger og fagpersoner, må bidra til å øke kunnskapen om sammenhengen mellom klima og helse, slik at også våre politikere innser alvoret. Men vi må samtidig vise hvordan klimaendringene også utgjør den største folkehelsemuligheten i vår tid – dersom vi evner å agere og tilpasse oss. Og er det en ting vi mennesker er gode på, så er det tilpasning. Å bevare natur og økologisk mangfold er viktig for folkehelsen. Ved å kutte utslippene, vil luften vi puster bli renere. Et mer bærekraftig kosthold er ofte også et sunnere kosthold. Å redusere bilbruk der det er mulig, og heller ta sykkelen eller bena fatt, representerer en helsegevinst. Felles innsats for å løse klimakrisen kan forene, skape større mening og gi bedre liv og helse for alle. Det er vår oppgave som helsepersonell å formidle alt dette. Vi må bidra til å skape en felles forståelse av hva som står på spill, selv om helsekonsekvensene av klimaendringene vil være mindre alvorlige her i landet, i alle fall innen den nærmeste fremtid. Vi må løfte blikket.

Jeg vet ikke hvordan det gikk med gutten jeg møtte på barneavdelingen hos Leger Uten Grensers klinikk i Pibor. Men jeg vet at verken han, hans foreldre eller noen i hans nærmeste omgivelser har bidratt til de klimaendringene vi nå ser, og som rammer mennesker som dem aller hardest.

Klimakrisen handler om helsen til alle jordens mennesker, både nå i dag og for morgendagen. Det er på høy tid at vi som leger inntar den offentlige debatten og løfter helseaspektet i klimasaken. ●

Referanser

1 https://www.bbc.com/news/world-africa-50348276
2 https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2932596-6
3 https://www.ipcc.ch/srccl/
4 http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf
5 https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2019/09/2019-IFRC-CODN-EN.pdf
6 https://www.who.int/globalchange/global-campaign/cop21/en/

«Hospitals should be a place for healing, should be leading the way - not contributing to the burden of disease»

Generaldirektøren i WHO

Intervju med Erlend Tuseth Aasheim

Avdelingsdirektør Global Helse og Dokumentasjon, Helsedirektoratet

I arbeidet med «Klimanummeret» ønsket vi et myndighetsperspektiv og kontaktet Helsedirektoratet – litt usikker på om det var rette instans – det kunne vært andre deler av statsapparatet, men kanskje mest interessant om det var i vår sektor. Det viste seg at Helsedirektoratet har en egen avdeling som ledes av Erlend Tuseth Aasheim og har denne problematikken på dagsorden.

» Intervjuet av **Arild Egge**, red

Jo, det er riktig at Helsedirektoratet er nokså oppdragsstyrt, men i et brev i januar 2018 ber Helse- og omsorgsdepartementet oss i større grad være en faglig premissleverandør for dem i deres politikkutforming og bidra til at viktige temaer kommer på agendaen. Klima og helse er en naturlig del av min avdeling, Global Helse sitt arbeidsområde – der vi bl.a. har ansvar for å følge opp FNs bærekraftsmål nr 3: God helse.

Det er jo et stort tema – uten klimaendringer?

Ja, men vi skal også følge opp og rapportere på de andre helserelaterte delmålene, som bærekraftsmål 13: stoppe klimaendringer er et eksempel på. Det er stor interesse i samfunnet og sektoren for klimaendringene og direktoratet ønsker å bidra til forståelse av de helsemessige aspektene. Direkte konsekvenser som ekstremvær og skogbranner kjenner vi alle til, det er også kjent at vektorbårne sykdommer får en ny utbredelse. Indirekte konsekvenser er nedsatt tilgang på mat og rent vann, og migrasjon og konflikter som følge av det. Alt dette gir også store konsekvenser for hvordan man leverer helsetjenester. *New England Journal of Medicine* og *Lancet* har begge egne temasider om helse og klimaendringer, Folkehelseinstituttet har en egen nettside – det er altså tilgjengelig og oppdatert informasjon en rekke steder nå. Klimaendringer vil ramme andre hardere enn på våre breddegrader, men vi er f eks ikke selvforsynt med mat og er derfor sårbare for svikt i global matproduksjon. Klimaendringene gir også økt migrasjon, som følge av oppvarmingen og mangelen på naturressurser som rent vann.

Hva blir vår oppgave?

Tilpasning og skadebegrensning er de to aksene vi kan jobbe langs. Vi kan tilpasse oss nye sykdomsbilder og helseutfordringer – Norge som rikt land med god infrastruktur har gode forutsetninger her. Skadebegrensning dreier seg om hva vi kan bidra med selv for å redusere klimautslipp og starter med hva vårt eget klimaavtrykk er. Organisasjonen *Healthcare without harm* (lenke) har gjort en kartlegging som viser at helsevesenet i alene USA står for 7-8 % av utslippene! I Norge og England er tallene 4-5 %, i følge oversikten som favner svært mange land. Dette er ikke noe vi er vant til å tenke på og vi ønsker å bidra til en bevisstgjøring – som kan anspore til tiltak også i vår sektor. Helsedirektoratet kan bidra til å spre den informasjonen som finnes – til en sektor som er vant til å jobbe kunnskapsbasert og tverrfaglig.

Hvordan kommer man fram til slike tall – hva defineres inn i beregningene?

Det er komplekst og regnestykkene kan alltid gjøres bedre, men det gir oss et begrep om at helsesektoren faktisk er en vesentlig aktør i regnskapet. Det omfatter selvsagt mer overordnede forhold som hvor sykehuset er plassert, bygninger, transport og drift. Men det er også gjort beregninger på det nivået klinikere kan påvirke – som valg av ulike medikamenter: Norske helseforetak leverte i 2019 for første gang en samlet rapport over sitt klimaavtrykk etter oppdrag fra HOD – bruken av Lystgass anslås der til å stå for 2% av det samlede utslipp. Bruken av inhalatorer og bedøvelsesgasser med fluorokarboner er et annet konkret eksempel på legemiddel med en betydelig drivhuseffekt. Mer kunnskap om dette kan gi mer velinformerte beslutninger der ulike behandlingsalternativer er aktu-

Foto: Menno-Hoekstra

«Det er stor interesse i samfunnet og sektoren for klimaendringene og direktoratet ønsker å bidra til forståelse av de helsemessige aspektene. Direkte konsekvenser som ekstremvær og skogbranner kjenner vi alle til, det er også kjent at vektorbårne sykdommer får en ny utbredelse»

Erlend Tuseth Aasheim

elle, og synliggjør for den enkelte helsearbeider hvordan de kan bidra. National Institute of Clinical excellence (NICE), har utarbeidet en «samvalgsbrosjyre» for lege og pasient om astmainhalatorer – for å bringe inn klimaaspektet ved terapivalg der det er mulig - et eksempel på å dreie praksis mot det mer klimavennlige.

Foretakene leverte for første gang en felles rapport om klimaavtrykk i fjor – det høres ut som vi kommer sent på banen?
Vel, England og noen andre land har vært aktive noen år. I Oxford og Cambridge er det egne enheter for «Bærekraftig medisin» som sprer kunnskap basert på forskning og erfaring, og miljøet i Cambridge har arbeidet for en dreining og registrert en 17 % reduksjon av utslipp innen National Health Service (NHS) over de siste 10 år. Bevisstgjøring på alle nivåer, kunnskapsbasert og å innarbeide bærekraft som en del av kvalitetsforbedringen i helsevesenet er nøkkelen og i Helsedirektoratet ønsker vi å bidra til denne utviklingen. Medisinen er vant med å løse utfordringer gjennom tverrsektorielt og internasjonalt samarbeid (smittsomme sykdommer, røyking, atomvåpen) og klimaendringene må møtes i et samarbeid over landegrensene.

Derfor er dette er viktig – Norge holdt i fjor (2019) ett av innleggene på Verdens helseforsamlings møte i Genève der vi ga sterk støtte til WHO's nye strategidokument for helse, miljø og klima. Slike innlegg blir utarbeidet i et samarbeid mellom HOD og Utenriksdepartementet og denne gang fremlagt av departementsråd Bjørn Inge Larsen. WHO-strategien sier noe om hva helsesektoren i alle land kan gjøre. Norge har også gitt støtte til et arbeid om «små øystater» som allerede er sterkt truet av klimaendringene - dette ble fremlagt som et eget WHO-dokument under helseforsamlingen.

(https://www.who.int/phe/publications/global-strategy/en/)

Men – for endring i vår hverdag – kan helsedirektoratet komme med direktiver/løsninger?
Skal vi nå målene i Parisavtalen, må alle sektorer bidra og det er tydelig oppmerksomhet rundt dette i vår sektor. Helsedirektoratet er interessert i dialog med helsetjenesten og ønsker innspill fra ansatte og foretak mer enn å komme med ferdige direktiver. Vi er avhengig av mange små endringer og en ny tankegang der bærekraft er høyt oppe i bevisstheten – de beste løsningene kommer gjerne fra sektoren selv. Vi som Helsedirektorat kan bidra til å løfte fram gode tiltak og med å spre den informasjonen som allerede finnes om effektive tiltak. Krav om Klimaregnskap fra alle foretakene er et eksempel på «å tvinge» fram endring gjennom bevisstgjøring.

Vi har i egen avdeling innført utbredt bruk av telefonpoliklinikk – og opplever at pasientene også er fornøyd med det. Vi ringer – og finner ut hvem som faktisk trenger et fysisk frammøte.
Dette er et godt eksempel på at man kan spare miljøet, tid og penger – bedre ressursutnyttelse. Innen PHV/TSB har telefonkonsultasjoner vært dekket i mange år. Helsedirektoratet har for 2020 gjort endringer i ISF-ordningen slik at mange telefonkonsultasjoner kan inngå i beregningsgrunnlaget også innen somatikk. Så kan vi som fagfolk reise mindre til kongresser, møter og bruke tele- og videokonferanser i større utstrekning for tverrfaglig samarbeid mellom foretakene.

Helsevesenet bør gå foran og vise vei. *(sitat fra «Lancet Countdown»-rapport.)*

https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32594-7/fulltext

«Given that climate change is the biggest global health threat of the 21st century, responding to this threat, and ensuring this response delivers the health benefits available, is the responsibility of the health profession; indeed, such a transformation will not be possible without it.»

https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32594-7/fulltext)

Helsedirektoratet har bestemt foruten å ha et fokus ut på tjenestene, også å se på virksomheten internt – vi har vedtatt i ledermøtet å se på hvordan vi kan lage eget klimaregnskap og utarbeider en egen reisepolicy. For arbeidet utover mot tjenestene besluttet møtet også at klimaspørsmålet er et sentralt folkehelsespørsmål. Ikke et perifert og aktivistpreget tema – men helt sentralt. Helsektoren i Norge er stor, mer enn 400 000 ansatte, og det ligger et stort potensiale i å bevisstgjøre på bidragene alle kan yte. Det er mange som «puffer» på en inhalator – det er mange på verdensbasis. Hvis noen av disse kunne fått en like god behandling med inhalasjonspulver, så er det som synes smått, plutselig av betydning. For valg av anestesigasser med en relevant drivhuseffekt gjelder det samme. Små endringer kan motivere endringer på andre fagfelt og dermed skape vesentlige forbedringer.

Som et utrykk for ønske om dialog har Helsedirektoratet vært i kontakt med Anestesiologforeningen rundt gasser og klimaavtrykk – vi tenker oss at overlegepermisjonen kan brukes til å gjøre interessante studier på endring. Tilsvarende er også aktuelt for problematikken knyttet til inhalasjonsaerosoler, for eksempel.

Fått noen respons?
Ikke så mye, egentlig, selv om problemstillingene er kjente i de aktuelle fagmiljøer her hjemme.

En skulle tro at det ligger Mastergrader som venter - på bruken av engangsutstyr og emballasje i kirurgisk sektor?
Opplagt interessant problemstilling. Og særlig er dette interessant for unge leger på vei inn i faget. Endring vil i hovedsak komme nedenfra, ved de unge – det er bare å ta kontakt! ●

Se lenker her:

Lancet Countdown
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32596-6/fulltext

New England Journal of Medicine har en interaktiv nettressurs som viser hvordan klimakrisen påvirker helse:
https://www.nejm.org/climate-crisis

Sustainable Development Unit, Storbritannia
https://www.sduhealth.org.uk/

Centre for Sustainable Healthcare, Storbritannia
https://sustainablehealthcare.org.uk/

Verdens helseorganisasjon (WHO)
https://www.who.int/globalchange/en/

Norsk innlegg ved Verdens helseforsamling i mai 2019:
https://www.norway.no/en/missions/wto-un/nig/statements/gh/who/wha72/air-pollution-climate-change-oceans--health/

WHO sin strategi om miljø, klima og helse:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_15-en.pdf?ua=1

Healthcare Without Harm
Sektorens bidrag til klimautslipp, ulike land:
https://noharm-global.org/documents/health-care-climate-footprint-report

RHF-rapport om bl.a. klimautslipp i norske helseforetak:
https://helse-midt.no/nyheter/2019/utgir-rapport-om-samfunnsansvar-i-spesialisthelsetjenesten

Anestesiologi-foreningens tidsskrift og oppslag om anestesigasser:
Vi ønsker å tilby overleger som skal i overlegepermisjon muligheten til å arbeide med å utrede mulighetene for mer klimavennlige helsetjenester.
Se omtale både på lederplass og side 20
https://www.nafweb.no/naforum/naforum-324-2019/

Menneskerettsutvalet i Legeforeninga

I tråd med Landsstyret sitt vedtak i juni 2019 vart det satt ned eit interimstyre for menneskerettighetsutvalet i Legeforeninga. Interimstyret har hatt møter hausten 2019, og la i januar 2020 fram forslag til innstilling for Sentralstyret.

Interimstyret legg vinn på at menneskerettsutvalet baserer seg på helse som menneskerett. Både Advokatforeninga og Psykologforeninga har eigne menneskerettsutval, og det vil være naturleg å samarbeide med desse.

Saka er no på høyring i organisasjonen, og vi håper mange vil komme med innspel til denne!

Marit Halonen Christiansen
leiar, Menneskerettighetsutvalet Dnlf

VIKTIGE MØTEDATOER I 2020:

APRIL	**Vårkurs / landsrådsmøte** – uke 17 (22-24.4.). Avsluttes til kl. 15.00 Felles med Ylf. Fredrikstad
MAI	**Landsstyremøtearrangement** Soria Moria, Oslo, Mandag 25. mai, landsrådsmøte kl. 17.00 – 20.00 Tirsdag 26. mai, landsrådsmøte 08.00-10.30. Landsstyremøtet starter kl. 10.30 / evt. 11.00. Tirsdag 26. - torsdag 28. mai 2020

HER FINNER DU OSS:

www.facebook.com/
Norsk overlegeforening

@overlegeforeningen

ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Hva er god og effektiv ledelse i helsesektoren? Hvordan skal vi prioritere og sikre god tjenestekvalitet når kravene til økonomistyring og virksomhetsplanlegging øker?

- Lederutdanning på deltid
- Tre frittstående kurs à 20 studiepoeng:
  - Helseledelse
  - Kvalitetsforbedring i helsetjenesten
  - Helseøkonomi
- Avsluttende masteroppgave 30 studiepoeng
- 4 ukesamlinger fra september – mars
- Nytt opptak i juni hvert år
- Studiestart høsten 2020

Les mer: **uib.no/videre**

UNIVERSITETET I BERGEN

VÅRKURS OG LANDSRÅDSMØTE

22. - 24. april 2020

Påmelding til vårkurset 2020 finner du her:
https://www.legeforeningen.no/kurs/2020/2/33967/

FORELØPIG PROGRAM

Trenger du litt faglig og kollegialt påfyll i vår?

Kurset er åpent for alle Ofs-medlemmer

Pris for ordinært medlem (ikke landsråd) kr 1200,-

ONSDAG 22. APRIL:

Fellesprogram Of /Ylf

1700 – 18.00: **Registrering og minglemat**

1800 - 1930: **Motarbeider ved Halvor Haukerud**
Motarbeider oppsto under en mislykket medarbeider-samtale høsten 2002. Arne Gjuvsland og Halvor Haukerud la den pågående medarbeidersamtalen død, og skrev og gjennomførte en motarbeidersamtale på stedet – i stedet. www.motarbeider.no

2000 - : **Middag (felles Ylf Of)**

QUALITY HOTEL FREDRIKSTAD

Norsk overlegeforening og Yngre legers forening

TORSDAG 23. APRIL:

Separat program

0900 - 1200: Of årsmøte / landsrådsmøte

1200 - 1300: Lunsj

1300 - 1500: Prioritering inn i fremtiden 2020 til 2030 - hva rår og hvor står vi?
Medisinsk fagavdeling Legeforeningen v/ fagdirektør Kari Jussie Lønning, Ragnar Nesvåg, Bente Kristin Johansen

Nasjonal helse- og sykehusplan
Prioritering: Liv & død versus kosmetikk versus psykiatri
Kloke valg

Diskusjon

1530 - 1730: Når eposten hackes - bare et spørsmål om tid?
Vi får innblikk i de nylige passordskandalene hvor tusenvis av passord til helseledere ble lekket.
v/ journalist Jonas Alsaker Vikan, E24
og Jonas Nilsson, Adresseavisen

Seriøs forskning og røvertidsskrifter

Vår sårbare hverdag
- om IT-angrepet på Haukeland
adm.dir.Eivind Hansen

Diskusjon.

1930: Festmiddag (felles Ylf/Of)

FREDAG 24. APRIL:

Fellesprogram Of/Ylf

0900 – 1145 (med innlagt kaffepause):
Prestasjonskultur og ledelse:
Glød, gull og ære Lars Kolsrud, overlege Olympiatoppen: Innen ekstreme prestasjonskulturer som i toppidretts-miljøet, er det svært forskjellige menneskетyper. Likevel har disse menneskene egenskaper og livsstilsteknikker som gjør at de opplever stresset og oppmerksomheten rundt sine liv og gjøremål, både som normalt og stimulerende. Hva kan vi leger lære av det?

Fra tillitsvalgt til toppleder:
Hege Gjessing, adm dir Sykehuset Østfold Kalnes, tidligere president Den norske legeforening

Mine tanker om ledelse:
Nezar Raouf, avdelingssjef hjerte og akuttmedisin, vinner av Legeforeningens lederpris 2019

Diskusjon

1145 - 1500 med innlagt lunsj:
Konflikter og varsling på arbeidsplassen:

Forskjell på konfliktsak og varslersak:.
Avdeling for jus og arbeidsliv, Legeforeningen

Konflikthåndtering i sykehus:
Morten Skjørshammer, PhD,
tidligere direktør Diakonhjemmet.

Hva har jeg lært som tillitsvalgt i og om konflikt:
Ståle Clementsen, FTV og overlege, Ahus

Verneombudet - tillitsvalgtes beste venn:
Tommy Johansen, konsernverneombud HSØ

Grenseoppgangen mellom tillitsvalgtes oppgaver og juridisk ansvar i konfliktsaker
Avdeling for jus og arbeidsliv, Legeforeningen

Diskusjon

1500: Takk for nå og vel hjem!

VEL HJEM!

c Klexane «sanofi-aventis»

ATC-nr.: B01A B05

Lavmolekylært heparin. Fysiologisk antikoagulans.

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte *10 000 IU/ml (100 mg/ml):***
1 ml inneh.: Enoksaparinnatrium 10 000 IU (100 mg) anti-Xa, sterilt vann til 1 ml. Uten konserveringsmiddel.

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte *15 000 IU/ml (150 mg/ml):***
1 ml inneh.: Enoksaparinnatrium 15 000 IU (150 mg) anti-Xa, sterilt vann til 1 ml. Uten konserveringsmiddel.

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i hetteglass (flerdose) *10 000 IU/ml (100 mg/ml):***
1 ml inneh.: Enoksaparinnatrium 10 000 IU (100 mg) anti-Xa, benzylalkohol 15 mg, sterilt vann til 1 ml. Med konserveringsmiddel.

Indikasjoner: *Voksne:* Profylakse mot venøs tromboembolisme (VTE) hos kirurgiske pasienter med moderat eller høy risiko, særlig ved ortopedisk eller generell kirurgi, inkl. kreftkirurgi. Profylakse mot VTE hos medisinske pasienter med akutt sykdom (f.eks. akutt hjertesvikt, respirasjonssvikt, alvorlige infeksjoner eller revmatisk sykdom) og redusert mobilitet som har økt risiko for VTE. Behandling av dyp venetrombose (DVT) og pulmonal emboli (PE), unntatt tilfeller av PE der det er sannsynlig at trombolytisk behandling eller kirurgi er påkrevd. Forebyggelse av trombedannelse i ekstrakorporal sirkulasjon under hemodialyse. *Akutt koronarsykdom:* Behandling av ustabil angina og hjerteinfarkt uten ST-segment elevasjon (NSTEMI), i kombinasjon med oral acetylsalisylsyre (ASA). Behandling av akutt hjerteinfarkt med ST-segment elevasjon (STEMI), inkl. pasienter som skal behandles medikamentelt eller med påfølgende perkutan koronar intervensjon (PCI). **Dosering:** For å bedre sporbarheten til lavmolekylære hepariner (LMWH), som er biologiske legemidler, anbefales det at preparatnavn og batchnummer registreres i pasientjournalen. ***Profylakse mot VTE hos kirurgiske voksne pasienter med moderat til høy risiko:*** Ved moderat risiko for tromboembolisme er anbefalt dose 2000 IU (20 mg) 1 gang daglig gitt s.c. Preoperativ initiering (2 timer før operasjon) med 2000 IU (20 mg) ble vist å være effektivt og sikkert ved kirurgi med moderat risiko. Ved moderat risiko bør behandling fortsette i minst 7-10 dager uavhengig av pasientens tilstand (f.eks. mobilitet). Profylaksen bør fortsette til pasienten ikke lenger har særlig redusert mobilitet. Ved høy risiko for tromboembolisme er anbefalt dose 4000 IU (40 mg) 1 gang daglig gitt s.c. med anbefalt oppstart 12 timer før operasjon. Ved behov for oppstart av preoperativ profylakse tidligere enn 12 timer (f.eks. høyrisikopasienter som venter på en utsatt ortopedisk kirurgi), bør siste injeksjon ikke gis senere enn 12 timer før operasjon, og neste injeksjon 12 timer etter operasjon. Hos pasienter som gjennomgår en stor ortopedisk operasjon anbefales utvidet tromboseprofylakse i opptil 5 uker. Hos pasienter med høy risiko for VTE som gjennomgår kreftkirurgi i abdomen eller bekken anbefales utvidet tromboprofylakse i opptil 4 uker. ***Profylakse mot VTE hos medisinske voksne pasienter:*** 4000 IU (40 mg) gitt s.c. 1 gang daglig. Behandlingsvarigheten er minst 6-14 dager uavhengig av pasientens tilstand. ***Behandling av DVT og PE hos voksne:*** Kan administreres enten som 1 daglig s.c. injeksjon à 150 IU/kg (1,5 mg/kg) eller som 2 daglige s.c. injeksjoner à 100 IU/kg (1 mg/kg). Regimet bør velges av legen basert på individuell vurdering, inkl. vurdering av risiko for tromboembolisme og risiko for blødning. Doseringsregimet med 150 IU/kg (1,5 mg/kg) 1 gang daglig bør brukes til ukompliserte pasienter med lav risiko for ny VTE. Doseringsregimet med 100 IU/kg (1 mg/kg) 2 ganger daglig bør brukes hos alle andre pasienter, f.eks. pasienter med fedme, med symptomatisk PE, kreft, gjentakende VTE eller proksimal (vena iliaca) trombose. Gjennomsnittlig behandlingsvarighet er 10 dager. Behandling med et oralt antikoagulantia startes når det er hensiktsmessig. ***Forebyggelse av trombedannelse under hemodialyse hos voksne:*** Anbefalt dose er 100 IU/kg (1 mg/kg). Ved høy risiko for blødning, kan dosen reduseres til 50 IU/kg (0,5 mg/kg) ved dobbel vaskulær adgang, eller 75 IU/kg (0,75 mg/kg) ved enkel vaskulær adgang. Ved hemodialyse gis enoksaparin i den arterielle delen av dialyseenheten ved begynnelsen av dialysen. Effekten av denne dosen er normalt tilstrekkelig til 4 timers dialyse. Hvis fibrinringer sees, f.eks. hvis varigheten av dialysen er lenger enn normalt, kan man imidlertid gi ytterligere en dose på 50-100 IU/kg (0,5-1 mg/kg). Ingen data tilgjengelig for pasienter som bruker enoksaparin som profylakse eller behandling og ved hemodialyse. ***Akutt koronarsyndrom hos voksne; behandling av ustabil angina og NSTEMI og behandling av akutt STEMI:*** *Behandling av ustabil angina og NSTEMI:* Anbefalt dose er 100 IU/kg (1 mg/kg) hver 12. time gitt s.c. i kombinasjon med blodplatehemmende behandling i minst 2 dager og inntil klinisk stabilisering; vanligvis 2-8 dager. ASA er anbefalt hos alle pasienter uten kontraindikasjon, med oral oppstartsdose på 150-300 mg (hos ASA-naive pasienter), og en vedlikeholdsdose på 75-325 mg/dag over lang tid, uavhengig av behandlingsstrategi. *Behandling av akutt STEMI:* Anbefalt dosering er 3000 IU (30 mg) gitt som 1 enkelt i.v. bolusdose + 1 s.c. dose på 100 IU/kg (1 mg/kg), etterfulgt av 100 IU/kg (1 mg/kg) administrert s.c. hver 12. time (maks. 10 000 IU (100 mg) for de 2 første s.c. dosene). Hensiktsmessig blodplatehemmende behandling som f. eks. oral ASA (75-325 mg 1 gang daglig) bør gis samtidig dersom det ikke er kontraindisert. Anbefalt behandlingsvarighet er enten 8 dager eller inntil utskriving fra sykehus, avhengig av hva som inntreffer først. Ved samtidig administrering med trombolytika (fibrinspesifikk eller ikke-fibrinspesifikk) bør enoksaparin gis mellom 15 minutter før og 30 minutter etter at fibrinolytisk terapi er startet. *STEMI-pasienter med påfølgende PCI:* Hvis den siste s.c. enoksaparindosen ble gitt <8 timer før ballongen blåses opp, behøves ingen ekstra dose. Hvis den siste s.c. enoksaparindosen ble gitt >8 timer før ballongen blåses opp, bør en i.v. bolusdose på 30 IU/kg (0,3 mg/kg) enoksaparin gis. For dosering hos eldre ≥75 år, se Spesielle pasientgrupper under. ***Bytte mellom enoksaparin og orale antikoagulantia:*** *Bytte mellom enoksaparin og vitamin K-antagonist (VKA):* Bytte fra enoksaparin til VKA: Da det tar en stund før VKA gir maks. effekt bør behandling med enoksaparin fortsette med konstant dose inntil INR er opprettholdt innenfor ønsket område i 2 påfølgende tester. Bytte fra VKA til enoksaparin: Behandling med VKA bør seponeres og 1. dose enoksaparin gis når INR er under det terapeutiske området. *Bytte mellom enoksaparin og direktevirkende orale antikoagulantia (DOAK):* Bytte fra enoksaparin til DOAK: Behandling med enoksaparin skal seponeres, og DOAK startes 0-2 timer før tidspunktet for når neste planlagte administrering av enoksaparin skulle blitt gitt. Bytte fra DOAK til enoksaparin: 1. dose enoksaparin skal gis når neste dose DOAK egentlig skulle vært gitt. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Begrensede data, forsiktighet skal utvises pga. økt blødningsrisiko. Dosejustering basert på måling av anti-Xa-nivåer er upålitelig ved levercirrhose og anbefales ikke. *Nedsatt nyrefunksjon:* Dosejustering ikke anbefalt ved moderat (ClCR 30-50 ml/minutt) og lett (ClCR 50-80 ml/minutt) nedsatt nyrefunksjon. Bruk er ikke anbefalt ved ClCR <15 ml/minutt, bortsett fra som tromboseprofylakse i ekstrakorporal sirkulasjon ved hemodialyse. Ved ClCR 15-30 ml/minutt reduseres dosen etter følgende tabell (de anbefalte dosejusteringene gjelder ikke indikasjonen hemodialyse):

Indikasjon	Doseringsregime
Profylakse mot VTE	2000 IU (20 mg) s.c. 1 gang daglig
Behandling av DVT og PE	100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. 1 gang daglig
Behandling av ustabil angina og NSTEMI	100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. 1 gang daglig
Behandling av akutt STEMI (pasienter <75 år)	1 × 3000 IU (30 mg) i.v. bolusdose + 100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. og deretter 100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. hver 24. time.
Behandling av akutt STEMI (pasienter >75 år)	Ingen initial i.v. bolus, 100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. og deretter 100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. hver 24. time.

Det foreligger ikke anbefaling om dosejustering ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon, men nøye klinisk overvåkning tilrådes. *Barn og ungdom:* Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Hetteglasset inneholder benzylalkohol og skal ikke brukes hos nyfødte eller for tidlig fødte barn. *Eldre:* Ikke nødvendig med dosejustering hos eldre ved andre indikasjoner enn STEMI, med mindre nyrefunksjonen er nedsatt. Ved akutt STEMI hos eldre ≥75 år skal ikke en initial i.v. bolusdose gis. Dosering innledes med 75 IU/kg (0,75 mg/kg) s.c. hver 12. time (maks. 7500 IU (75 mg) kun for hver av de 2 første s.c. dosene, etterfulgt av 75 IU/kg (0,75 mg/kg) s.c. for påfølgende doser). Økt blødningsrisiko er sett ved terapeutiske doser hos eldre ≥80 år. Nøye klinisk overvåkning er anbefalt, særlig for de som er ≥80 år. Dosereduksjon kan vurderes hos eldre >75 år som behandles for STEMI. *Vekt:* Kvinner med lav vekt (<45 kg) og menn med lav vekt (<57 kg) vil ved profylaktiske doser (ikke vektjusterte) ha økt risiko for blødning ved enoksaparinbehandling. Nøye klinisk overvåkning anbefales. ***Tilberedning/Håndtering:*** Kun klar, fargeløs til gulaktig oppløsning skal anvendes. *Ferdigfylt sprøyte:* Klar til bruk, til s.c. injeksjon. Hver sprøyte er kun til engangsbruk. Luftboblen i sprøyten skal ikke fjernes før injeksjon/bruk, da dette kan føre til tap av legemiddel. Når legemiddelmengden som skal injiseres må justeres basert på pasientens kroppsvekt, skal overskytende volum fjernes fra den graderte sprøyten før injeksjon. Vær oppmerksom på at det i enkelte tilfeller ikke er mulig å oppnå en eksakt dose pga. graderingen på sprøytene, og i slike tilfeller skal dosen rundes opp til nærmeste gradering. Skal ikke blandes med andre legemidler. *Hetteglass (flerdose):* Til i.v. (bolus) injeksjon og kun ved indikasjonen akutt STEMI, straks etterfulgt av en s.c. injeksjon. Både hetteglass og ferdigfylt sprøyte kan gis som i.v. injeksjon. Administreres da via en i.v. tilgang, se Administrering. Kan administreres sammen med fysiologisk saltvann (0,9%) eller med 5% glukoseoppløsning. Skal ikke blandes eller administreres sammen med andre legemidler. For å unngå mulig blanding med andre legemidler skal den i.v. tilgangen som er valgt skylles med en tilstrekkelig mengde fysiologisk saltvann (0,9%) eller 5% glukoseoppløsning før og etter i.v. bolus administrering. Bruk av en tuberkulinsprøyte eller tilsvarende anbefales for å sikre opptrekking av nøyaktig legemiddelvolum. ***Administrering:*** Gis som dyp s.c. injeksjon ved forebyggelse av VTE etter kirurgi, ved behandling av DVT og PE og ved behandling av ustabil angina og NSTEMI. Ved akutt STEMI innledes behandling med 1 i.v. bolusdose straks etterfulgt av s.c. injeksjon. Ved forebyggelse av trombedannelse i ekstrakorporal sirkulasjon under hemodialyse gis enoksaparin i den arterielle delen av dialyseenheten. Enoksaparin skal ikke gis i.m. *Ferdigfylt sprøyte:* Administreres ved dyp s.c. injeksjon og bør fortrinnsvis gjøres når pasienten ligger. Hele lengden av nålen skal stikkes vertikalt inn i hudfolden som holdes forsiktig mellom tommel og pekefinger. Hudfolden skal ikke slippes før injeksjonen er helt ferdig. Ikke gni på injeksjonsstedet etter administrering. Injeksjonsstedet bør byttes på mellom høyre og venstre side av anterolaterale eller posterolaterale av mageregionen/abdomen. Se for øvrig pakningsvedlegget for nærmere bruksanvisning. *Hetteglass:* I.v. (bolus) injeksjon (kun ved indikasjonen akutt STEMI): Initieres med en i.v. bolus injeksjon, straks etterfulgt av en s.c. injeksjon. Både hetteglass og ferdigfylt sprøyte kan gis som i.v. injeksjon. Ved bruk av gradert ferdigfylt sprøyte til den innledende bolusdosen på 3000 IU (30 mg) fjernes overskytende volum slik at sprøyten kun inneholder 3000 IU (30 mg). Deretter kan dosen injiseres rett i i.v.-slangen. For pasienter som behandles med PCI, administreres en ytterligere bolusdose på 30 IU/kg (0,3 mg/kg) dersom siste s.c. administrering ble gitt >8 timer før oppblåsing av ballongen. For å sikre nøyaktigheten til det lille volumet som skal injiseres anbefales det å fortynne legemidlet til 300 IU/ml (3 mg/ml), se SPC for bruksanvisning. *Hemodialyse; injeksjon i arteriell del:* Ved hemodialyse gis enoksaparin via den arterielle delen av dialyseenheten for å forhindre trombedannelse i enheten. *Administrering under spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon:* Se SPC for prosedyre ved profylaktiske doser og ved doser brukt til behandling. Risiko for spinale/epidurale hematomer, se Forsiktighetsregler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for enoksaparin, heparin og heparinderivater, inkl. andre lavmolekylære hepariner. Immunmediert heparinindusert trombocytopeni (HIT) i løpet av de siste 100 dagene eller ved tilstedeværelse av sirkulerende antistoffer. Aktiv klinisk signifikant blødning og sykdommer med høy blødningsrisiko, inkl. nylig hjerneblødning, gastrointestinale sår, tilstedeværelse av maligne neoplasmer med høy blødningsrisiko, nylig kirurgi i hjerne, ryggmarg eller øyet, kjente eller mistenkte øsofageale varicer, arteriovenøse misdannelser, vaskulære aneurismer eller alvorlige intraspinale eller intracerebrale vaskulære misdannelser. Spinal-/epiduralanestesi eller lokoregional anestesi når enoksaparin er brukt terapeutisk i løpet av de foregående 24 timene. *Hetteglass:* Hypersensitivitet for benzylalkohol. Hetteglassene skal ikke brukes til nyfødte eller for tidlig fødte barn. **Forsiktighetsregler:** *Generelt:* Enoksaparin og andre lavmolekylære hepariner (LMWH) kan ikke brukes om hverandre (enhet for enhet) pga. forskjellig fremstillingsprosess, molekylvekt, enheter, dosering, klinisk effekt og sikkerhet som medfører ulikheter i farmakokinetikk og biologisk aktivitet, f.eks. antitrombinaktivitet og blodplateinteraksjon. Man må derfor være oppmerksom på og følge retningslinjene for bruk av hvert enkelt preparat nøye. *Historie med heparinindusert trombocytopeni (HIT) (>100 dager siden):* Antistoffer kan være tilstede i sirkulasjonen i flere år. Enoksaparin brukes med ekstrem forsiktighet hos pasienter med HIT med eller uten trombose i anamnesen. Bruk i slike tilfeller må kun tas etter en nøye nytte-/risikoanalyse og etter at alternative behandlinger med ikke-hepariner er vurdert. *Monitorering av blodplater:* Risiko for antistoffmediert HIT kan vedvare i flere år, og er også tilstede med LMWH. Slik trombocytopeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det er derfor anbefalt å måle antall trombocytter før og jevnlig under behandlingen. Ved fall i platetallet på 30-50% av initial verdi, må behandlingen umiddelbart avbrytes og pasienten settes på annen ikke-heparin antikoagulasjonsbehandling. *Blødning:* Ved blødning må årsaken undersøkes og behandling iverksettes. Forsiktighet utvises ved tilstander som øker blødningsfaren, som f.eks. ved svekket hemostase, tidligere magesår, nylig iskemisk slag, alvorlig arteriell hypertensjon, nylig diabetes retinopati, nevrokirurgi eller øyeoperasjoner, eller samtidig behandling med andre legemidler som påvirker hemostasen. *Laboratorietester:* Doser brukt ved profylakse mot venetrombose påvirker ikke enoksaparin blødningstid og standard blodkoagulasjonstester signifikant. Blodplateaggregeringen eller bindingen av fibrinogen til blodplatene påvirkes heller ikke. Ved høyere doser kan aPTT og ACT øke. Denne økningen er ikke lineært korrelert med økning av enoksaparins antitrombotiske aktivitet og derfor uegnet til å måle enoksaparinaktivitet. *Spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon:* Skal ikke utføres i løpet av de første 24 timene etter administrering av terapeutiske doser enoksaparin. Tilfeller av spinale/epidurale hematomer som resulterte i langvarig eller permanent paralyse ved samtidig bruk av enoksaparin og spinal-/epiduralanestesi, er rapportert. Risikoen antas å være høyere ved bruk av daglige doser >4000 IU (40 mg), ved postoperativt inneliggende epiduralkateter eller ved samtidig bruk av legemidler som påvirker hemostasen (f.eks. NSAID), ved traumatisk eller gjentatt spinal-/epiduralpunksjon, eller hos pasienter med spinalkirurgi i anamnesen eller spinalmisdannelser. For å redusere potensiell blødningsrisiko må plassering og fjerning av kateter utføres når antikoagulant effekt av enoksaparin er lav, dvs. minst 12 timer etter administrering av lavere doser og minst 24 timer etter høyere doser. Ved ClCR 15-30 ml/minutt bør det vurderes å doble utsettelsestiden. Etter fjerning av kateter bør minst 4 timers utsettelse av neste enoksaparindose vurderes. Beslutter man å gi antikoagulasjon sammen med epidural- eller spinalanestesi/-analgesi eller spinalpunksjon, må det foretas hyppige kontroller for å oppdage ev. symptomer på nevrologisk svikt, som ryggsmerter, nummenhet eller svakhet i ben, dysfunksjon i tarm og/eller blære. Pasienten må instrueres om å informere legen straks hvis noen av symptomene nevnt over skulle forekomme. Mistenkes spinalt hematom, kreves rask diagnose og behandling inkl. spinal dekompresjon som må igangsettes omgående. *Hudnekrose/kutan vaskulitt:* Hudnekrose og kutan vaskulitt er rapportert med LMWH og skal føre til øyeblikkelig seponering av behandlingen. *Perkutan koronar revaskularisering:* For å redusere risiko for blødning etter vaskulære inngrep ved behandling av ustabil angina, NSTEMI og akutt STEMI, må de anbefalte tidsintervallene mellom hver enoksaparindose følges nøye. Det er viktig å oppnå hemostase ved innstikkstedet etter PCI. I de tilfeller en lukkemekanisme brukes kan innføringshylsen fjernes med en gang. Hvis manuell kompresjonsmetode brukes skal innføringshylsen fjernes 6 timer etter siste i.v./s.c. enoksaparindose. Hvis enoksaparinbehandlingen fortsetter skal neste dose ikke gis før 6-8 timer etter at innføringshylsen er fjernet. Prosedyrestedet skal observeres for å kunne oppdage tegn til blødninger eller hematomdannelse. *Akutt infeksiøs endokarditt:* Bruk av heparin ved akutt infeksiøs endokarditt er ikke anbefalt pga. risiko for cerebral blødning. En grundig nytte/risikovurdering må tas hvis bruk anses som absolutt nødvendig. *Kunstige hjerteklaffer:* Begrenset data. Brukes med forsiktighet som profylakse hos pasienter med kunstige hjerteklaffer. Gravide med kunstig hjerteklaff, se Graviditet, amming og fertilitet. *Eldre, nedsatt leverfunksjon eller lav vekt:* Se Dosering. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ved nedsatt nyrefunksjon er eksponeringen for enoksaparin økt, noe som øker risikoen for blødning. Nøye klinisk overvåkning anbefales, og biologisk monitorering ved måling av anti-Xa-aktivitet kan vurderes. Se Dosering. *Pasienter med fedme:* Sikkerhet og effekt av profylaktiske doser ved fedme (BMI >30 kg/m^2) er ikke klarlagt. Det finnes ingen konsensus for dosejustering. Disse pasientene bør overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på tromboembolisme. *Hyperkalemi:* Heparin kan undertrykke utskillelsen av aldosteron fra binyrene og føre til hyperkalemi. Plasmakalium bør kontrolleres regelmessig, særlig ved diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, allerede eksisterende metabolsk acidose og pasienter som tar legemidler kjent for å øke kalium. *Hjelpestoff:* Hetteglassene inneholder benzylalkohol (konserveringsmiddel), og skal ikke benyttes hos nyfødte eller for tidlig fødte barn pga. fare for «gasping syndrome». Benzylalkohol kan også gi forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn ≤3 år. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. *Ikke-anbefalte kombinasjoner:* Det anbefales at behandling med midler som påvirker hemostasen seponeres før enoksaparinbehandling startes, om ikke bruken er strengt nødvendig. Slike midler er: Systemiske salisylater, ASA, NSAID, andre trombolytika (f.eks. alteplase, reteplase, streptokinase, tenekteplase, urokinase) og antikoagulantia. Dersom samtidig bruk er nødvendig skal enoksaparin brukes med nøye klinisk overvåkning og laboratorietester når relevant. *Kombinasjoner som brukes med forsiktighet:* Blodplateaggregasjonshemmere inkl. ASA i doser som brukes ved kardioproteksjon, klopidogrel, tiklopidin og glykoprotein IIb/IIIa-antagonister brukt ved akutt koronarsykdom (pga. blødningsrisiko), dekstran 40 og systemiske glukokortikoider. Legemidler som øker kaliumnivået i serum kan gis samtidig under nøye klinisk overvåkning og relevante laboratorietester. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen holdepunkter for at enoksaparin passerer placentabarrieren i 2. og 3. trimester. Data fra 1. trimester mangler. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør kun brukes under graviditet dersom strengt nødvendig. Ingen økt risiko for blødning, trombocytopeni eller osteoporose ved bruk, men gravide bør følges nøye opp mht. tegn på blødning eller overdreven antikoagulasjon og skal bli informert om risikoen for blødning. Ferdigfylt sprøyte anbefales ved bruk da hetteglasset inneholder benzylalkohol som krysser placenta. Dersom epiduralanestesi er planlagt anbefales det å avslutte behandlingen med enoksaparin på forhånd. Gravide med kunstig hjerteklaff kan ha en forhøyet risiko for tromboembolisme og bruk anbefales ikke. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent, men oral absorpsjon er lite sannsynlig. Kan brukes under amming. *Fertilitet:* Ingen humane data foreligger. Dyrestudier viste ingen påvirkning på fertilitet. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Lever/galle: Forhøyede leverenzymer (i hovedsak transaminaser; >3 × ULN). *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Blødninger (hematom, ekkymose utenom injeksjonsstedet, sårhematom, hematuri, epistakse og gastrointestinal blødning), blødningsanemi, trombocytopeni, trombocytose (blodplater >400 g/liter). Generelle: Reaksjoner på injeksjonsstedet: Hematom, smerter, eller annen reaksjon som lokalt ødem, blødning, overfølsomhet, inflammasjon, kuler, smerter, reaksjoner. Hud: Erytem, pruritus, urticaria. Immunsystemet: Allergisk reaksjon. Nevrologiske: Hodepine. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Generelle: Hudnekrose ved injeksjonssted, lokal irritasjon. Hud: Bulløs dermatitt. Lever/galle: Hepatocellulær leverskade. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Eosinofili, immunoallergisk trombocytopeni med trombose; i enkelte tilfeller ytterligere komplisert av organinfarkt eller iskemi i ekstremitetene. Hud: Alopesi, hudnekrose som vanligvis oppstår ved injeksjonssstedet (forut for slike reaksjoner opptrer ofte purpura eller infiltrerende og smertefulle erytematøse utslett), kuler på injeksjonssstedet (inflammatoriske infiltrater som ikke var cyster med innkapslet enoksaparin; disse forsvinner ett få dager og avbrudd er unødvendig), kutan vaskulitt. Immunsystemet: Anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner inkl. sjokk. Kar: Tilfeller av spinale/epidurale hematom (disse reaksjonene har resultert i forskjellig grad av nevrologisk skade, inkl. langvarig eller permanent paralyse). Lever/galle: Kolestatisk leverskade. Muskel-skjelettsystemet: Osteoporose etter langtidsbruk (>3 måneder). Undersøkelser: Hyperkalemi. Se SPC for detaljer vedrørende ulik bivirkningsfrekvens innenfor ulike indikasjoner i kliniske studier. **Overdosering/Forgiftning:** Store doser enoksaparin i.v., s.c. eller ekstrakorporal kan gi blødninger. Effekten kan nøytraliseres med protaminsulfat som langsom i.v. injeksjon. 1 mg protaminsulfat nøytraliserer antikoagulasjonseffekten av 100 IU (1 mg) enoksaparin hvis enoksaparin er gitt <8 timer tidligere. Hvis enoksaparin er gitt >8 timer tidligere, eller ved behov for gjentatt dosering av protaminsulfat, gis 0,5 mg protaminsulfat pr. 100 IU (1 mg) enoksaparin. Dersom enoksaparin er gitt >12 timer tidligere, er injeksjon av protaminsulfat kanskje ikke nødvendig. Selv ved høye doser protamin, kan anti-Xa-aktiviteten aldri fullstendig nøytraliseres (maks. 60%). Ved stort peroralt inntak av enoksaparin (aldri rapportert) forventes ingen komplikasjoner, pga. meget liten gastrointestinal absorpsjon. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Lavmolekylært heparin, fremstilt ved depolymerisering av ufraksjonert svineheparin. Gjennomsnittlig molekylvekt 4500 dalton. *Virkningsmekanisme:* Høy anti-Xa aktivitet (ca. 100 IU/mg) og lav anti-IIa eller antitrombin aktivitet (ca. 28 IU/mg) in vitro (ratio 3,6). Antikoagulerende effekt medieres via antitrombin III (ATIII) som gir antitrombotisk virkning hos mennesker. I tillegg til anti-Xa/IIa-aktivitet er også andre antitrombotiske og antiinflammatoriske egenskaper ved enoksaparin blitt identifisert. Disse inkluderer ATIII-avhengig hemming av andre koagulasjonsfaktorer som faktor VIIa, induksjon av endogen Tissue Factor Pathway Inhibition (TFPI)-utskillelse, samt ved redusert utskillelse av von Willebrand faktor (vWF) fra vaskulært endotel inn i blodsirkulasjonen. Disse faktorene er kjent for å bidra til total antitrombotisk virkning av enoksaparin. Ved profylaktisk behandling påvirker ikke enoksaparin aPTT signifikant. Ved kurativ bruk kan aPTT forlenges 1,5-2,2 ganger ift. kontrolltid ved maks. aktivitet. Biologisk tilgjengelighet: Etter s.c. injeksjon tilnærmet 100% basert på anti-Xa-aktivitet. *Fordeling:* Vd er ca. 4,3 liter målt ved anti-Xa-aktivitet. *Halveringstid:* Ca. 5-7 timer. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Maks. aktivitet sees etter ca. 3-5 timer etter en enkelt s.c. injeksjon og tilsvarer 0,2, 0,4, 1,0 og 1,3 anti-Xa IU/ml etter respektive doser på 2000 IU (20 mg), 4000 IU (40 mg), 100 IU/kg (1 mg/kg) og 150 IU/kg (1,5 mg/kg). I.v. bolus på 3000 IU (30 mg) umiddelbart fulgt av s.c. dose 100 IU/kg (1 mg/kg) hver 12. time gir initiale anti-Xa toppnivåer på 1,16 IU/ml (n=16) og gjennomsnittlig eksponering tilsv. 88% av nivået ved steady state. Steady state oppnås etter 2 dager med behandling. Kinetikken til enoksaparin er lineær i det anbefalte doseområdet. *Metabolisme:* Inaktiveres hovedsakelig i leveren. *Utskillelse:* Små mengder utskilles uendret via nyrene. Ved ClCR <30 ml/minutt er AUC signifikant økt. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares <25°C. Skal ikke fryses. *Hetteglass:* Oppbevares i maks. 28 dager ved 25°C etter anbrudd. **Pakninger og priser:** ***Injeksjonsvæske: 10 000 IU/ml (100 mg/ml):*** 10 × 0,2 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 2000 IU (20 mg)) kr 215,30. 10 × 0,2 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 2000 IU (20 mg)) kr 215,30. 50 × 0,2 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 2000 IU (20 mg)) kr 931,70. 10 × 0,4 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 4000 IU (40 mg)) kr 366,40. 10 × 0,4 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 4000 IU (40 mg)) kr 366,40. 50 × 0,4 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 4000 IU (40 mg)) kr 1687,20. 10 × 0,6 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 6000 IU (60 mg)) kr 481,90. 10 × 0,6 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 6000 IU (60 mg)) kr 481,90. 10 × 0,8 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 8000 IU (80 mg)) kr 567,80. 10 × 0,8 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 8000 IU (80 mg)) kr 567,80. 10 × 1 ml[1] (ferdigfylt sprøyte u/sikkerhetsmekanisme, 10 000 IU (100 mg)) kr 649,70. 10 × 1 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 10 000 IU (100 mg)) kr 649,70. ***15 000 IU/ml (150 mg/ml):*** 10 × 0,8 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 12 000 IU (120 mg)) kr 963,70. 10 × 1 ml[1] (ferdigfylt sprøyte m/sikkerhetsmekanisme, 15 000 IU (150 mg)) kr 1083,60. ***Injeksjonsvæske, oppløsning i hetteglass (flerdose): 10 000 IU/ml (100 mg/ml):*** 3 ml[1] (hettegl., 30 000 IU (300 mg)) kr 279,10. **Refusjon:** [1] ***B01A B05_1 Enoksaparin*** *Refusjonsberettiget bruk:* Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Profylakse hos pasienter med kraftig øket risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga akutte medisinske tilstander som for eksempel hjertesvikt, respirasjonssvikt eller alvorlige infeksjoner. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. *Refusjonskode:*

ICPC	Vilkår nr
Tromboseprofylakse ved kirurgi	136
Organtransplantasjon	136
Palliativ behandling i livets sluttfase	136
Koagulasjonsdefekt INA	136
Koagulasjonsdefekt spesifisert	-
Angina pectoris ustabil	-
Akutt hjerteinfarkt	-
Lungeemboli	-
Dyp venetrombose	-
Redusert funksjonsevne nyredialyse	-

ICD	Vilkår nr
Tromboseprofylakse ved kirurgi	136
Palliativ behandling i livets sluttfase	136
Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser	-
Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse	136
Ustabil angina	-
Akutt hjerteinfarkt	-
Påfølgende hjerteinfarkt	-
Lungeemboli	-
Flebitt og tromboflebitt	-
Annen emboli og trombose i vener	-
Status etter transplantert organ og vev	136
Avhengighet av nyredialyse	-

Vilkår: (136) Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Klexane®
enoksaparin

NÅ tilgjengelig på alle styrker!

KLEXANE®

med automatisk sikkerhetsmekanisme

Skann denne QR-koden for å melde deg på Sanofis nyhetsbrev om kardiologi.

www.sanofi.no/no/contact-hcp

SANOFI

sanofi-aventis Norge AS Pb 133, 1325 Lysaker Tel.: 67 10 71 00 www.sanofi.no

SANO.ENO.20.01.0020

UTVALGTE SITATER OM NPM

«Jeg vet ikke hva New Public Management er, men hvis dere er imot, er kanskje jeg det også»

Statsminister Jens Stoltenberg 2008

«Jeg bli både opprørt og sint når noen prøver å få mål- og resultatstyring i Norge til å bli det samme som New Public Management»

Leder av Senter for statlig økonomistyring Marianne Andreassen 2007

«New Public Management av offentlig sektor har vært en rådende tenkning i Europa de siste 20-30 årene. Den hadde gode hensikter: Å sette seg klarere mål og bruke ressursene bedre men at å styre etter mål har blitt til en pervers, detaljert målstyring som ikke tjener noen»

Partileder Jonas Gahr Støre 2019

«Kall det «old» eller «new» management, men vi må ha «management» av offentlig sektor, og av helsesektoren»

Helseminister Jonas Gahr Støre 2013

Hvordan skal Arbeiderpartiets tillitsreform fylles med reelt innhold?

På LO stats kartellkonferanse i november 2019 varslet Jonas Gahr Støre at Arbeiderpartiet ville utarbeide en tillitsreform mot valget i 2021. Arbeiderpartilederen uttalte senere til Dagbladet at *New Public Management av offentlig sektor har vært en rådende tenkning i Europa de siste 20-30 årene. Den hadde gode hensikter: Å sette seg klarere mål og bruke ressursene bedre men at å styre etter mål har blitt til en pervers, detaljert målstyring som ikke tjener noen.* [1]

» Av **Christian Grimsgaard**, styremedlem Of, konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst

Støres tanker om en tillitsreform for å bøte på målstyringens iboende problemer er ikke suget av eget bryst. Hans forslag følger linjer opptrukket av tillitsdelegationen i Sverige, tillitsreform i Danmark. Oslo-byrådet lanserte sin tillitsreform i 2015, og andre kommuner er i ferd med å gjøre det samme.

«Markerer et skille»

Selv om Støres siste utspill ikke er banebrytende, markerer både stedsvalg og ordbruk likevel et skille. Elleve år tidligere stod nemlig Jens Stoltenberg på den samme kartellkonferansen og talestolen. Han avfeide et gryende opprør mot målstyring, med en temmelig flåsete uttalelse om at han ikke helt visste hva NPM var, og la til at *men hvis dere er i mot det er kanskje jeg det også.* [2] Året før uttalte en annen Ap-strateg (og tidligere statssekretær for Stoltenberg), Marianne Andreassen – daværende leder i Senter for statlig økonomistyring – at hun ble både *opprørt og sint når noen prøver å få mål- og resultatstyring i Norge til å bli det samme som New Public Management».* [3] Hennes arvtaker i direktoratet, Hilde Singsaas – som har jobbet tett med Stoltenberg og Støre – har sogar hevdet at mål- og resultatstyringer er tillitsstyring.[4]

Vanskelig innhold

At Støre nå erkjenner uheldige effekter av mål- og resultatstyring,

kopler det mot New Public Management – og velger seg LO stats kartellkonferanse på Gol for å lansere en tillitsreform – vekker det derfor beretttiget oppsikt. Talen er likevel ikke annet enn ord – den vanskeligste oppgaven gjenstår, å fylle en reform med et innhold, som faktisk gir endringer. Det har vist seg krevende både i våre naboland og i Oslo kommune. Også Støre har støtt på vanskeligheter i et lignende forsett tidligere. Som helseminister lanserte Støre ti tiltak for å gi pasientene et bedre sykehustilbud i 2013. Blant dem var å fjerne unødvendig rapportering. Ministeren fastslo at *summen av signal, mål, rapportering blir for stor og lanserte «prosjekt overstyring»* hvor mål og dokumentasjonskrav skulle kartlegges. Tiltaket innebar i realiteten at vi skulle måle omfanget av måling.

Fornyes innenfra

Støres forslag fra 2013 illustrerer problemer som oppstår når et styringssystem skal fornyes innenfra. Vi jakter på egen hale. Å komme mål- og resultatstyring til livs lar seg vanskelig gjøre når hele styringssystemet bygger på denne logikken. Spørsmålet er om Støre og Arbeiderpartiet nå er modne for å gjøre større endringer. Noen revolusjon var ikke Støre moden for som minister. I sykehustalen i 2013 fastslo Støre tvert i mot at han ikke var klar for å løpe linen helt: *Kall det «old» eller «new» management, men vi må ha «management» av offentlig sektor, og av helsesektoren.* [5]

Management kontra leadership

Hva ligger så i dette «management» begrepet som Støre ikke ville oppgi i ministerstolen. Fraværet av et innarbeidet norsk dekkende ord illustrerer at det ikke er rotfestet i vår hjemlige tradisjon. Management beskrives gjerne å skille seg fra leadership – ledelse – ved at management knyttes til styring og kontroll, mens leadership i større grad knyttes til å motivere og lede ansatte. Oxford dictionary utlegger betydningen av management som *The process of dealing with or controlling things or people.* Management håndterer og kontrollerer ting og personer generelt, i motsetning til ledelse som i større grad skjer i virksomheten, og i fagene. I Fafos rapport 10 år etter beskrives nettopp dette skillet; management modellen med «den profesjonelle lederen» fortrenger den tradisjonelle fagbaserte ledelsen i sektoren.[6]

Fremmede begreper

Fremveksten av de nye styringsformene med fremmedartede begrep som corporate governance og management har skjedd i større eller mindre grad i de fleste land og de fleste deler av offentlig sektor de siste 20- 30 årene - som Støre også omtaler. Nitti-tallet var en blomstringstid for New public management-ideer på tvers av vestlige land. OECD ledet an i reformarbeidet. Resultatet var langt på vei systemer med økonomene som premissgivere. Eierstyringen ble innrettet som i private selskap med generalforsamling og styrer (corporate governance) og styringen i virksomhetene etter et management-ideal. Konstruksjonen skulle ivareta eierinteressene på en bedre måte, og innbyrdes konkurranse skulle bidra til effektivisering og innovasjon. En skulle skille mellom bestiller og utfører, og fraværet av et egentlig marked skulle kompenseres ved ulike tiltak, blant dem brukerinvolvering.

Faglig ledelse ble forlatt

Management-ledelse ble innført i norsk helsetjeneste i januar 2001 ved prinsippet om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesteloven. En forlot da den tradisjonelle fagbaserte ledelsesmodellen. Året etter ble sykehusene omdannet til statsforetak med styrer, og med ministeren som generalforsamling. Skillet mellom bestiller og utfører har blitt gitt en ganske snodig utforming; spesialisthelsetjenesteavdelingen i departementet er bestiller, mens eieravdelingen ivaretar utøverrollen. Deres bestillinger og befalinger skjer gjennom henholdsvis oppdragsdokumentet og foretaksmøtet.

Hverken minister, styrer eller lederne ute i foretakene trenger (i prinsippet) å inneha faglig kompetanse eller annen detaljert innsikt i det de styrer. Systemet hviler på bestillinger av konkrete mål – som volum av behandling eller ventetid – og kontrollmekanismene er en rekke fortløpende målinger og rapporteringer.

Skyggesidene

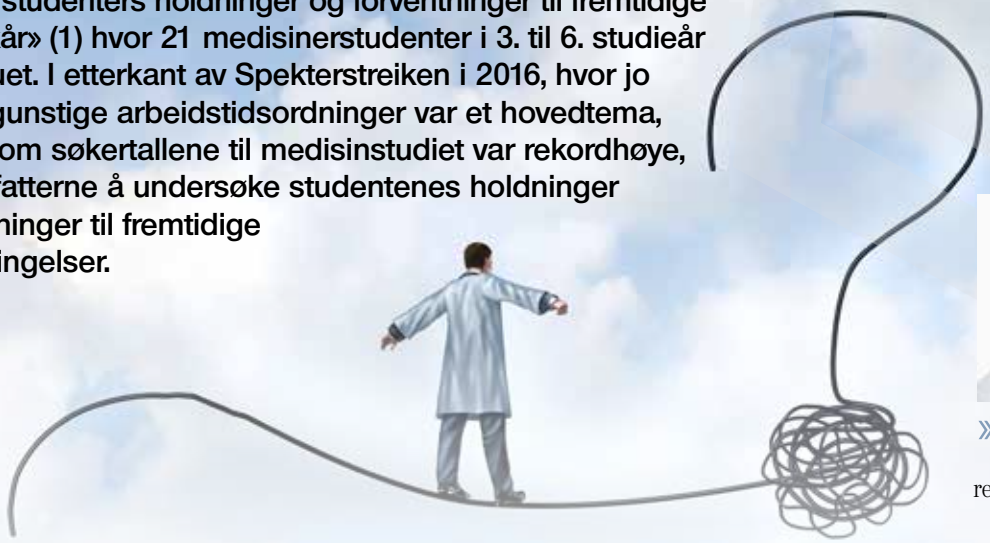
Det er dette systemet som Jens Stoltenberg stilte seg uforstående til på kartellkonferansen i 2011, og som Støre nå har satt seg fore å reformere. Støre kan nok lykkes i å redusere antall mål og omfanget av rapportering, men lite tyder vel på at antallet mål egentlig er problemet. Vil Støre mer enn å skrape litt i lakken må det gjøres endringer styrings- og ledelsesmodellen. Fram til nå har lite tydet på at hverken Arbeiderpartiet eller Støre har vært villige til å oppgi noe som helst; kall det hva du vil, det skal være management. Forhåpentligvis markerer Støres tale at de toneangivende kreftene i Arbeiderpartiet omsider har erkjent noen av skyggesidene av dagens styringsmodell – og at politikerne er villige til annet enn å pynte på gammel politikk. ●

Se intervju med Jonas Gahr Støre på side 6-8. Christian Grimsgaard har skrevet denne artikkelen uten kjennskap til innholdet i intervjuet med Støre.

Referanser

1 https://www.dagbladet.no/nyheter/skal-kutte-pervers-malstyring/71841196
2 https://www.aftenposten.no/norge/i/G1GbQ/for-mye-kontroll-og-byraakrati-i-det-offentlige
3 https://www.uniforum.uio.no/nyheter/2007/02/forsvarar-maal-og-resultatstyringa-i-staten.html
4 https://www.dn.no/innlegg/okonomi/offentlig-styring/offentlig-forvaltning/seiglivede-myter-om-mal-styring/2-1-257847
5 https://www.fvn.no/mening/i/mE6pl/her-er-hele-stoeres-tale
6 https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/ti-ar-etter

Tidsskriftet publiserte en artikkel i november 2019, «Medisinerstudenters holdninger og forventninger til fremtidige arbeidsvilkår» (1) hvor 21 medisinerstudenter i 3. til 6. studieår ble intervjuet. I etterkant av Spekterstreiken i 2016, hvor jo nettopp ugunstige arbeidstidsordninger var et hovedtema, samtidig som søkertallene til medisinstudiet var rekordhøye, ønsket forfatterne å undersøke studentenes holdninger og forventninger til fremtidige rammebetingelser.



» Av **Arne Laudal Refsum,** redaksjonskomitéen, Overlegen

Bekymret, men allikevel optimist

21 studenter (48 % kvinner) ved universitetet i Bergen ble intervjuet i 4 grupper i såkalte fokusgruppeintervjuer. Alle studentene hadde klinisk erfaring.

Jeg har plukket noe fra artikkelen, men hele artikkelen bør nok leses i sin helhet for å yte den rettferdighet. Denne artikkelen føyer seg inn i rekken av artikler fra LEFO, Legeforeningens forskningsinstitutt, som viser at yngre legers holdning til yrket er annerledes enn for de mer etablerte legene. Les f.eks. artikkelen «Å være lege eller jobbe som lege» i Overlegen 1-2019.

- Medisinstudenter uttrykker bekymring for å akseptere å gå inn i et system de ikke umiddelbart kan endre, der det kan være vanskelig å ivareta egne behov og en god balanse mellom jobb og hjem.
- De frykter mye ubetalt overtid, press på å ta ekstravakter, og vanskeligheter med hjem-jobb balansen.
- De uttrykte bekymring for balansen mellom direkte pasientarbeid og papirarbeid. De fryktet at godt kollegialt miljø kunne føre til at det ville være vanskelig å sette grenser, man ville ikke være den ene som sto på kravene og gikk tidlig hjem fra uferdig arbeid.
- *«Det er en del av det kollegiale, føler jeg. Du går ikke hjem før du har gjort det du skal, for du vet jo at nestemann får det ille.»*, eller:
- *«Når leger snakker om hvordan det har utviklet seg de siste årene, så er det at man må springe raskere og gjøre mer og mer på kort tid. Det er alltid krav til effektivisering. At på en måte peker alle pilene nedover.»*

Studentene hadde sterk motivasjon for legeyrket, og behov for å være flinke gjorde dem sårbare for å akseptere tøffe arbeidsvilkår. Studentene oppfattet at mange leger følte seg privilegerte ved å ha en slik meningsfylt posisjon at de gav mye av seg selv.

Jeg merker at jeg blir bekymret, ja nesten deprimert av å lese denne studien. Den er jo gjennomført i etterkant av en langvarig streik, hvor selvfølgelig alt det negative knyttet til arbeidshverdagen løftes frem, men den viser også, kanskje, et ønske om at legeyrket skal være som alle andre yrker. Vi skal riktignok ha en spennende hverdag, hvor vi betyr mye for pasientene, men vi skal ha normal arbeidstid, ikke (ubetalt) overtid, og ingen utfordringer i forhold til prioritering av egne behov og familie og fritid.

Det er viktige bekymringer studentene kommer med, og de kan nok ikke bare avfeies med det retoriske svaret: Hvorfor i all verden har du da valgt å studere medisin?, selv om jeg må innrømme at det var den første refleksjonen jeg fikk når jeg leste artikkelen. Når arbeidshverdagen vår er blitt mer og mer preget av produksjon og økonomifokus, og mindre og mindre autonomi, og redusert mulighet til å påvirke eget arbeid og belastning, da blir jo slike ønsker helt naturlig. At jeg føler at mye av egenarten ved yrket samtidig kommer til å bli borte, skyldes vel at jeg kan regnes

som medlem av GGG, Gretne gamle gubber.

I overskriften sier jeg at jeg, tross alt dette allikevel er optimist. For det første er det vel slik at alle eldre arbeidstakere mener at man mister profesjonens særpreg dersom det skjer store endringer. Endringer har kommet i alle tidligere generasjoner, og de kommer nå også. I tillegg er det tydelige tegn på at eiere og ledere er i ferd med å se at måten sykehusene har vært styrt og ledet på etter foretaksreformen, må justeres eller endres. La meg nevne noen eksempler:

- I Overlegen 1-2019 skrev adm.dir. i HSØ, Cathrine Lofthus: HSØ vil arbeide med en konkret tiltaksplan for hvordan leger kan få mer tid til pasientene. Vi ser også frem til en dialog med de ansatte om hvordan vi kan bidra til å redusere arbeid som stjeler tid fra det pasientrettede arbeidet. (2)
- I årets sykehustale pekte helseminister Høie på et alt for høyt arbeidspress i sykehusene og for dårlig fysisk arbeidsmiljø. Dette er problemstillinger vi fra Overlegeforeningen har tatt opp en rekke ganger, men som oftest er de blitt avfeid, se bare i Overlegen 4-2019 hvor Høie sier at det er så stor søknad til medisinerstudiet at han ikke frykter noen sykehuslegekrise. Nå innrømmer han utfordringene (problemene) og det er et skritt i riktig retning. (3)
- Leder av Ap og tidligere helseminister Jonas Gahr Støre har uttalt at han vil bytte ut mål- og resultatstyring med en tillitsreform. «En styring av offentlig sektor som er bygget på nærhet til brukerne, respekt for fagfolk og involvering av de ansatte». Jonas Gahr Støre starter arbeidet med tillitsreformen med en stor dose selvkritikk og innrømmer at Ap også har trådd feil. Vi har alt for ofte vært på systemets side. (Fri Fagbevegelse). (4) Les også intervjuet med ham på side 6-8 i dette bladet.
- Gudmund Hernes, professor ved BI, også han tidligere helseminister fra Ap sier: En ny parole har kommet: Tillitsbasert ledelse. Den er basert på et spørsmål og på en tese: Spørsmålet: Hvordan få folk til å ta seg selv i bruk for oss, (altså samfunnet/bedriften)? Tesen: Alle kan bidra mer i rollen de har. Men da må de få handlingsrom og vises tillit til å gjøre det som er fornuftig der de er. (5) ●

Se lenke her:

https://tidsskriftet.no/2019/10/originalartikkel/medisinstudenters-holdninger-og-forventninger-til-fremtidige-arbeidsvilkar

https://sandkasse.frifagbevegelse.no/debatt/noe-er-riktig-galt-i-offentlig-sektor-slik-skal-vi-lose-det-skriver-jonas-gahr-store-6.490.664264.6bdbc99794#cxrecs_s

https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2019/12/en-ny-parole-er-kommet-tillitsbasert-ledelse/

OUS har fått ny direktør. Norges største foretak, med 24.000 ansatte og et budsjett på 23 milliarder kroner har nå sjansen fra å stagnere i intern strid til å flytte blikket mot en moderne fremtid med nye sykehusbygninger.

Bjørn Atle Bjørnbeth, dr.med. og gastrokirurg har i sine visjoner sagt at han vil bygge videre på det å skape god pasientbehandling, gi de ansatte en hånd på rattet og at det også handler om penger, og dette er sagt i prioritert rekkefølge. Det lover godt. Han har videre sagt at beslutningen om nye bygg er tatt, og her åpner han ikke for omkamp. De gode helsetjenestene skal skapes i de nye byggene. På denne måten parkerer han elegant den årelange, og totalt ødeleggende indre striden som langt på vei har lammet fornyelsesprosessen på sykehuset.

Han vant Legeforeningens lederpris i 2013, etter nominasjon fra sine ansatte. Tidsskriftet skrev den gang: «Vi er der for pasientene, de skal få den beste behandlingen. Han ser sine medarbeidere, og han er klar over at det er viktig at medarbeiderne vet at de gjør en god jobb, og han er opptatt av å overholde budsjettet.» Han ble også beskrevet som en stillfarende, varm og klok leder.

Med alle disse gode omtalene, med 23 milliarder i budsjett, med nye bygninger for 30-40 milliarder kroner går det an å håpe at vi vil se et sykehus som klarer å oppfylle Bjørnbeths visjoner, og med Radiumhospitalet sammen med Oslo Cancer Cluster, med nye Aker sykehus (som vil være større enn de fleste andre sykehusene i Norge) og med det nye sykehuset på Gaustad, ligger mye til rette for nettopp det. I tillegg vil nye Aker sykehus føre til at Ahus ikke er så overbelastet. Ingen kan vel klage på det.

«Haukugla»

Høring i Stortingets helse- og omsorgskomite tirsdag 19. januar

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Legeforeningen viser innledningsvis til vår innspillsrapport til helse- og sykehusplanen *«Invester for framtiden»*[1]. Vi har vært forkjemper for en nasjonal helse- og sykehusplan, og det er positivt at helsetjenesten arbeider med nye planer hvert fjerde år. Denne andre planen omhandler også i større grad hele helsetjenesten samlet gjennom områdene *samhandling, digitalisering, kompetanse, rekruttering og psykisk helse*. Det er avgjørende med en plan som sikrer god utvikling av hele helse- og sykehustilbudet i Norge. Vi har forventninger til at Stortingets behandling og medvirkning fører til en styrket plan for 2020-23.

» Av **Anders Vollen**, Samfunnspolitisk avdeling, Dnlf

Foto: Tor Martin Nilsen / Legeforeningen

Fra Legeforeningen møtte: Nils Kristian Klev, leder Allmennlegeforeningen, Marit Hermansen, president og Anne-Karin Rime, visepresident og leder Overlegeforeningen.

Våre viktigste budskap:

- Det må satses på brukervennlige IKT-løsninger, tjenlige sykehusbygg og rett kompetanse på rett plass slik at leger også får mer tid til pasientbehandling.
- Fastlegeordningen må styrkes for at kommunene skal kunne håndtere økt tilfang av det ansvaret og oppgaver som sykehusene legger opp til. Da må det rekrutteres minst 500 nye fastleger i spesialisering (ALIS) årlig i planperioden, slik at eksisterende fastleger kan redusere listelengden sin. Ordningen må også stabiliseres gjennom tilførsel av ny økonomi til ordningen, som fordeles gjennom en knekkpunktmodell.
- Legeforeningen har forventninger til at helsefellesskapene utstyres med ressurser og myndighet til å skape reell medvirkning og bedre oppfølging av sårbare pasienter.
- Nedbyggingen av døgnkapasitet må stoppes for å ivareta et godt nok tilbud til alvorlig psykisk syke. Den gylne regel bør erstattes med en konkret og forpliktende opptrappingsplan.
- Avtalespesialistene må bli en mer integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten og kapasiteten må utnyttes bedre. Innen psykisk helsevern bør avtalespesialistene ha rett og plikt til å prioritere henviste pasienter.
- Tiltakene i planen bærer preg av et sparefokus og stramme bevilgninger. Sykehusenes handlingsrom har krympet bort over de siste statsbudsjettene. Legeforeningen har lenge påpekt et stort etterslep i nødvendige investeringer til sykehusene. Det gjør det vanskelig over tid å effektivisere driften og øke produktiviteten.
- Legeforeningen vil følge opp forrige plan slik at viktige saker om sykehusstruktur ikke unndras politisk behandling.

Det utadvendte sykehuset – samhandling med kommunene

Det er positivt at helseministeren i oppdragsdokument til sykehusene for 2020 gir klar beskjed om hvilke oppgaver de ikke kan skyve over på fastlegen. Fastlegens rolle i de nye helsefellesskapene blir viktig for å sikre gode pasientforløp og mer effektiv koordinering. Finansiering av aktørenes deltakelse i helsefellesskapene må samtidig avklares. Legeforeningen har forventninger til tiltaket og vil følge implementeringen og virkningene i årene foran oss. Fellesskapene blir forhåpentlig viktige samspillspartnere i utviklingen av neste helse- og sykehusplan. Vi etterlyste i vårens innspillsrapport en nasjonal samhandlingsarena. Helsefellesskapets resultater på samhandling foreslås evaluert i neste plan om fire år. Legeforeningen er opptatt av at det utadvendte sykehus også må inkludere avtalespesialistene.

Digitalisering og teknologi

Legeforeningen støtter at man vil videreutvikle og innføre kjernejournal i kommunene i perioden. Enda viktigere er innføring av pasientens legemiddelliste. Disse tiltakene kan redde liv og haster å få gjennomført i perioden. Legeforeningen er overrasket over at Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse ikke har prioritert tilstrekkelige midler til

pasientens legemiddelliste, med fare for at prosjektet må stoppes. Legeforeningen er negative til hvordan «den nasjonale styringsmodellen» fungerer i dag. Selv om det ikke eksplisitt er nevnt i NHSP vil vi bemerke at forslag til ny e-helselov vil virke byråkratiserende, hemmende for innovasjon og kostnadsdrivende for helsetjenesten. Andre virkemidler enn lovpålegg må brukes, slik som finansieringsordning for IKT-investeringer.

Bedre oppfølging av psykisk helse og ruspasienter

Mange pasienter med alvorlig psykisk sykdom har kompliserte og langvarige forløp, med økt risiko for kroppslig sykdom og tidlig død, noe som i perioder krever behandling i døgninstitusjon. Legeforeningen er tydelig på at nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt nok tilbud til de alvorlig psykisk syke. Den gylne regel har ikke gitt den ønskede effekten og bør erstattes med en konkret og forpliktende opptrappingsplan. Pasienter må som hovedregel ikke bli avvist når de er henvist til psykisk helsevern av fastlegen, uten at det gis konkrete råd om videre håndtering. Det må sikres tilstrekkelig spesialistkompetanse og mulighet for faglig utvikling i alle enheter i psykisk helsevern for å bedre rekruttering av leger. Psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må styrke sin kompetanse på oppdagelse og behandling av rusproblematikk hos unge. Det vises for øvrig til Legeforeningens rapport «*Bedre psykiatri og rusbehandling*»[2] 2019 som innspill til regjeringens satsingsområde i planen.

Finansiering

En målrettet investering i produktivitetsfremmende løsninger vil gi bedre ressursutnyttelse. Da trenger vi ikke å bemanne oss ut av merbehovet for helsetjenester fremover. På sikt vil det gi lavere driftsutgifter i sykehusene og mer helse igjen for pengene.

- Leger må brukes til å utføre legeoppgaver, dersom utviklingen av helsetjenesten skal være bærekraftig.
- Det må investeres i brukervennlige IKT-løsninger, tjenlige sykehusbygg og rett kompetanse på rett plass.
- Nasjonal helse- og sykehusplan må også bli en investeringsplan.
- For lavt investeringsnivå i norske sykehus fører til at driften av sykehusene blir unødvendig dyr.

En analyse gjennomført av Helseøkonomisk Analyse viser at dersom man klarer å få vekst i sykehuslegers produktivitet på bare 0,5 % (opp fra 0 % i nåsituasjonen) vil behovet for nye legeårsverk frem mot 2040 halveres. Dermed bør sykehusene gjøre produktivitetsfremmende satsinger på brukervennlig IKT, tjenlige sykehusbygg og mer støttepersonell. Det innebærer et behov for ansettelse av flere helsefagarbeidere og sekretærer. Da får leger mer tid til det pasientrettede arbeidet, og den økonomiske bærekraften i sykehusene blir betydelig bedret. ●

Se lenke her:

[1] https://www.legeforeningen.no/nyheter/2019/nasjonal-helse-og-sykehusplan-legeforeningens-innspill/

[2] https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/bedre-psykiatri-og-rusbehandling/

Vanskelig konflikt om arbeidstid løst

Legeforeningen og Sykehuset Innlandet HF er blitt enige om en løsning på uenigheten som gjelder arbeidstiden for en gruppe overleger som fikk endret arbeidstid fra 38 til 40 timer per uke. Enigheten innebærer at overlegene beholder 38 timer som en personlig ordning, så lenge de har overlegestillingen.

» Av advokat **Kristin Krogvold** og advokatfullmektig **Jan Eikeland**

Våren 2019 fikk i underkant av 50 overleger ansatt ved Sykehuset Innlandet HF brev fra arbeidsgiver med beskjed om at de ved en feil hadde hatt 38 timer i gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid, og at arbeidsgiver fra 1. september ville endre uketimetallet til 40 timer. Overlegene var ansatt ved sykehusene på Gjøvik, Hamar, Lillehammer og Elverum, samt Divisjon psykisk helsevern.

Store økonomiske konsekvenser

Alle overlegene som ble varslet om endringen i arbeidstid, hadde avtalt ukentlig arbeidstid på 38 timer ved ansettelsen. Dette timetallet var utgangspunktet for avtale om frivillig utvidet arbeidstid (UTA).

Arbeidsgivers beslutning innebar at overlegene skulle jobbe helt likt som tidligere, og etter samme arbeidsplan. Den eneste forskjellen var at arbeidsgiver ville kjøpe to færre timer UTA, fordi disse timene nå var innenfor den ordinære ukentlige arbeidstiden på 40 timer.

I helseforetakene er UTA regulert med en egen sats, som gir bedre lønn enn ordinær timelønn. Beregninger viser at hver enkelt overlege som var berørt av endringen, ville tape et sted mellom 80.000 og 100.000 kroner i året. Dette ble opplevd som svært urimelig av de berørte overlegene, og engasjementet var stort blant Overlegeforeningens medlemmer og tillitsvalgte.

Legeforeningen bestred endringen

Felles for alle overlegene, var at de har inngått gjeldende arbeidsavtaler etter 25. september 2014 og at de i henhold til arbeidsplanen hadde hjemmevakt mellom klokken 20.00 og 06.00.

Datoen 25. september 2014 knytter seg til en endring i den sentrale overenskomsten del A2 mellom Spekter og Legeforeningen som kom til under meklingen i 2014. Mange overleger ansatt før dette tidspunktet er sikret 38 timers ukentlig arbeidstid som en personlig ordning, som følge av at nyansatte kom inn i ordninger som var videreført fra før helseforetaksreformen.

Etter overenskomstens del A2 har overleger og legespesialister som er oppsatt med aktivt eller passivt arbeid på arbeidsstedet mellom klokken 20.00 og 06.00 krav på to timers reduksjon av den ukentlige arbeidstiden, det vil si 38 timer i stedet for 40 timer. Det følger av overenskomsten at tilsvarende reduksjon av arbeidstiden kan avtales ved hjemmevakt.

Etter Legeforeningens syn fulgte det av de avtalte arbeidsvilkårene på ansettelsestidspunktet, andre dokumenter om arbeidstid og dialog mellom den enkelte legen og arbeidsgiver, at det var avtalt 38 timer som gjennomsnittlig uketimeantall for de aktuelle overlegene. Legeforeningens juridiske vurdering var at Sykehuset Innlandet HF var bundet av dette, og at arbeidsgiver ikke hadde adgang til å endre dette ensidig.

Sendte søksmålsvarsel

Gjennom våren/sommeren og tidlig høst 2019 har det vært dialog mellom Legeforeningen og Sykehuset Innlandet HF – uten at partene kom til enighet.

Som Legeforeningens advokater i saken, sendte vi derfor et søksmålsvarsel til Sykehuset Innlandet HF på vegne av de berørte overlegene rett før jul. I søksmålsvarselet beskrev vi Legeforeningens juridiske standpunkt, samt grunnlag for dette og oppfordret Sykehuset Innlandet HF til å komme med sin vurdering av saken.

Etter at sykehuset mottok søkmålsvarselet, har det igjen vært dialog mellom Legeforeningen og Sykehuset Innlandet HF. Denne gangen førte samtalene frem, og den 27. januar 2020 ble partene enige om en løsning som omfatter alle overlegene som fikk brev fra arbeidsgiver om endring i arbeidstiden.

For legene i Divisjon psykisk helsevern innebærer løsningen at de ikke skal lide et lønnsmessig tap som en følge av endringen. For øvrige leger innebærer løsningen i tillegg at de beholder 38 timers uke som en personlig ordning så lenge de innehar nåværende overlegestilling i helseforetaket. Løsningen omfatter også leger som var konstituerte overleger da de mottok brev fra arbeidsgiver og som går over i fast overlegestilling ved samme avdeling.

Får tilbakebetalt tapt lønn

Lønn og arbeidstid skal samtidig korrigeres med virkning fra 1. september 2019, det vil si at overlegene får erstattet tapt lønn fra dette tidspunktet.

– Løsningen innebærer at det ikke lenger vil være behov for rettslig avgjørelse, og Legeforeningen vil derfor ikke gå videre med det varslede søksmålet.

– Legeforeningen er glad for at Sykehuset Innlandet har kommet våre medlemmer i møte. Vi ser frem til et konstruktivt samarbeid i tiden fremover, uttaler president Marit Hermansen. ●

Mot en mer presis og persontilpasset medisin

» Av **Cathrine M. Lofthus** – administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF og **Jan Frich** – viseadministrerende direktør Helse Sør-Øst RHF

I april 2003 var kartleggingen av det menneskelige genom sluttført. En ny æra av «genomisk medisin» var da allerede i emning. Begrepet «persontilpasset medisin» fikk raskt fotfeste og målbar vyer om bedre og mer individualisert behandling. I talen om unionens tilstand i 2015 lanserte Barack Obama en storsatsing for å fremme presisjonsmedisin. Enkelt sagt handler persontilpasset medisin om, i større grad enn tidligere, å kunne skreddersy behandling til den enkelte pasient. Hensikten er å tilby pasientene mer presis og målrettet diagnostikk og behandling. Målet er også å unngå at pasienter får behandling som de ikke har nytte av.

Persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin har stått høyt på agendaen i Norge i flere år. I 2014 kom utredningen «Persontilpasset medisin i helsetjenesten», hvor kreft, sjeldne sykdommer og infeksjonssykdommer ble pekt på som tre satsningsområder. Helsedirektoratets nasjonale strategi for persontilpasset medisin kom i 2016. Strategien vektlegger bl.a. informasjon, veiledning, kompetanse, samarbeid om infrastruktur og forskning.

De regionale helseforetakene har de siste årene fått flere oppdrag for å fremme persontilpasset medisin. Et oppdrag handler om etablering av et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin og presisjonsmedisin. Nettverket ble etablert høsten 2019 og koordineres fra Oslo universitetssykehus. Det er i tillegg etablert regionale nettverk i hver region. Det nasjonale nettverket skal bidra til å fremme en mer ensartet diagnostikk, etablere og harmonisere standarder og gi råd om oppbygging av diagnostiske fasiliteter. De regionale helseforetakene vil lytte til råd fra fagpersonene i det nasjonale kompetansenettverket og andre når feltet skal gis et løft.

Det er behov for å etablere nye diagnostiske metoder, herunder genpaneler, molekylære tester og andre biomarkører, slik at pasienter kan bli vurdert for skreddersydd behandling. For å fremme kliniske studier vil det være viktig at enkelte sykehus kan tilby mer spesialisert testing som helgenomsekvensering, «liquid biopsies» (blodprøve som sier noe om kreftsvulsten eller endringer i denne) og RNA-sekvensering. Norge er et lite land og spesialisert utstyr og kompetanse vil derfor måtte bygges opp noen få steder i landet. Samtidig er det viktig at alle sykehus har mulighet for grunnleggende molekylær testing av pasienter.

Ny teknologi og diagnostikk gir opphav til store mengder data som må analyseres, håndteres og lagres. Det vil være behov for spesialisert kompetanse innen laboratoriefagene og patologi, men også klinikere vil i økende grad måtte forholde seg til ny og mer presis informasjon om den enkelte pasient. I dette feltet ligger det mye spennende fagutvikling fremover, hvor samarbeid med andre yrkesgrupper som bioinformatikere vil være viktig. Vi må ikke glemme at pasienter og pårørende også vil ha behov for og ønske om å forstå informasjon om egen helse. Dette stiller nye krav til vår kommunikasjon i møtet med den enkelte.

Det er stort behov for forskning innen persontilpasset medisin. For det første trengs det mer kunnskap om verdien av ulike tester og i hvilken grad disse er assosiert med og kan forutsi sykdom og sykdomsforløp. Det trengs gode registre og infrastruktur for å kunne gjennomføre oppfølgingsstudier. For det andre er det behov for mer kunnskap om effekter av ulike typer behandling. Ny behandling har ikke alltid vist seg å ha de effektene man har antatt. Store kliniske studier og fase 4 «real life» studier vil være av stor verdi for å avklare hvilken nytte pasienter har av ny behandling. Det må legges til rette for denne forskningen i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har i 2019 gitt en strategisk tildeling til Oslo universitetssykehus for å initiere etablering av regional infrastruktur for persontilpasset medisin med biobank og forstyrking av regionale funksjoner innen sekvensering og bioinformatikk. I 2020 er det avsatt 15 millioner som skal målrettes til styrking av infrastruktur for persontilpasset medisin.

Andre land har, gjennom å etablere en infrastruktur for diagnostikk, lyktes med å etablere samarbeid med legemiddelfirmaer for utprøving av ny behandling. Styrking av diagnostikken og bedre muligheter for å karakterisere pasienter vil være avgjørende for at norske miljø skal kunne tiltrekke seg flere studier og fremme samarbeid med helsenæringen.

Vi står overfor en spennende faglig utvikling. Det er nok ikke alt vi tenker oss som kommer til å ha så stor betydning som vi antar, og kritisk sans og krav om dokumentasjon er viktig også innen persontilpasset medisin. Samtidig er vi sikker på at det vil komme for en dag teknologiske muligheter og nye former for behandling vi i dag ikke kan forutse. Den medisinske utviklingen som vi alle tar del i gjør at faget ikke stagnerer og at vi stadig og på nye måter kan gjøre en forskjell for pasientene. ●

«Siste tariffkurs på danskebåten» 11.-13. februar 2020

Det har blitt en hyggelig tradisjon at mange av Overlegeforeningens tillitsvalgte treffes på Vippetangen en morgen i februar for å gå om bord på danskebåten for å delta i tariff- og opplæringskurs. Første danskebåt-tur var allerede i 1997.

» Av **Marie Skontorp** og **Mathis Heibert**, styremedlemmer Of

Alle foto: Edith Stenberg

Kurset har alltid gitt oss en kombinasjon av informasjon om interne prosesser i foreningen, tilbakemeldinger til den sentrale foreningen fra de lokale tillitsvalgte og nye impulser fra eksterne forelesere. Slik ble det også denne gang. Det er alltid lurt å se på problemstillinger fra mange vinkler, og vi hadde derfor invitert forskere fra andre miljøer for å fortelle oss om deres tanker om ledelsesstruktur og sykehusplassering. Kristian Gundersen, professor i fysiologi ved Universitetet i Oslo, snakket om «Den herskende klasse og alle brannene i kunnskapsmiljøene».

Vi fikk høre historien om hvordan New Public Management kom inn i offentlig sektor og om utfordringer med å styre kunnskapsbedrifter som universiteter og sykehus etter markedsprinsipper. En av mange utfordringer er at sekretariat og andre støttefunksjoner for organisasjonen har blitt til ledelsesstrukturer som tjener toppledelsen. Han mener vi har fått et «problemløsningsoverskudd» der vi søker etter løsninger for konstruerte problemer som ikke fantes og som ofte blir benyttet som argument for nødvendige endringer i organisasjonsstrukturen. Han påpekte at vi, mellom politikerne og fagfolkene, har fått kilt inn en ny herskende klasse av direktører og styrerepresentanter.

Med bakgrunn i de mange lokaliseringsdebattene ved nybygg av sykehus inviterte vi Aud Tennøy, forskningsleder ved Transportøkonomisk institutt, som formidlet sine synspunkter om «Nye sykehus – hvor skal de plasseres?»

Hun viste til endrede reisevaner med økende avstand til arbeidssted som gir økt bruk av privatbil, dette er problematisk både fra et miljøperspektiv, men også fra et folkehelseperspektiv.

Det å plassere nye sykehus på grønne enger langt fra neste by gjør sentrum i eksisterende byer mindre attraktiv og øker faren for fraflytting. Hun mente

Aud Tennøy

Karin Båtelson

Kristian Gundersen

også at det i vanskelige lokaliseringsspørsmål er bedre å avgjøre plassering ved loddtrekning enn å gå for løsninger midt mellom alt.

Vi hadde som alltid innlegg fra både presidenten og fra sekretariatet, og fra leder av Ylf, og gode diskusjoner med gamle og nye tema mellom de lokale og sentrale tillitsvalgte. Diskusjonene fortsatte både under måltidene og utover natta for noen, kanskje noen færre enn vanlig da bølgehøyden var betraktelig høyere enn mange syntes behagelig.

Før ankomst i København begynte dag to med gruppearbeid for å få i gang kreativiteten om hva våre tillitsvalgte tenker kan være løsninger på utfordringer i vår hverdag på sykehusene. Før bytur i København fikk vi besøk av Karin Båtelson som er leder for Sjukhusläkarna. Hun fortalte oss om situasjonen til sykehusleger i Sverige og den dramatiske situasjonen ved Karolinska sjukehuset.

På hjemturen var det tradisjonen tro strategidebatt som vekket stort engasjement. Våre tillitsvalgte har gitt styret og forhandlingsutvalget et godt utgangspunkt for hva overlegene ønsker å prioritere i forhandlinger framover. Deltakere var enige om at tariffkurset er en god blanding av spennende faglige foredrag, påfyll med tanke på strategi og forhandling og ikke minst uformell kompetanseutveksling med felles tillitsvalgte - og en god porsjon hyggelig sosialt samvær.

Og for de lesere som ble skremt av overskriften – forklaringen kommer her: Det har vist seg at et tariffkurs i februar er i seneste laget før starten av forhandlinger. Ylf har sin tariffkonferanse om høsten og fra i år vil også Overlegeforeningen har sitt tariffkurs i november. Styret er godt i gang med å utvikle kurstilbud for 2021 og fremover – stay tuned! ●

Vel møtt til ny tariffkurs i november – plantet støtt på land.

Nye lovbestemmelser om varsling

Varsling har stått på agendaen til Arbeidsdepartementet en god stund nå. Blant annet ble det nedsatt et offentlig utvalg 11 november 2016, og som leverte en utredning 15 mars 2018.De som hadde store forventninger til betydelige lovendringer, har grunn til å være skuffet. Noen lovendringer har blitt implementert, blant annet ble varslingsreglene ble samlet i et eget kapittel 2A den 1. juli 2017. Den siste lovendringen ble gjennomført fra 1. januar 2020.

» Av **Frode Solberg**, ass.direktør og sjefadvokat, Jus og arbeidsliv

I all hovedsak dreier de nye reglene seg om – litt kritisk sagt – å drive folkeopplysning. Det er få store realitetsendringer å spore. Lovgiver har tro på at bedre kunnskap om reglene vil ha betydning, samt at det stilles tydeligere krav til saksgang i varslingssaker. Men ofte er gjengjeldelsene av subtil art, for eksempel at man ikke får den jobben man har søkt, man blir neglisjert eller ikke får delta på et attraktivt kurs.

Formålsbestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 1-1 er endret til at lovens formål også er å legge til rette for et godt ytringsklima. Godt ytringsklima er således trukket frem som et sentralt formål med loven. Innholdet i sentrale begreper er blitt beskrevet nærmere i loven. Dette gjelder hva som er kritikkverdige forhold, hva som ligger i forsvarlig fremgangsmåte og hva som er en gjengjeldelse.

Kritikkverdige forhold

Hva som anse som kritikkverdige forhold, er nå nærmere beskrevet i arbeidsmiljøloven § 2A-1 annet ledd:

«*Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet, for eksempel forhold som kan innebære*
a) fare for liv eller helse
b) fare for klima eller miljø
c) korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet
d) myndighetsmisbruk
e) uforsvarlig arbeidsmiljø
f) brudd på personopplysningssikkerheten.»

I praksis har det vært en del tilfeller hvor arbeidstaker varsler om forhold som i all hovedsak dreier seg om eget arbeidsforhold. Det er jo ikke helt unaturlig, idet det nettopp er dette arbeidstaker kjenner best. Men ytringer om forhold som kun gjelder eget arbeidsforhold er ikke omfattet av varslervernet. Dette er nå inntatt i arbeidsmiljøloven § 2A-1 tredje ledd:

«Ytring om forhold som kun gjelder arbeidstakers eget arbeidsforhold regnes ikke som varsling etter kapitlet her, med mindre forholdet omfattes av andre ledd.»

I mange tilfeller vil ytringen kunne ha betydning for eget arbeidsforhold, men likevel være omfattet av varslervernet. Dersom en lege varsler om uforsvarlig pasientbehandling på grunn av ressursmangel, vil varsleren kunne være vernet selv om varsleren i neste omgang kan få en fordel ved for eksempel bedre bemanning. Tanken bak varslingsreglene er at varslingen skal ha en viss allmenn interesse, slik som pasientsikkerhet, trakasserende lederatferd som skaper et uforsvarlig arbeidsmiljø, straffbare forhold o.l. Det at arbeidstaker får en fordel av varslingen, er derfor i seg selv ikke avgjørende.

Forsvarlig fremgangsmåte

Hva som er en forsvarlig måte å varsle på, er beskrevet nærmere i arbeidsmiljøloven § 2A-2:

«Arbeidstaker kan alltid varsle internt
a) til arbeidsgiver eller en representant for arbeidsgiver
b) i samsvar med virksomhetens rutiner for varsling
c) i samsvar med varslingsplikt
d) via verneombud, tillitsvalgt eller advokat.

Arbeidstaker kan alltid varsle eksternt til en offentlig tilsynsmyndighet eller en annen offentlig myndighet.

Arbeidstaker kan varsle eksternt til media eller offentligheten for øvrig dersom
a) arbeidstaker er i aktsom god tro om innholdet i varselet,
b) varselet gjelder kritikkverdige forhold som har allmenn interesse, og
c) arbeidstaker først har varslet internt, eller har grunn til å tro at intern varsling ikke vil være hensiktsmessig.»

Loven gir nå en slags oppskrift på hvordan man som varsler skal gå frem.

«En hovedregel er at man varsler internt først»

En hovedregel er at man varsler internt først. Det er jo virksomheten som er nærmest til å adressere det kritikkverdige forholdet. Men leger kan jo merke seg at de vil kunne ha lovbestemt plikt til å varsle for eksempel tilsynsmyndighetene, og loven tydeliggjør at dette er tillatt.

Det er arbeidsgiver som har bevisbyrden for at varslingen er skjedd i strid med loven.

Gjengjeldelse

Hva som er en gjengjeldelse, er nå beskrevet nærmere i arbeidsmiljøloven § 2A-4 annet ledd:

«Med gjengjeldelse menes enhver ugunstig handling, praksis eller unnlatelse som er en følge av eller en reaksjon på at arbeidstaker har varslet, for eksempel

a) trusler, trakassering, usaklig forskjellsbehandling, sosial ekskludering eller annen utilbørlig opptreden
b) advarsel, endring i arbeidsoppgaver, omplassering eller degradering
c) suspensjon, oppsigelse, avskjed eller ordensstraff.»

Bestemmelsen gir altså eksempler på hva som regnes som gjengjeldelse, og de fleste av disse må sies å være temmelig åpenbare og gir således ikke mye nytt.

Som tidligere krever loven at det skal være en årsakssammenheng mellom varslingen og gjengjeldelsen. Det er imidlertid slik at der hvor arbeidstaker fremlegger opplysninger som gir grunn til å tro at det er funnet sted gjengjeldelse, har arbeidsgiver bevisbyrden for at dette ikke har funnet sted, jf. arbeidsmiljøloven § 2A-4 fjerde ledd.

Det bør også nevnes at loven også omfatter varslere som ennå ikke har varslet, men som har signalisert at det kan komme et varsel, dersom noe ikke ryddes opp i. Ofte vil arbeidstaker kunne vekke interesse fra andre i arbeidet med å samle informasjon og gjøre seg opp en mening om en sak. Formålet med en slik regel er blant annet å hindre at gjengjeldelse finner sted før arbeidstaker rekker å varsle, og at det således ikke er årsakssammenheng mellom varslingen og gjengjeldelsen fordi gjengjeldelsen kom først.

Arbeidsgivers aktivitetsplikt

Nyvinningen her er særlig at arbeidsgiver har fått nye plikter når virksomheten mottar et varsel. Arbeidsgiver har nå fått tydeliggjort sin aktivitetsplikt.

Arbeidsgiver har nå for det første plikt til å sørge for at varselet blir tilstrekkelig undersøkt, og dette skal skje «innen rimelig tid». Dette beskrives nærmere i lovens forarbeider:

«Hva som skal regnes som «rimelig tid», må vurderes konkret i det enkelte tilfellet i lys av varselets alvorlighetsgrad, hvor viktig det er med rask avklaring og hvor lang tid det praktisk vil ta å undersøke forholdet. Ressursmessige hensyn vil også kunne inngå i en slik vurdering. Bestemmelsen stiller heller ikke spesifikke krav til hvilke undersøkelser arbeidsgiver må gjøre, og hva som vil være «tilstrekkelig» undersøkelse må således vurderes konkret.»

For det andre skal arbeidsgiver påse at varsleren har et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø. Her kan det tenkes at arbeidsgiver må iverksette tiltak for å hindre utfrysning av arbeidsfellesskapet eller sørge for at varslerens identitet holdes skjult. For det tredje skal arbeidsgiver sørge for å iverksette tiltak for å verne varsleren dersom det er nødvendig.

Objektivt erstatningsansvar

En annen viktig endring er at arbeidsgiver nå har et objektivt ansvar for økonomisk tap dersom varsleren blir møtt med en gjengjeldelse. Man stiller altså ikke krav om utvist skyld eller uaktsomhet fra arbeidsgivers side. Dette kan bidra til at arbeidsgivere har et aktivt forhold til å ivareta varslere for å unngå erstatningsansvar. ●

Har du husket å tegne ansvarsforsikring?

Alle medlemmer har anledning til å tegne ansvarsforsikring gjennom Legeforeningen. Forsikringen er frivillig og koster 400 kroner i året. Det kan vise seg å være en billig investering, hvis pasienter retter direkte krav mot leger, som noen ganger skjer.

» Av **Jan Eikeland**, advokatfullmektig og juridisk rådgiver for Overlegeforeningen

Legeforeningens ansvarsforsikring er et supplement til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) - en statlig ordning som dekker økonomisk tap ved blant annet behandlingssvikt, uavhengig av det enkelte helsepersonell sitt ansvar.

Ansvarsforsikringen vil sammen med NPE sikre de aller fleste mot erstatningskrav fra pasienter. Forsikringen dekker blant annet medisinsk feilbehandling i Norden, ved akutt legehjelp på reise over hele verden og ved engasjementstillinger som lege i inntil tre måneder i hele verden.

Dekker oppreisning

Den viktigste dekningen i praksis er tilfeller der pasienten - etter å ha fått sin sak prøvd hos NPE og fått medhold der - retter seg mot legen for å få oppreisning, det vil si en erstatning som gis som en form for tort og svie når den ansvarlige for skaden har opptrådt forsettlig eller grovt uaktsomt.

Oppreisningserstatning dekkes nemlig ikke av NPE, som kun omfatter erstatning for økonomisk tap. Uten ansvarsforsikring risikerer altså leger å måtte dekke dette av egen lomme. Forsikringen dekker også kostnader til advokatutgifter på inntil 1 million kroner. Ansvarsforsikringen vil derfor kunne være til betydelig nytte og hjelp, hvis en uheldig situasjon oppstår.

De aller, aller fleste overleger har tegnet ansvarsforsikring, som innkreves ved starten av året i forbindelse med den ordinære medlemskontingenten. Noen leger velger bevisst ikke å tegne ansvarsforsikring, og det er det full anledning til, siden den er frivillig, men dette kan i noen tilfeller vise seg å være en beslutning legen angrer på i etterkant.

Legeforeningens klare anbefaling er derfor at alle leger tegner ansvarsforsikring.

Slik kan du sjekke

Det hender også at leger tror de har tegnet ansvarsforsikringen, uten at de er klar over at dette ikke er tilfelle. Det kan derfor være lurt å sjekke om du har tegnet forsikringen. Dette kan du gjøre ved å gå inn på Min Side på Legeforeningens nettsider. Her kan du også tegne forsikring, dersom du ikke har gjort det før.

Men forsikringen vil uansett bare gjelde i de tidsrommene hvor forsikringen er tegnet. Det vil derfor potensielt være uheldig om legen har avbrudd i forsikringen.

Hva med pensjonerte leger?

Legeforeningen mottar hvert år en rekke henvendelser fra pensjonerte leger som lurer på om de har behov for å opprettholde den frivillige ansvarsforsikringen. Det er lett å forstå at spørsmålet blir stilt, fordi ansvarsforsikringen i hovedsak er rettet mot leger som er i klinisk arbeid.

Ansvarsforsikringen er derfor mindre aktuell for leger som ikke lenger er yrkesaktive. Pensjonerte leger kan likevel ha behov for denne forsikringen, for eksempel hvis de fortsatt foreskriver medisiner. Forsikringen gjelder også ved utøvelse av akutt hjelp på reiser over hele verden, som er en situasjon mange leger fort kan havne i.

Den årlige premien for ansvarsforsikringen er kun på 400 kroner, så det er en billig forsikring. Og den gir betydelig trygghet, hvis en uheldig situasjon først oppstår.

Legeforeningen anbefaler derfor også pensjonerte leger å tegne denne forsikringen, men det er opp til hver enkelt å vurdere om de har behov for den. ●

Når skaden skjer

Eventuelle skader skal meldes Tryg Forsikring per mail:
ansvar@tryg.no

Det er også mulig å kontakte Legeforeningens avdeling for Jus- og arbeidsliv, dersom man har spørsmål om ansvarsforsikringen.

Har du spørsmål du ønsker besvart i bladet, send en mail til redaktør arild.egge@ous-hf.no

» Av advokat og juridisk rådgiver i Overlegeforeningen, Liv Marit Fagerli

Tvisteløsningsnemnda – behøver jeg kjenne til det da?

Nei, du kan selvfølgelig leve et både langt og lykkelig liv uten å ha den ringeste anelse om hva Tvisteløsningsnemnda er. Sjansen for et ubekymret liv er kanskje større hvis du ikke har hatt behov for å vite hva den er, enn om du har hatt gjentatte behov for nært kjennskap.

Når det er sagt, kan «lykken» muligens gjenopprettes for den som vet hva Tvisteløsningsnemnda er, hvilke saker den behandler og ikke minst – hvilken frist gjelder for å bringe saker inn for nemnda.

For ordens skyld; «lykke» og «ubekymret liv» referer seg her til fravær av tvist med arbeidsgiver om visse rettigheter etter arbeidsmiljøloven. Hvilke rettigheter det dreier seg om, kommer jeg straks tilbake til.

Hva er egentlig Tvisteløsningsnemnda?

Tvisteløsningsnemnda er et uavhengig forvaltningsorgan som ble opprettet i 2006 for å avgjøre

tvister (uenigheter) mellom arbeidstaker og arbeidsgiver i spørsmål om visse tilpasninger av arbeidstiden, permisjoner, fortrinnsrett til utvidet stilling for deltidsansatte med mer. Jeg kommer senere i artikkelen tilbake til en mer uttømmende angivelse av sakstypene som kan bringes inn for Tvisteløsningsnemnda, men før det anser jeg det hensiktsmessig å si noe om nemnda som sådan.

Tvisteløsningsnemndas sammensetning

Kongen oppnevner Tvisteløsningsnemnda. Nemnda skal ha en leder, inntil to nestledere og seks ordinære faste medlemmer. For de seks ordinære medlemmene oppnevnes to varamedlemmer. Nemndas medlemmer har en funksjonstid på tre år.

Tre av de seks ordinære medlemmene oppnevnes etter forslag fra arbeidstakersiden, og tre etter forslag fra arbeidsgiversiden. Tvisteløsningsnemnda er sånn sett en delvis partssammensatt nemnd. Forskrift om tvisteløsningsnemnd etter arbeidsmiljøloven regulerer blant annet tvisteløsningsnemndas oppnevning og organisering, sammensetningen i den enkelte sak, tvisteløsningsnemndas sekretariat og saksbehandlingen.

Behandling i Tvisteløsningsnemnda er en såkalt prosessforutsetning. At det er en prosessforutsetning betyr at behandling i nemnda er en betingelse for å kunne ta ut søksmål dersom det skulle være aktuelt. Dersom du er uenig med nemndas avgjørelse, har du en frist på 8 uker fra vedtaket foreligger på å bringe saken inn for domstolen. Hvis det ikke reises søksmål innen fristen på 8 uker, har nemndas vedtak virkning som en rettskraftig dom. Dette følger av arbeidsmiljøloven § 17-2.

Nemnda skal i den enkelte sak ledes av nemndas leder eller en av nestlederne. For øvrig settes nemnda med ett fast medlem oppnevnt etter forslag fra arbeidstakersiden og ett fast medlem oppnevnt etter forslag fra arbeidsgiversiden. Dersom et av nemnda faste medlemmer av hensyn til sakens opplysning krever det, skal nemnda utvides med ytterligere to medlemmer med særlig kunnskap om den bransjen som er berørt i saken (bransjemedlemmer).

Det er ikke uvanlig at saker fra helsevesenet settes med bransjemedlemmer. Jeg har selv ved flere anledninger vært såkalt bransjemedlem. Som bransjemedlem er man medlem av nemnda på lik linje med de faste medlemmene og bransjemedlemmet er ikke representant for en av partene i saken. Formålet med nemndas behandling av saken er å fatte en så riktig avgjørelse som mulig, og det gjelder også for bransjemedlemmene.

Tvisteløsningsnemndas sekretariat

Tvisteløsningsnemnda trer sammen for behandling av den enkelte sak, men nemndsmedlemmene jobber ikke i nemnda. Det er derfor behov for et sekretariat som forbereder sakene og innkaller til møter i nemnda i samråd med nemndas leder eller nestleder. Det er direktoratet for arbeidstilsynet som er sekretariatet for Tvisteløsningsnemnda.

Sakstyper som kan bringes inn for Tvisteløsningsnemnda:

Nedenfor vil jeg helt summarisk peke på hvilke sakstyper som kan bringes inn for nemnda. Det vil sprenge rammene for denne artikkelen å gå dypere inn i vilkårene, men for den interesserte leser er det mye relevant informasjon på Tvisteløsningsnemndas nettsider. I tillegg finnes anonymiserte versjoner av nemndas vedtak på sidene deres:

https://www.nemndene.no/tvistelosningsnemnda/vedtak-tvistelosningsnemnda/

Gjennomgangen nedenfor bygger langt på vei på informasjon fra nemndas egne sider

Fritak fra nattarbeid
Arbeidstaker som regelmessig arbeider om natten har rett til fritak fra den arbeidstidsordningen som gjelder for arbeidstakergruppen, dersom vedkommende av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det og fritaket kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten, jf arbeidsmiljøloven § 10-2 andre ledd.

Redusert arbeidstid
Arbeidstaker som har fylt 62 år eller som av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det, har rett til å få redusert sin arbeidstid dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Retten til redusert arbeidstid innebærer at arbeidstiden kan reduseres for en bestemt periode, i form av kortere arbeidsdager, færre arbeidsdager pr uke eller arbeidsfrie perioder i løpet av året, jf arbeidsmiljøloven § 10-2 fjerde ledd.

Permisjoner
Arbeidsmiljøloven gir i kapittel 12 rett til ulike permisjoner. Avslag på søknad om permisjon etter kapittel 12 kan bringes inn for Tvisteløsningsnemnda.

Permisjoner etter arbeidsmiljøloven kapittel 12 er til dels ulike i den forstand at enkelte permisjoner har arbeidstaker ubetinget krav på (svangerskapspermisjon, omsorgspermisjon, fødselspermisjon, permisjon ved barn og barnepassers sykdom, omsorg for og pleie av nærstående, militærtjeneste mv samt permisjon for å oppfylle lovbestemt møteplikt i offentlige organer), mens andre permisjoner forutsetter at permisjonen ikke er til hinder for arbeidsgivers forsvarlige planlegging av drift og personaldisponeringer (utdanningspermisjon og delvis foreldrepermisjon).

Fortrinnsrett
Arbeidsmiljøloven § 14-3 gir deltidsansatte fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten. Fortrinnsretten kan også gjelde en del av en stilling. Fortrinnsretten forutsetter at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen og at utøvelse av fortrinnsretten ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten.

Fritak fra overtidsarbeid og merarbeid
Arbeidstaker har rett til å bli fritatt fra å utføre arbeid utover avtalt arbeidstid når vedkommende av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Arbeidsgiver plikter også ellers å frita arbeidstaker som ber om det, når

Frist for å fremme sak for Tvisteløsningsnemnda

Frist for å bringe saken inn for Tvisteløsningsnemnda, er fire uker etter at arbeidsgivers avslag har kommet frem til arbeidstaker, jf arbeidsmiljøloven § 17-2 a (1).

I utdanningspermisjonssaker kan det fremmes sak senest fire uker etter utløpet av arbeidsgivers svarfrist etter arbeidsmiljøloven § 12-11 femte ledd dersom arbeidsgiver ikke har svart innen fristen, jf arbeidsmiljøloven § 17-2 a (2).

Hvordan fremmes en sak for Tvisteløsningsnemnda?

Dersom du ønsker å fremme sak for Tvisteløsningsnemnda, kan det gjøres enten per brev eller per epost. Hvis du sender epost, brukes denne epostadressen: post@nemndene.no.

Hvis du ønsker å sende per brev, bruker du denne postadressen:
Tvisteløsningsnemnda, Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim.

Følgende opplysninger bør være med når sak oversendes til Tvisteløsningsnemnda:
- Arbeidstakerens navn, adresse, telefonnummer og epostadresse
- Arbeidsgivers navn, adresse og telefonnummer
- Hva tvisten gjelder
- Opplysninger om arbeidstakers ansettelsesforhold (stillingstittel, stillingsprosent, arbeidstid og arbeidsoppgaver)
- På hvilken måte det omsøkte (fritak fra nattarbeid, redusert arbeidstid, fritak fra å jobbe utover avtalt arbeidstid, utdanningspermisjon mv) ønskes gjennomført
- Hvilket tidsrom søknaden gjelder for
- Arbeidstakers begrunnelse for søknaden

Legg dessuten ved kopi av:
- Arbeidsavtalen
- Arbeidstakers krav
- Arbeidsgivers avslag
- Annen relevant dokumentasjon (legeattest, møtereferater, mv.)

Klagerett
Nemndas vedtak kan ikke påklages, men tvisten kan bringes inn for domstolene etter at nemnda har fattet sin avgjørelse, jf det jeg allerede har sagt om domstolsbehandling.

arbeidet uten skade kan utsettes eller utføres av andre. Dette følger av arbeidsmiljøloven § 10-6 (10).

Fleksibel arbeidstid
Arbeidstaker har rett til fleksibel arbeidstid dersom dette kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten, jf arbeidsmiljøloven § 10-2 (3). Retten til fleksibel arbeidstid omfatter ulike former for fleksibilitet i tilknytning til arbeidstiden. Avtale om fleksitid kan være en form for fleksibel arbeidstid. Ordningen gir arbeidstakeren mulighet til selv å avgjøre når på dagen arbeidstiden skal legges, innenfor visse rammer. Fleksitid kan også innebære at arbeidstakerne kan innarbeide ekstra arbeidstid som så kan avspaseres på et senere tidspunkt, i samråd med arbeidsgiveren.

I noen tilfeller vil det være vanskelig å gjennomføre fleksibel arbeidstid uten vesentlig ulempe. Eksempler på dette kan være i tjenesteytende virksomhet hvor de ansatte må være tilstede av hensyn til brukerne, eller der arbeidstaker er omfattet av en turnusordning.

Fortrolige opplysninger
Arbeidsmiljøloven § 8-3 åpner for at arbeidsgiver pålegger tillitsvalgte og eventuelle rådgivere taushetsplikt i forbindelse med informasjons- eller drøftingssaker etter arbeidsmiljøloven kapittel 8. Vilkåret for å pålegge taushetsplikt er at virksomhetens behov tilsier at opplysningene ikke bør gis videre. Arbeidsgiver kan også i særlige tilfeller unnlate å gi informasjon eller gjennomføre drøftinger dersom dette på det aktuelle tidspunkt åpenbart vil være til betydelig skade for virksomheten.

Virksomhetens tillitsvalgte eller en femtedel av arbeidstakerne kan bringe inn for Tvisteløsningsnemnda tvist om arbeidsgivers beslutninger om å pålegge taushetsplikt eller unnlatelse av å gi informasjon. Tvisten kan ikke bringes inn etter at de opplysningene beslutningen gjelder, har blitt offentlig kjent.

Stilling tilsvarende faktisk arbeidstid
Deltidsansatte som jevnlig har arbeidet utover avtalt arbeidstid de siste 12 måneder, har rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden, med mindre arbeidsgiver kan dokumentere at det ikke lenger er behov for merarbeidet. Dette følger av arbeidsmiljøloven § 14-4a.

Bedriftsdemokrati
Tvisteløsningsnemnda har myndighet til å gjøre unntak fra lov og forskrifter om ansattes rett til representasjon i foretakets styrende organer. Nemnda har også myndighet til å etablere felles representasjonsordninger (konsernordninger) og avgjøre klager i forbindelse med valg til styringsorganene. Søknad om unntak kan fremmes av selskapet, et flertall av de ansatte eller lokal fagforening. For nemndas behandling av saker om ansattes rett til representasjon i styrende organer gjelder ingen frist. Valgklager på likevel være fremmet for valgstyret innen to uker fra det tidspunkt vedtaket er kunngjort for de ansatte. ●

Manglende innbetaling til NPE kan koste leger dyrt

Dersom du er overlege og gir helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, er det svært viktig at du sjekker om du skal betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning.

» Av **Jan Eikeland**, advokatfullmektig og juridisk rådgiver for Overlegeforeningen

Legeforeningens avdeling for Jus og arbeidsliv håndterer hvert år flere saker hvor overleger som driver - eller er tilknyttet - en privat klinikk får krav fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) om å tilbakebetale erstatningsbeløp som NPE har innvilget pasienter som har vært utsatt for behandlingssvikt.

NPE er en statlig ordning som sikrer at pasienter får utbetalt erstatning for økonomisk skade ved feilbehandling. Erstatning utbetales uavhengig av det enkelte helsepersonell sitt ansvar for behandlingssvikten.

Etter pasientskadeloven § 8 har alle som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten både en plikt til å melde fra om at de driver en slik tjeneste og til å betale tilskudd til NPE. Ved å betale dette tilskuddet, er klinikken sikret mot å få etterbetalingskrav fra NPE.

Tilskuddsplikten varierer avhengig av slags helsehjelp som ytes. Dersom du er usikker på om har tilskuddsplikt eller lurer på om du betaler inn riktig tilskudd, kan du kontakte NPE eller sjekke nettsidene deres (npe.no).

Pasienten er dekket av pasientskadeordningen uansett om den private klinikken har betalt tilskudd eller ikke. Men NPE har etter pasientskadeloven et regresskrav mot de som ikke har betalt inn tilskuddet. I slike tilfeller må også klinikken etterbetale det lovpålagte tilskuddet for den perioden klinikken har vært virksom og fram til dags dato.

«Private klinikker er ikke dekket av tilskuddsordningen før man har meldt inn og betalt pliktig tilskudd til NPE»

Private klinikker er ikke dekket av tilskuddsordningen før man har meldt inn og betalt pliktig tilskudd til NPE. Hvis klinikken etterinnmelder og betaler tilskudd for tidligere år, er virksomheten dekket for nye erstatningskrav og for tidligere skader meldt etter tidspunktet for etterregistrering.

Noen leger tar også på seg oppgaver som selvstendig næringsdrivende ved private klinikker. Spørsmålet som da melder seg, er om det er klinikken eller legen som skal betale tilskuddet.

Hovedregelen her er at det er den private klinikken som skal betale, men klinikken vil samtidig ha mulighet til å avtale at selvstendig næringsdrivende selv skal være ansvarlig for tilskuddsplikten til NPE.

Erfaringen til Legeforeningen er at slik avtaler ofte kan være uklart formulert. Dersom du er i en slik situasjon og er usikker på hva som er avtalt, bør dette avklare nærmere med den private klinikken. ●

NPE har laget en kort informasjonsfilm om meldeplikten, som gir ytterligere informasjon. Her er nettadressen:

https://youtu.be/_ceMVYassxg

60 ÅR

1961-2021

60 års jubileum for Norsk overlegeforening

TONE SPARR

RASMUS SVIHUS

ROLF SCHØYEN

Som opptrapping til et jubileumsnummer 1-2021 har vi i 2020 invitert tidligere Of-ledere til å komme med innlegg i alle årets utgaver av Overlegen

Les innlegg av tidligere ledere i Overlegen 1-2011:

https://www.legeforeningen.no/contentassets/a1b216dafc9e40e887d4b2e2511062cc/overlegen-1-2011-jubileumsnummer.pdf

Vi starter opp serien i nr. 1-2020 med 3 tidligere ledere:

Rolf Schøyen

Rolf Schøyen
Født 30.03.36, nå 83 år og 84 i 2020

Tidsperiode som Of-leder: I følge oversikten til 50-års jubileet: 30.06.1987 -31.12.1991

Andre sentrale verv i Legeforeningen:
Leder av Vestfold legeforening. Leder av Norsk foreningen for medisinsk mikrobiologi. Leder av spesialitetskomiteen i Medisinsk mikrobiologi. Leder av fondsutvalget for Utdanningsfond III. Sentralstyremedlem i to perioder. Medlem av Landsstyret i flere tiår. Leder av Eldre legers forening i 6 år.

Hva gjør du nå?
Bor alene i et gammelt hus og klarer meg fortsatt selv. Er heldig og har barn og barnebarn i nærheten. Forsøker å være med i nærmiljøet, men alder og helse er utfordringer som ikke alltid lar seg mestre. Privilegiet «å bli gammel i Norge» har sine sider. Det var mer givende å få være med på den aktive siden i samfunnet enn å bli definert som del av «eldrebølgen» og «den ikke bærekraftige» del av samfunnsøkonomien. Men synes fortsatt det er bedre å leve enn å dø.

1. Hvorfor ønsket du å bli leder i Of?
Før jeg ble leder av Of var jeg med i styret i Vestfold legeforening og en periode leder. Jeg var også tillitsvalgt for overlegene på Vestfold sentralsykehus, som det het den gang. Spørsmål som angikk leger utenfor og innenfor sykehus opptok meg, og jeg hadde meninger om mye. Jeg hadde ikke noe ønske eller ambisjon om å overta ledervervet i det som før min tid het Overordnede sykehuslægers forening. Men det ble debatt på et årsmøte i foreningen og det kom mange forslag på navn til nytt styre. Jeg fikk stor støtte. Det var begynnelsen.

2. Hvilken sak brant du mest for som leder?
Styremedlemmer og sekretærer i mitt styre var på sine områder dyktigere enn jeg. Derfor en takk for bidrag, samarbeid og trivsel. Mange saker kunne nevnes som like viktige i mitt hode. Kanskje den som satte mest spor var at styret opprettet en kurskomite hvor styret var representert og hvor Eilif Natrud med tilknytning til Røros fikk ledelsen. Finansiering av kursene ble ordnet. Dette var begynnelsen på Røroskursene som fortsatte i mange år. Tanken var å styrke overlegenes felles identitet på tvers av spesialiteter, og at den felles lojaliteten vi håpet skulle oppstå kunne gi grunnlag for større grad av enighet i vanskelige saker og dermed gi gruppen større politisk kraft. Vi ønsket å gi begrepene og fagene ledelse og helsepolitikk større plass i overlegegruppens bevissthet. Styret håpet dette ville bidra til å styrke overlegegruppens ønske om å engasjere seg i disse områdene og at samfunnet i større grad enn det som var datidens dom skulle ønske seg overleger som ledere. Kurset ble kombinert med landsrådsmøtet som dermed fikk stor deltagelse.

3. Hva er du mest stolt av å ha oppnådd i din tid?
Jeg har nevnt Røroskursene. Det mer usynlige arbeid jeg drev med var organisasjonsutvikling, å endre både Overlegeforeningen og Legeforeningen. Dette kan ikke gjøres på en dag, men må gjøres ved å starte prosesser med det mål etter tilstrekkelig debatt og «modningstid», å få fattet de vedtak jeg ønsket i de rette organer, som landsrådsmøtene og på Legeforeningens landsstyremøter. Man kan nå lenger ved å holde egen person i bakgrunnen og heller engasjere dyktige krefter rundt seg mot felles mål. Her kunne jeg gi et langt svar. Noen få stikkord: Navnebytte til Norsk overlegeforening. Innføring av valgkomite. Nye vedtekter. Of fra spesialforening med frivillig medlemskap til yrkesforening. Jeg er stolt over at Legeforeningen i den tid jeg hadde litt innflytelse utviklet seg i den retning jeg selv ønsket. Mange og sterke leger med til dels motstridene interesser engasjerer seg i Legeforeningen og bra er det. Det er ingen selvfølge alltid å få flertall for egne synspunkter og det har heller ikke jeg fått.

4. Hva rakk du ikke å i ferdig med i din periode?
Spørsmålet kan bevares slik: Jo mer jeg som leder arbeidet med stadig flere saker følte jeg meg stadig mindre ferdig med flere av sakene. Så lenge engasjementet og arbeidskapasiteten er der, vokser haugen av saker du aldri blir ferdig med. Men jeg var skuffet over resultatet av forhandlingsarbeidet. Lønnsforholdene og tariffavtalene ble ikke slik jeg syntes de burde være. Vi forsøkte også i styret å engasjere oss i sykehusstrukturdebatten, som var brennbar også i min ledertid. Men det ble for vanskelig og konfliktfylt. Styret hadde ingen godtgjørelse for sitt arbeid, alle var i fullt arbeid, og jeg satt også to perioder i sentralstyret. Jeg vil hevde at kapasiteten i styret var en større begrensning enn den samlede kompetanse.

5. Hva synes du om utviklingen i Of etter din tid?
Jeg er spesielt imponert over tidsskiftet Overlegen. Vi diskuterte et tidsskrift også i min tid, men fant ut at vi ikke hadde krefter til et slikt prosjekt. Som pensjonist står jeg nå «utenfor» begivenhetene og vet for lite om Of's interne liv. Men kollegers frustrasjoner og skuffelse over norsk sykehuspolitikk, og pasienters noen ganger dårlige møte med norsk helsevesen, får meg til å spørre hvilken innflytelse Of gjennom Legeforeningen har over norsk helsepolitikk. Blir budskapet noen ganger for komplisert og utydelig for å nå

gjennom i opinionen og i politikken? Håper Of kan bli enda tydeligere med et budskap som både leger, pasienter og politikere kan slutte seg til.

6. Hva er dine tanker om foretaksreformen?

Jeg har faktisk mange tanker om den. Det blir for langt å lage et innlegg. Penger er en viktig ressurs, men når penger blir viktigere enn fag og etikk, når mennesker som ressurs ikke respekteres tilstrekkelig, når «effektivisering» blir et udefinert begrep som i realiteten innebærer ostehøvelprinsippet og nedbemanning der alle jobber ut over tariffavtalene, da går det galt. Det fremgår av dette at jeg har lite til overs for foretaksmodellen.

7. Hva er viktig for Of i årene som kommer?

Et kort og lite konkret svar: Bidra til at norsk helsevesen utvikler seg positivt i betydningen at helsepersonell opplever større trivsel i sitt arbeid, at pasientene opplever at Legeforeningen ivaretar også deres interesser, og at «samfunnskontrakten» mellom Legeforeningen og de politiske og administrative nivåer styrkes. Utviklingen de senere år har mange negative sider. Nøkkelord som må vektlegges: Fag, kvalitet, etikk, pasientservice, yrkesstolthet. Min ideologi: Et offentlig monopol hvor konkurranse er fjernet tjener hverken de ansatte eller pasientene. Ellers i samfunnet, som f.eks. i dagligvarehandelen, er konkurranse betraktet som nødvendig og sterkt ønskelig. Er helsevesenet så ulikt at statlige monopoler her må dominere?
At: Finnes samme tilbud to steder med kort avstand må det ene nedlegges med begrunnelsen da tror man at penger kan spares. Bør ikke både helsepersonell og pasienter kunne velge det tilbudet de synes er best. Det blir på sikt også billigst for samfunnet.

Rasmus Svihus

1. Hvorfor ønsket du å bli leder i Of?

Jeg har alltid hatt interesse for lag- og foreningsarbeid. Var bl. a. med i ANSA, både lokalt, nasjonalt og satt en periode i sentralstyret. Jeg har vært medlem i OF siden 1975. Da spørsmålet kom om å bli leder i Osf (Overordnede sykehuslægers forening), var svaret naturligvis ja.

2. Hvilken sak brant du mest for som leder?

Ønsket var å utvikle Osf videre og få mer innflytelse i organisasjonen Min forgjenger Odd J Frisvold tok initiativet til å markedsføre oss gjennom en fast spalte i Tidsskriftet. Det ble blankt avvist, men han fortsatte ufortrødent videre og skrev om Osf under eget navn, noe som ble akseptert.

3. Hva er du mest stolt av å ha oppnådd i din tid?

En av de mest aktuelle sakene i min tid var Stillingsstrukturen ved sykehus. Vi jobbet tett sammen med Ylf i denne prosessen. Legeforeningens landsstyre vedtok avtalen den 6. juni 1986.

Osf hadde nok ikke funnet sin rette plass i organisasjonen enda. Vi hadde bl. a. bare en representant i landsstyret, ingen i sentralstyret.

4. Hva rakk du ikke å i ferdig med i din periode?

Under Rolf Schøyens ledelse skiftet foreningen navn til Norsk overlegeforening. Styret jobbet for å få bedre representasjon i både sentralstyret og i landsstyret, noe som lykkes.

5. Hva synes du om utviklingen i Of etter din tid?

Foreningen har etter hvert blitt mer og mer profesjonell. Behovet for informasjon er alltid økende, det har blitt bedre og bedre, noe som også medlemsbladet demonstrerer.

Rasmus Svihus 78 år
Leder 1986 – 1987

I kjølvannet av digitaliseringen av radiologiske avdelinger, var det mulig å ha hjemmekontor med diagnostisk arbeidsstasjon.

Dette ga meg muligheten til å arbeide hjemmebasert som overlegevikar på deltid. En var jo online 24/7, dette var en meget fleksibel og OK måte å arbeide på, så lenge en overholdt arbeidsavtalen.

Etter 8 år som vikar, var det slutt sommeren 2016, siden den gang har jeg vært pensjonist på full tid.

Jeg ønsker lykke til med 60 års jubileet!

6. Hva er dine tanker om foretaksreformen?

Foretaksreformen ble vedtatt i 2001. Dette var en stor, omfattende og byråkratisk reform, som ble banket igjennom i løpet av vel ett år!

Mitt inntrykk var at fokus ble flyttet fra medisinsk behandling til økonomi, ledelse og organisasjon, med mange nye aktører på alle plan. I kjølvannet av reformen fikk vi en opprivende diskusjon om 1- og 2-delt ledelse. Det blir meget omfattende å diskutere hele reformen, men jeg ønsker å peke på ett element – nemlig finansiering av nye sykehus.

7. Hva er viktig for Of i årene som kommer?

Kravet om egenkapital har ført til et uheldig press på sykehusene. Det har bl. a, ført til at de siste sykehusene som er bygget, er for små, trange og dysfunksjonelle.

Dette hemmer dessverre en rasjonell og effektiv måte å arbeide på, og påvirker trivsel og arbeidsmiljø negativt.

Jeg ser for meg, at dette er en av de viktigste oppgavene for Of å arbeide med.

Tone Sparr

Tone Sparr
78 år

Tidsperiode som Of-leder:
1991-1995

Andre sentrale verv i Legeforeningen:
Leder Troms legeforening 1987-1991
Medlem av sentralstyret 1989-1993

Hva gjør du nå?
Leder Eldre legers forening og pensjonist

1. Hvorfor ønsket du å bli leder i Of?
Som ung lege var jeg imponert over Legeforeningens arbeid og betydning for et godt helsetilbud i Norge. Samtidig var det også tydelig at Dnlf var viktig for legenes egne arbeidsvilkår. Jeg var stolt av å bli spurt om å være med som tillitsvalgt først i Finnmark legeforening, så i Troms legeforening og som styremedlem og etter hvert leder i Overlegeforeningen og sentralstyremedlem.

2. Hvilken sak brant du mest for som leder?
Den første tiden i det som het «Overordede sykehuslægers forening» brukte vi til å fornye foreningen både med navn og innhold. Styret dro på kreativ hyttetur og vi ble Overlegeforeningen med nytt innhold og ny logo.

3. Hva er du mest stolt av å ha oppnådd i din tid?
Jeg tenker at jeg ikke var alene. Samarbeidet med de andre medlemmene i styret var viktig og mange saker gikk over lang tid og er fortsatt viktige saker.

4. Hva rakk du ikke å i ferdig med i din periode?
Ledelse av avdelinger var en av våre viktigste saker. Of mente at leger var best egnet til å lede avdelinger på sykehus selv om ikke alle leger var gode ledere. Våre kurs på Røros gjennom mange år var blant annet for å gi legene politisk kunnskap om helsevesenet vårt og ønske om å påvirke politikere og ledere i helsevesenet. Å arbeide som tillitsvalgt var og er en god start for å bli leder. Of strevde med å finne nok leger som var interessert i å bli tillitsvalgt. Jeg håper og tror at dette går bedre nå! Arbeidet som tillitsvalgt gir mye nyttig informasjon og gjør det litt enklere å forstå hva som skjer på arbeidsplassen.

5. Hva synes du om utviklingen i Of etter din tid?
Finansiering av sykehusdrift var viktig da som nå. Diskusjonen gikk høyt om rammefinansiering eller stykkpris. Vi landet på en kombinasjon. DRG systemet fikk mye kritikk, men ga også mange muligheter for inntjening. Underskudd var vanlig og mange sykehus ville vekk fra fylkeskommunenes finansiering. Foretaksreformen ble mottatt med optimisme, men etter hvert ble det klart at mange sykehus fortsatt gikk med underskudd. Noe av det som ikke ble løst, var hvordan finansiere større innkjøp av dyrt medisinsk utstyr. Regioninndeling gjorde at det fortsatt var tre finansieringsnivåer og fullt mulig å diskutere hvem og hva som skulle betale.

6. Hva er dine tanker om foretaksreformen?
Foretaksreformen gjorde at fylkespolitikere mistet mye av sin innflytelse. I dag synes det å være for lite politisk innflytelse. Det ble økende krav til rapportering og kontroller og stadig mindre tid til direkte pasientarbeid. I det siste er det en økende bekymring over de regionale direktørene og deres beslutninger, kanskje særlig om kostbar medisin.

Mange sykehus var og er nedslitte. Som nåværende leder i Eldre legers forening er jeg bekymret for de eldre pasientene. De har ofte mange sykdommer samtidig og trenger plass og ro med helsepersonell som kan ta godt vare på dem. Det burde være klart at prognosene for plass på sykehus ikke er riktige, og at nybygg må gi plass til gamle og skrøpelige multisyke. Sykehusene på Kalnes og i Kirkenes er blitt for små, og i Drammen reises det nå et hus som sannsynligvis blir for lite. Ullevål planlegger man å fjerne.

Som fagforening var Of selvfølgelig opptatt av enkeltmedlemmers lønns- og arbeidsvilkår. De fleste overlegene mente at timelønn slik yngre leger hadde det, var best, selv for avdelingsoverleger. Dette var lenge et diskusjonstema, men timelønn ble svaret.

Tid til faglig oppdatering var viktig å bevare i en tid med stadige krav om effektivisering. Tid til veiledning av leger i spesialisering var om å gjøre å beholde. Dnlf hadde fullt ansvar for spesialistutdanningen og dette var et viktig felt for Of. Jeg er ikke kjent med det nye utdanningsprogrammet for Lis, men jeg håper at overlegene fortsatt har tid og tar på alvor utdanningen av unge leger.

Det er nesten rart å tenke på at elektronisk journal ble innført. Vi hadde mange «Petter Smarter» og Of var ikke tidlig ute. Erfaringen var likevel at legene tok dette på alvor og fort ble dyktige med data. De fleste legene jeg samarbeidet med, trivdes i jobben. Men noen slet mer med mistrivsel og andre problemer. Det var en glede for meg å bidra til at Villa Sana ble et godt tilbud til slitne leger. Det er viktig å ta vare på dem som utsettes for angrep og klager. Overlegene har fortsatt makt og må ta vare på unge medarbeidere uten å ty til trakassering.

7. Hva er viktig for Of i årene som kommer?
Jeg ønsker Of lykke til med 60 års jubileum og regner med mye godt arbeid fremover. Vi trenger dyktige og trygge leger som har tid til sine pasienter. Of må bidra til at sykehusene blir gode arbeidsplasser med plass til trengende pasienter og faglig dyktige leger, både menn og kvinner, som kan ta beslutninger. Ullevål sykehus må bestå. ●

NORSK OVERLEGEFORENINGS LEDERSTIPEND 2020 – UTLYSNING

Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Formål

Norsk overlegeforening (Of) arbeider for at overleger vil ta på seg og bli værende i lederfunksjoner. Of prioriterer lederutdanning og lederutvikling.

Ofs landsrådsmøte 2019 vedtok i forbindelse med behandlingen av budsjett for 2020 å øremerke kr. 400.000,- av egenkapitalen til å etablere en ordning med lederstipend til videre- og etterutdanning for ledere etter retningslinjer som godkjennes av styret. Ordningen er en prøveordning som vil bli evaluert og videreutviklet.

Stipendkomite

Stipendkomiteen består av 2 representanter fra Ofs lederutvalg og en fra Ofs styre. Stipendkomiteen vurderer søknader fortløpende og gir tilbakemelding til styret når stipend er innvilget. I tvilstilfeller kan søknader legges fram for styret til endelig avgjørelse.

Kriterier for å søke stipend

- Lederstipend er et tilbud til medlemmer av Norsk overlegeforening.
- Det kan søkes stipend for lederutdanning som gir studiepoeng eller annen lederutdanning.
- Program med bekreftelse på opptak må vedlegges utfylt søknadsskjema. Alternativt kan det søkes stipend som innvilges under forutsetning av senere opptak.
- Leger som innehar lederstillinger og andre som har interesse for ledelse og/ eller innehar tillitsvalgtverv kan søke.
- Mulighet for dekning hos arbeidsgiver må være forsøkt, slik at stipendet fra Of blir et supplement. Det må framlegges skriftlig dokumentasjon på at det er søkt om støtte hos arbeidsgiver, samt svaret fra arbeidsgiver. Det vises i denne sammenheng til arbeidsgivers ansvar når det gjelder videre- og etterutdanning for leger i lederstillinger.
- Totalbeløpet for den enkelte søker er begrenset oppad til kr. 40.000,- i dokumenterte utgifter.
- Stipendet skal primært dekke kostnader/utgifter til selve lederkurset. Utgifter til datautstyr og bredbånd/ nettilgang dekkes ikke. Søknad om dekning av eventuelle reiseutgifter og hotell, må skje på grunnlag av dokumenterte faktiske kostnader.

Mottak av stipend forutsetter

- Bekreftelse på gjennomført kurs/utdanning.
- Innsendelse av utfylt sluttrapport i samsvar med sluttrapportmal.
- Utgifter må dokumenteres med originalbilag. Disse originalbilagene skal først oversendes etter at utdanningen er sluttført.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Norsk overlegeforenings sekretariat.
Søknader med vedlegg kan sendes på e-post til of@legeforeningen.no

Informasjon og søknadsskjema etc

https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/organisasjonen/lederstipend/

Fagaksen er Legeforeningens organisering av de 46 fagmedisinske foreningene. Disse velger et faglandsråd hvor alle foreningene er representert, og hvor Lis-representasjon er lovfestet. Faglandsrådet velger et fagstyre, og delegater til Legeforeningens landsstyre. Fagaksen skal styrke tverrfaglig samarbeid og dialog med helsemyndigheter.

» Av **Cecilie Risøe**, leder av fagstyret

En internasjonal dag

Legeforeningen har et mangeårig og levende internasjonalt engasjement. Det dreier seg om formaliserte samarbeidsprosjekter i mindre ressurssterke land der Legeforeningen går inn som en økonomisk og organisatorisk støttespiller, men også om det samarbeidet våre yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger har med tilsvarende europeiske eller verdensomspennende foreninger.

Videre kan det nevnes at Legeforeningens menneskerettighetsutvalg (1991-2012) ble vedtatt gjenopprettet på landsstyremøtet 2019, og et interimutvalg er oppnevnt i september. I tillegg er mange av våre medlemmer opptatt av global helse og kanaliserer sitt engasjement på annen måte utenfor Legeforeningen.

Blant de formaliserte prosjektene er det naturlig å nevne samarbeidsprosjektet med Society of Medical Doctors of Malawi (SMD). Hensikten var å styrke legenes faglige rolle i Malawi. Målsettingene i første fase var at SMD skulle bli en organisatorisk og økonomisk bærekraftig forening og at foreningen kunne bli et talerør for legene opp mot beslutningstakere. Samarbeidet startet i 2015 og ble avsluttet høsten 2018. Prosjektet nådde sine mål, men Legeforeningen har ønsket å videreføre samarbeidet med et nytt treårs prosjekt med formål å opprette Malawi College of Physicians and Surgeons. Målet er å videreutvikle spesialistutdanningen i Malawi, blant annet ved å utvikle nasjonale standarder for spesialistutdanningene og krav til utdanningsinstitusjonene. Legeforeningen var senest i Malawi i desember 2019, og det ble meget godt mottatt at vi stilte med en lege.

Legeforeningen har også siden 2004 samarbeidet med den kinesiske psykiatriforeningen og Institutt for mental helse ved universitetet i Beijing om et utdanningsprogram i menneskerettigheter og etikk. Kina hadde arbeidet med en nasjonal lov om psykisk helsevern siden 1985. Først høsten 2012 ble den vedtatt av folkekongressen. Bruk av tvang i psykiatrien og arbeidet med lov om psykisk helsevern har stått sentralt i samarbeidet mellom den kinesiske psykiatriforening og Legeforeningen. Det arrangeres en årlig samling med 50 til 60 deltakere, og nærmere 700 psykiatere har deltatt på seminarene. Deltakerne kommer fra alle provinsene i Kina og har sentrale posisjoner i psykiatrien i sine regioner. Pasientrettigheter, menneskerettigheter og etikk er blitt diskutert i tilknytning til tvang med utgangspunkt i kasuistikker, både norske og kinesiske.

Uavhengig av disse formaliserte initiativene pågår det viktige, faglige prosjekter i Etiopia og andre land som er etablert på eget initiativ av ildsjeler i norske fagmiljøer der høykompetente leger og annet helsepersonell et par ganger i året investerer 1-2 uker av tiden sin for å bidra til lokal kompetanseoppbygging.

Yrkesforeningens internasjonale samarbeid skjer blant annet i The Standing Committee of European Doctors (CPME) som arbeider for å

Tre sentrale faglige ildsjeler er Dr. Nyaka, dagens leder av SMD, Dr. Lungu, lederen av CPSM, og Professor Macpherson Mallewa, prorektor ved College of Medicine. Disse tre representerer en bredde både geografisk og faglig; Dr. Nyaka er øyelege og arbeider i hovedstaden Lilongwe, dr. Lungu er generell kirurg ved Mzuzu Central Hospital nord i Malawi og professor Mallewa er spesialist i pediatrisk nevrologi og er lokalisert i Blantyre sør i Malawi.

Kilder

Omtalen av prosjektene i Malawi og Kina er basert på artikler av Bjørn Oscar Hoftvedt og Lise B. Johannessen på Legeforeningens hjemmeside.

SMDs sekretariat,- fra venstre Dr. Douglas Lungo, leder CPSM, Mazikosi Grace Lupeska og Isaac Wana.

SMDs Isaac Wana utenfor bilen de bruker til å arrangere og komme seg rundt på medlemsmøter.

fremme medisinskfaglige spørsmål inn mot EU og utarbeider policy-dokumenter om utøvelse av legeyrket, og via de europeiske yrkesforeningene og nordiske fora for overleger, yngre leger og allmennleger. De fagmedisinske foreningene deltar i The European Union of Medical Specialists (UEMS) som har en seksjon for hver spesialitet og et overordnet styre. Enkelte fagmedisinske foreninger har i tillegg et tett samarbeid med den europeiske foreningen for sin spesialitet der flere nordmenn innehar og har hatt prestisjefylte verv.

Fagstyret fikk ansvaret for å arrangere en internasjonal dag som en oppfølgning av et vedtak i landsstyret. Målsettingen var både å presentere og diskutere de store internasjonale prosjektene og å skape en møteplass for de som har internasjonale verv. Med så mye engasjement i foreningen burde dette være et etterlengtet tiltak. Programmet som var satt sammen av en egen komité, var etter min oppfatning meget spennende. Det inneholdt innlegg om hvordan vi kan påvirke politisk for å bedre tilgangen på helsetjenester globalt med eksempler fra anestesi og primærhelsetjenesten, videre om konsekvenser av krig for barn og kvinner, om klimaendringer som tar liv, om europeiske utdanningsregler og om arbeidet i CPME og de europeiske yrkesforeningene.

Den internasjonale dagen var satt til 4. desember, men måtte avlyses grunnet lav påmelding. Datoen kan ha vært for nær jul. Kunngjøringen om arrangementet kan ha vært for dårlig. Men forklaringen kan også være at de fleste av oss har så mye vi ønsker å være med på at det er vanskelig å be om fri også for et tema som ikke er åpenbart matnyttig for den daglige yrkesutøvelsen. I så fall har vi mistet en viktig dimensjon ved legegjerningen, og det er trist. ●

Hvordan gjøre kloke valg?

«Gjør Kloke valg»-kampanjen har feiret 1-års dag og går stødig videre. «Choosing wisley» er en internasjonal kampanje startet i Canada i 2012 og er nå implementert i 20 land. Kampanjen bør nå være vel kjent for legeforeningens medlemmer. 11 fagmedisinske foreninger har bidratt med kloke råd, og flere er undervegs.

» Av **Marte Kvittum Tangen**, spesialist i allmennmedisin, leder Norsk forening for Allmennmedisin

Styret i Norsk forening for allmennmedisin 2019-21 Fra venstre: Elisabeth Stura, Kjartan Olafsson, Ingvild Vatten Alsnes, nestleder Torgeir Hoff Skavøy, leder Marte Kvittum Tangen , Sirin Johansen, Ståle Sagabråten, Christina Stangelang Fredheim, Katrine Prydz,

Barnelegene er lengst fremme og har allerede lansert nye kloke råd. Norsk Forening for allmennmedisin (NFA) arbeider nå med 5 nye allmennmedisinske kloke råd. Gjør Kloke valg skal redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade. Rådene bestemmes av fagmiljøet selv og valgene skal brukes til vurderinger sammen med pasienten.

De bekymrede friske beslaglegger mer og mer helseressurser. Vi må sammen støtte pasientene i at mer ikke alltid er bedre.

Ett av NFA sine råd er *«Unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand»* . Helseundersøkelse av friske i betydningen screening for mer enn én sykdom eller risikofaktor genererer diagnoser og kostnader uten å bedre helsen. Nylig kom enda en kunnskapsoppdatering som bekrefter dette i en Cochrane-gjennomgang fra 2019 [1].

17 studier med til sammen 251 891 personer ble gjennomgått. Fra tidligere hadde vi en tilsvarende kunnskapsoppdatering fra 2012 basert på 16 studier og opplysninger om utfall for 182,880 deltakere [2]. Konklusjonen er klar: helsesjekker reduserer ikke morbiditet eller mortalitet, verken totalt sett eller relatert til kreft eller hjerte- og karsykdom. Det ble heller ikke funnet nedgang i sykehusinnleggelser, funksjonstap, bekymringer, konsultasjoner hos lege eller fravær fra arbeid.

I 2012 foreslo Regjeringen i Danmark at alle dansker skulle inviteres til en årlig helsesjekk. Daværende helseminister droppet raskt planene etter at informasjon om Cochrane-studiene ble kjent.

Vi trenger hjelp fra et samlet fagmiljø for å oppnå forståelsen av at helsesjekker ikke kan forebygge dødelige sykdommer. Private helsetilbydere spiller ofte på helseangst i befolkningen og tilbyr derfor ulike «helsjekker» eller helkroppscanninger. Det gir mange feilaktige svar og bekymringer, i tillegg til den økonomiske belastningen for pasienten.

«Gjør kloke valg»-kampanjen oppfordrer helsepersonell og pasienter til en samtale om problemer knyttet til overdiagnostikk og overbehandling og gjør oss oppmerksom på hvilke problemer det kan gi for pasientene. Norske fastleger snakker med sine pasienter om dette hver dag. Det er i kampanjen laget 4 spørsmål som pasienten kan stille helsepersonell om undersøkelser og behandling slik at pasienter og helsepersonell sammen kan gjøre kloke valg.

Vi i NFA håper vi også i framtida har fastleger som kan være tilgjengelig og ta seg tid til de som kommer med et symptom. Vi ønsker å bidra til de riktige vurderingene for pasientene og unngå overdiagnostikk og overbehandling. Stabile fastleger kjenner pasientene sine, familien og samfunnet godt, og kan ta opp risikofaktorer når det er grunn for det, henvise videre når det er indisert og berolige når det er beste medisin. ●

Referanser

(1) Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.

(2) General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e7191.

4 spørsmål som pasienten kan stille

1. Hvorfor må jeg ta denne testen/behandlingen?
Noen tester, prosedyrer og behandlinger har flere ulemper enn fordeler. Ingen tester er perfekte. Noen ganger kan for eksempel tester være unormale, selv om du egentlig er frisk. Dette kan forårsake bekymring og kanskje medføre mer testing. Tester og prosedyrer kan også føre til unødvendig behandling som i verste fall kan skade.

2. Hva er risiko og bivirkninger?
Få prosedyrer og behandling er helt uten risiko. Medisiner kan for eksempel ha bivirkninger og andre former for behandling kan innebære risiko. Snakk med legen din både om virkninger og bivirkninger og om risiko både ved en test, en prosedyre eller ved behandling.

3. Hva skjer om jeg ikke gjør noe?
Mange plager går over av seg selv. Derfor er det viktig å snakke med legen om hva som skjer hvis man velger å ikke gjøre noe, og sammen legge en plan.

4. Finnes det alternativ?
Du trenger å vite alternativene før du kan være med på å gjøre kloke valg om egen helse.

Returadresse
Norsk overlegeforening
Postboks 1152, Sentrum
0107 Oslo