

Slik ble sykehuslegenes lønn

Se side 3 og 8

Leger tar egen psyke alvorlig

SYKMELDTE. Privatpraktiserende leger er relativt sett oftere sykmeldt og uføretrygdede av psykiske årsaker sammenliknet med befolkningen ellers. Sven Haaverstad, leder for støttelegene, tror at leger i større grad enn tidligere tar egen psykisk helse på alvor.

HAZARD. Fortsatt går leger ofte på jobb selv om de er syke. Fagfolkene betegner dem som «hazardous heroes». Denne trenden er nå i ferd med på snu.

EGENBEHANDLING. Høy terskel for legekontakt, egenbehandling og «korridorkonsultasjoner» er bakgrunnen for at en egen legetjeneste for leger, lege-for-lege-ordningen, ble etablert.

Se side 4, 5, 6 og 7



Foto: Nina Jensen

STARTHJELP. Allmennlege Øystein Hallre fikk god starthjelp på Villa Sana da han møtte veggen for en tid tilbake. Etter en lengre prosess reduserte han legevirkosomheten betraktelig og begynte som frilanser innen foto, musikk og film.



Illustrasjon: Arne Borthne

LEGEHJELP: Selvhjelp blir sjelden effektiv legehjelp. Det er vist at legepasienter vanskelig går inn i pasientrollen.

LEDER **Eutanasi**



Svein Aarseth

Noen ganger leser man i aviser innlegg som provoserer. Antakelig er det også skribentens mening. Torsdag 8. februar

hadde Kari Vigeland en kronikk i Dagbladet med tittelen: «Vikarierende motiv i dødshjelpdebatten?» Forfatteren er ingen hvem-som-helst. I 1996 skrev hun boka «Assistert død – en etisk utfordring». Hun har også vært generalsekretær i Human-Etisk Forbund og har levert mange innlegg til dødshjelpdebatten.

Vigeland refererer professor i medisinsk etikk, Knut Erik Tranøy, som angivelig har uttalt at i Norge utøves puritansk etikk av en moralsk minoritet. Hun skriver videre at de aller fleste mennesker i vår del av verden mener at aktiv dødshjelp kan forsvares moralsk. Dette belegger hun ikke på noen måte. Hun trekker fram autonomi, det å fremme det gode og rettferdighet som argumenter for å skulle avslutte et menneskes liv når vedkommende ønsker det.

Vi velger ikke å bli født, vi velger ikke våre sykdommer, og de færreste velger sin død. En autonomi som pålegger en annen å avslutte ens liv, går i beste fall langt inn på en annen persons integritet. Det ligger implisitt i ethvert helsepersonells etiske standard å ville det gode for sine pasienter. Dessverre er ikke det gode alltid mulig. Helse og uhelse handler ikke om rettferdighet, bortsett fra at det er klar

sammenheng mellom levevilkår og uhelse. Helsetilbud og behandling handler derimot om rettferdighet.

Vigeland skriver videre: «...vet vi at alvorlig syke og lidende mennesker med økonomiske midler og gode forbindelser (leger) gjerne får den hjelpen de ønsker når de ikke lenger holder ut. Andre må enten stå lidelsen ut, eller ty til selvmordsmetoder som er sterkt belastende for dem selv og deres omgivelser.» Dette er sterke beskyldninger mot legestanden!

Forskjell på etikk og moral

Etikken dreier seg om de reglene som styrer vår samhandling med andre mennesker og kommer først og fremst til uttrykk gjennom tankene våre. Hvordan skal vi handle? Hvorfor er det rett å handle på bestemte måter? Moralene kommer først og fremst til uttrykk gjennom handlingene våre. Når vi gjør en moralsk vurdering, spør vi om en handling er riktig eller gal. Vi vurderer handlingen ut fra bestemte regler eller kjennetegn for det som er rett. Etikken er altså grunnlaget for de moralske vurderingene vi foretar. Ofte sier vi at etikken er læresetningene, mens moralen er måten vi praktiserer læresetningene på.» (Ref. Svein Aage Christoffersen. Handling Person Samfunn.)

Det at «de aller fleste» aksepterer en handling moralsk, er ingen garanti for at det er etisk riktig. Storsamfunnets behov for å be menneskegrupper om forlatelse for tidligere overgrep er et klart vitnesbyrd om dette. I samfunn som praktiserer dødsstraff vil nok mange hevde at dette er

moralsk forsvarlig. Heldigvis vil de fleste legegrupper, inklusive American Medical Association, AMA, ta avstand fra legers deltakelse i eksekusjoner idet dette anses som uforenlig med legeetikken. De inntar også klare standpunkter mot eutanasi:

“Our AMA strongly opposes any bill to legalize physician-assisted suicide or euthanasia, as these practices are fundamentally inconsistent with the physician’s role as healer». World Medical Association, WMA, uttrykker det slik:

«The World Medical Association condemns as unethical both euthanasia and physician-assisted suicide.»

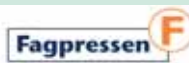
Således er Den norske lægeförening ved Rådet for legeetikk i godt selskap når Dnlf tar klart avstand fra aktiv dødshjelp. Selv om tallene er i endring, er dette også den bærende holdning blant våre medlemmer.

“Primum non nocere» skal Hippokratens ha sagt. En annen aforisme som gjerne blir tillagt ham, lyder: «Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste». Setningen indikerer at det alltid er noe man kan gjøre.

Det er mulig legeetikken vil endres, men enn så lenge er jeg glad for at det tales klart og tydelig mot eutanasi og særlig legers medvirkning til dette. Etter mine etiske vurderinger, er det galt å ta et annet menneskes liv.

JOURNALEN

Journalen er medlemsavis for Oslo legeförening og utkommer fire ganger i året



Redaktør: **Per Helge Måseide**. Redaksjonssekretær: **Mette Ryan**. Medarbeidere i dette nummer: **Arne Borthne, Charlotte Lunde, Kristin Mack, Jorunn Aarseth**. Postadresse: Oslo legeförening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo
Besøksadresse: Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv), 0107 Oslo. Tlf: 23 10 92 40. Faks: 23 10 92 44. Grafisk produksjon: Kampen Grafisk as

Styret

Leder
Nestleder
Styremedlemmer

Navn/yrkesforening

Svein Aarseth
Arne Refsum, Of
Magnhild Aanje
Per Helge Måseide
Bjørn Sletvold, Apf
Henning Mørland, LSA
Christian Hall, LVS
Morten Wærsted, Namf
Oscar Løvdal, PSL
Atle Einar Østern, Ylf
Lars Henrik Mariero, Nmf
Mette Ryan
Anita Ingebrigtsen
Reidar Johansen, leder
Paal-Inge Hestvold, leder

Telefon

22 02 62 10
22 45 15 00
22 82 10 60
22 11 80 80
22 15 70 00
23 47 40 00
67 92 88 00
22 19 51 00
22 93 04 50
22 11 86 00
22 85 50 50
23 10 92 40
23 10 92 42
22 95 55 90
22 51 06 60

Arbeidssted

Frysja legekantor
Diakonhjemmet sykehus
Grorud legesenter
Ullevål universitetssykehus
Grefsen legesenter
Bydel Sagene
Akershus Universitetssykehus
Statens arbeidsmiljøinstitutt
Oslo Øre Nese Hals
Ullevål universitetssykehus
Universitetet i Oslo
Oslo legeförening
Oslo legeförening
Majorstukrysset legegruppe
Bjørnsletta legesenter

E-post

svein.aarseth@legeforeningen.no
arne.refsum@diakonysk.no
maanje@broadpark.no
perhelge.maseide@ulleva.no
bjorn.sletvold@broadpark.no
henning.morland@bsa.oslo.kommune.no
chall@klinmed.uio.no
mwa@stami.no
oscarl@broadpark.no
atleinar.ostern@ulleva.no
l.h.mariero@studmed.uio.no
mette.ryan@legeforeningen.no
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no
reidar@doctor.com
phest@alfanett.no

Hjemmesider på Internett: www.legeforeningen.no/oslo

Oslo legeförening er en avdeling av Den norske lægeförening

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten

Redaksjonen avsluttet 05.03.2007.

Ny lønn etter sykehusstreiken

Fagsjef Knut Aarbakke i Forhandlings- og helseerettsavdelingen, Den norske lægeforening, oppsummerer lønnsoppgjøret for sykehuslegene så langt.

Ny overenskomst (tariffavtale) har varighet fra 1. januar 2007 til 30. april 2008. Pr 1. mai 2008 skal det så gjennomføres et nytt hovedoppgjør. Sosiale bestemmelser er sikret sentralt og gjøres gjeldende for alle, uavhengig av stilling, hvor man jobber eller hvilken Akademikerforening man er medlem av. Endringer av de sosiale bestemmelsene kan bare skje etter sentrale forhandlinger mellom Akademikerne og NAVO.

Tillegg pr 1. januar 2007

Medisinstudenter med lisens, turnusleger og leger i spesialisering (LIS):

Satsene for minimumslønn økes med 2,5 %. Økningen kommer i tillegg til eventuelle individuelle eller kollektive tillegg som den enkelte har fra før.

De nye satsene er:

Medisinstudent med lisens:	kr 325.500 pr år.
Turnusleger:	kr 356.000 pr år.
LIS kategori A:	kr 390.000 pr år.
LIS kategori B:	kr 423.500 pr år.
LIS kategori C:	kr 457.000 pr år.
LIS kategori D:	Alle lokale satser for minimumslønn økes 2,5 %.

Inkludert virkningen av fjorårets lønnstillegg (overhenget) har oppgjøret for gruppen en økonomisk ramme for 2007 på om lag 4 %.

Overleger:

Ny sats for minimumslønn:	500.000
Basislønn	Lønnen økes 2 %.
Tillegg utover basislønn:	Tilleggene økes 2 %.
Leger med totallønnsavtale:	Lønnen økes med 2 %.
Minimum opprykk totalt:	kr 12.000 pr år.
Maksimum opprykk totalt:	kr 18.000 pr år.

Økningene kommer i tillegg til eventuelle individuelle eller kollektive tillegg som den enkelte har fra før. Inkludert virkningen av fjorårets lønnstillegg (overhenget) har oppgjøret for overlegene en økonomisk ramme for 2007 på om lag 3 %.

Øvrige lønnsforhandlinger i 2007

1. september skal det opptas forhandlinger om eventuelle ytterligere lønnstillegg for legene. For medisinstudenter med



VARMENDE: Svein Aarseth serverer kaffe til en streikevakt utenfor Ullevål universitetssykehus.

lisens, turnusleger og LIS' er skal forhandlingene føres sentralt mellom Legeforeningen og NAVO. For overlegene skal forhandlingene skje lokalt i det enkelte helseforetak.

Virkningsdato for de lønnstillegg som avtales, settes til 1. januar 2007, med mindre man blir enige om en annen virkningsdato.

Legeforeningen og NAVO skal før forhandlingene starter utarbeide et notat som beskriver legenes lønnsvekst så langt i 2007 holdt opp mot andre gruppers lønnsutvikling for 2007 som fremkommer etter vårens ulike tariffoppgjør. Utarbeidelsen av tallmaterialet skal skje i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, og Riksmeklingsmannen kan bistå hvis en av partene ønsker det.

Andre forhold

Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå bestemmelsene om legers arbeidstid. Gruppen kan komme med forslag til endringer, som i tilfelle blir gjenstand for forhandlinger i de ordinære, sentrale tariffforhandlingene. Det er utviklet et sett nye kriterier for lokale forhandlinger. Bestemmelsene er tilpasset spesialisthelsetjenesten i langt større grad enn de standardformuleringene som gjelder for øvrig i NAVO-området.



SAMLET: Streikende akademikere på Egertorget.

Foto: Lisbeth Kongsvik.

Aktivitetsplan 1. halvår 2007

12.-13. januar: Trinn I kurs for hovedtillitsvalgte med vara i Oslo kommune, Quality SPA & Resort, Holmsbu

20. februar: Møte med studenter med midlertidig lisens

27. februar: Tillitsvalgtforum, Legenes hus

7. mars: Kurskomiteens arbeidsmøte, Legenes hus

17. april: Mentormøte

19. og 26. april og 3. mai: Ullevålkurs: Klinisk emnekurs i infeksjonsmedisin

17. mai: Oslo legeforenings arrangement kl 12.00-14.00 i kantinen i Legenes hus

22.-24. mai: Legeforeningens landsstyremøte med valg på Kongsberg

Juni: Møte med utenlandsstudentene

29. august: Årsmøte med valg i kantinen i Legenes hus

Kristin Mack

– Mange år som allmennpraktiker, kombinert med en empatisk, pliktoppfyllende personlighet og manglende motivasjon for selve faget, gjorde at jeg til slutt møtte veggen, sier Øystein Hallre.

Hallre, som ble tipset om Villa Sana av en eldre kollega, husker godt sitt første møte: – Jeg kom til en rådgivningsdag. Psykiateren satte seg godt til rette, slo ut med armene og spurte: «Hvordan har du det egentlig?». For meg ble dette en utrolig opplevelse. Man er ikke bortskjemt med denne type spørsmål etter tjue år i allmennpraksis. Jeg snakket uten stans i fem timer. Nesten som å skru på en bryter!

Hallre mener det viktigste med dette første møtet var opplevelsen av å bli tatt seriøst: – Jeg fikk en genuin følelse av at det jeg stod oppe i hadde en verdi, og at det var viktig, også for dem som jobbet der, hvordan det gikk med meg, sier han. Et par måneder senere deltok Hallre på et av Villa Sanas ukeskurs sammen med fem andre slitne doktorer.

– For meg var det avgjørende at medpasientene var leger, sier han. Hvis ikke ville jeg falt inn i doktorrollen med

en gang. Den felles faglige yrkeserfaringen ble et bakteppe som bandt oss sammen, i tillegg gav kjennskapet til de andre meg et sammenlikningsgrunnlag i forhold til hvor jeg selv befant meg på «utbrenthetsskalaen,» sier han.

– Ble du bra?

– Jeg ble på ingen måte frisk. Det jeg først etter et år med psykoterapi, sier Hallre: – Når man har kjørt seg fast så grundig som jeg hadde, er dette problema-tikk som ligger rotfestet i hele ens tenke-måte. Uken på Villa Sana fungerte mer som «innledende øvelser,» jeg fikk økt innsikt i hva problemene var. Slik sett kan du si oppholdet var orienterende, men ikke helbredende, sier han.

For Hallre bidro uken på Villa Sana ikke bare til endringer på det indre plan. Han skjønte fort at han ikke kunne gå tilbake til sitt gamle liv som allmennpraktiker.

– Legeyrket har aldri vært et kall for meg, det var mer noe jeg ble dratt inn i. Jeg hadde hele livet ønsket å bli musiker, men for min foreldregenerasjon var dette utenkelig. Og lydig og veloppdragen som jeg er, ble det til at jeg tok «en skikkelig utdannelse». Men i sykmeldingsperioden etter oppholdet på Villa Sana, kjente jeg at jeg hadde fått min kvote med alt som smakte av sykdom og lidelse. Jeg orket rett og slett ikke mer tristhet og tunge



BEDRE LIV: Før gledet Øystein Hallre seg bare til å bli pensjonist. Etter en langvaring prosess valgte han å starte som frilanser innen film, musikk og foto. – Nå gleder jeg meg til morgendagen, sier han.

Foto: Nina Jensen

livsskjebner, sier han. Hallre solgte praksisen og tjener i dag nok til livets opphold ved å jobbe ett døgn i uken på legevakten. De andre dagene driver han frilansproduksjon innen film, musikk og foto. Det har han ikke angret på.

– Før gledet jeg meg til pensjonsalderen, nå gleder jeg meg til morgendagen, sier han.

Leger trygdes oftere av psykiske årsaker

Per Helge Måseide

Leger som mottar sykehjelp eller uførepensjon, har oftere psykiatriske diagnoser og sjeldnere muskel- og skjelettdiagnoser sammenlignet med befolkningen. Kun én av tre leger under 30 år kjenner til de hjelpeordningene som er beregnet på dem.

Det er data fra SOP, som utbetaler ytelser til privatpraktiserende leger som blir syke eller som pensjoneres, som viser at leger som trygdes oftere har psykiske lidelser, og sjeldnere muskelskjelettlidelser. Instituttssjef Olaf Aasland, ved Legeforeningens forskningsinstitutt, opplyser at Forsknings-

instituttet nå skal gå nærmere inn i data fra SOP. Resultatene vil ventelig være klare neste år.

Aasland peker på at selv om leger fortsatt sykmelder seg langt sjeldnere enn den øvrige arbeidsstokken, er legene i ferd med å få en høyere, og mer normal, sykmeldingspraksis på linje med den øvrige yrkesaktive befolkningen.

– Legers sykmelding har nok vært kunstig lav, sier Aasland.

Lite kjent

En oversiktsartikkel, publisert i Tidsskriftets julenummer, viste at gjennomsnittlig to av tre leger kjente til de hjelpeordninger som er opprettet for leger. Men i aldersgruppen under 30 år, var det kun 35 % som kjente til ordningene.

– Er ikke dette bekymringsfullt, siden overgangen til legeyrket gjerne fremholdes å være en spesielt utfordrende tid?

– Jo, det kan du godt si. Og vi har fra før tall som viser at en del av de nyutdannende legene har så vidt store psykiske problemer at de burde søkt hjelp for dem. Så Legeforeningen bør nok markedsføre disse ordningene bedre overfor disse gruppene, sier Aasland.

Forskningsinstituttets data viser også at en god del av legene oppgir at de vil søke hjelp fra «andre» eller fra «ingen».

– Man kan jo bare spekulere over hvem disse legene søker hjelp hos. Blant dem som sier «andre», er det nok en del leger som har lege-venner eller en lege som de kjenner passe godt, og som de henvender seg til ved behov, sier Aasland, som er mer bekymret for gruppen som opplyser at de ikke vil søke hjelp fra noen:

– I denne gruppen er det nok leger som rett og slett opplever problemstillingen som hypotetisk, fordi de sjelden eller aldri er syke, sier Olaf Aasland.

Fristed for slitne helter

Kristin Mack

Leger har klart høyere terskel for å søke hjelp enn andre yrkesgrupper med tilsvarende lang utdannelse. Begrepet «hazardous heroes» benyttes om leger som går på jobb på tross av plager som de ville sykemeldt andre for.

– For mange leger er egen sykdom, ikke minst psykisk sykdom, skambelagt og et tegn på svakhet. Dette fører fort til forsvarsmekanismer som rasjonalisering og bagatellisering, sier Karin Rø, arbeidsmedisiner ved Villa Sana.

Virksomheten ved ressursenteret startet i 1998. Man hadde lenge sett at leger kom sent til behandling. Parallelt med dette viste Legekårsundersøkelsen at leger opplevde høy grad av arbeidsrelatert stress. Legeforeningen var derfor interessert i et tilbud for leger som kunne bidra til hjelp på et tidligere tidspunkt. Forhandlinger pågikk i flere år, resultatet ble Villa Sana.

De tre R'er

Ro, romslighet og raushet er filosofien bak ressursenteret. Ikke bare personalet, men også omgivelsene, vakkert innredet i naturskjønne omgivelser, legger forholdene til rette for en trett og utmattet doktorsjel.

– Vi ønsker å skape en atmosfære av ivaretagelse og tid til ro og ettertanke, langt fra krav og forventninger, sier Rø. Hun understreker at det ikke drives behandling i egentlig forstand. Konfidensialitet er viktig for mange. På samme måte som med støttelegeordningen, blir det ikke stilt diagnoser og skrevet journal.

– Hos oss er det bare gjester og deltakere, ingen pasienter eller klienter, sier hun.

Målsettingen for arbeidet på Villa Sana er å styrke den enkeltes bevissthet i forhold til yrkesrollen, fremme helse og livskvalitet og å forebygge utbrenthet.

– Begrepet «utbrenthet» er omstridt og velbrukt – hva legges i dette begrepet blant de ansatte på Villa Sana?

– I møte med den enkelte kan begrepet utbrenthet være nyttig, selv om definisjonen er upresis. Vi kartlegger situasjonen den enkelte lege er oppe i, og hvilke følger dette får i hverdagen hjemme



GJESTFRI: – Hos oss er det bare gjester og deltakere, ikke pasienter og klienter, sier Karin Rø.

og på jobb. I en pågående studie ser vi på begrepet utbrenthet ut fra de tre dimensjonene emosjonell utmattelse, emosjonell distansering (kynisme) og redusert arbeidskapasitet. Dette måles med et anerkjent spørreskjema, og vi ser på hvordan utbrenthet samvarierer med depressivitet, angst og jobbstress, sier Rø.

Flinkhetssyndrom

Rø mener mange leger stiller vel høye krav til seg selv. Ansvarlighet, pliktfølelse, perfektjonisme og utsettelse av egne behov er egenskaper som går igjen hos mange.

– Dette er jo alle grunnleggende positive kvaliteter, men det er også disse egenskapene som setter mange leger på strekk. Høye indre krav i en jobbhverdag full av ytre krav, kan bli en uheldig kombinasjon, sier hun, og understreker viktigheten av rammer på jobb som ivaretar denne skjøre balansegangen.

– Er leger fanget i sin egen flinkhet?

– Ja, jeg tror det. Men den dagen flinkhetsidealet slår sprekker, og man føler at man ikke lenger klarer å leve opp til de høye kravene, hva skjer med selvbildet da, spør Rø. Hun mener mange leger kan bli flinkere til å forsones seg med egne begrensninger, og til å bygge opp et selvbilde som hviler på flere pilarer enn bare flinkhet på jobb.

Evaluering

En evaluering i 2000, etter to års drift, viste at legene mente samtalene bidro til å klargjøre viktige faktorer i egen livssituasjon og følte seg bedre rustet til å håndtere denne i etterkant.

– Det er faktisk nesten ikke gjort internasjonale oppfølgingsstudier på denne typen forebyggende tilbud, sier Rø, som nå har avsluttet en 1-årig oppfølgingsstudie, og nylig har begynt på en 3-årig oppfølgingsstudie av 227 leger som benyttet seg av tilbudet fra høsten 2003 til sommeren 2005. Så gjenstår det å se hvordan det går med brukerne på sikt.

Hva er Villa Sana?

- Villa Sana er et ressursenter for helsepersonell tilknyttet Modum Bad.
- Villa Sana finansieres av Legeforeningen, og er et lavterskeltilbud.
- Tilbudet er todelt: man kan velge mellom en rådgivningsdag, det vil si en lengre samtale med en erfaren kollega med mulighet til å drøfte den situasjon man er i, eller et ukelangt kurs.
- Kursene innebærer undervisning, gruppesamtaler og tilbud om enkeltsamtaler – kombinert med et opplevelsesorientert og rekreativt tilbud med fysisk aktivitet, god mat og kulturelle innslag.
- Legene kan komme alene eller med partner både til rådgivning og kurs.
- Cirka 100 leger i året benytter seg av tilbudet. Antallet varierer noe fra år til år, men er relativt stabilt.
- Leger som ønsker mer informasjon om Villa Sana, kan ta direkte kontakt på telefon 32 74 97 00 eller e-post: villasana@modum-bad.no

Allmennleger på passe avstand

Kristin Mack

Høy terskel for legekontakt, egenbehandling og «korridor-konsultasjoner» er bakgrunnen for at lege-for-lege-ordningen ble etablert tidlig på 90-tallet, sier Paal Inge Hestvold, lege-lege gjennom mange år.

Lege-for-lege-ordningen tilbyr regulære legetjenester via spesialister i allmennmedisin som kan fungere som legenes faste lege.

– Er det behov for et slikt tilbud etter at fastlegeordningen kom?

– Fastlegeordningen fungerer i dag som en hovedadministrasjonsordning, og lege-lege-tilbudet har nok kommet litt i bakgrunnen, sier Hestvold, som leder støttelegeordningen i Oslo.

– I den nåværende situasjonen har mange av lege-pasientene status som listepasienter hos lege-leger, og en del

kolleger knytter ny fastlegekontakt med lege-leger. Det er en slags konsensus på å ta nye kollegapasienter selv om egen fastlegeliste er full. Dette gjør det vanskeligere enn før å tallfeste hvor mange som benytter seg av ordningen, sier Hestvold. Lege-pasienter settes opp til vanlige timer, eventuelt med noe bedre avsatt tid til førstekonsultasjon.

– Noen fylker la ned tilbudet etter at fastlegeordningen kom. I Oslo vil vi arbeide for å forhindre dette, sier Hestvold.

– **Hva kan en lege-lege tilby som ikke en fastlege kan?**

– For mange er det viktig å ha en lege de stoler på faglig, men som de ikke kjenner for godt. Ofte gis også sakene prioritert hvis de er hastepreget. Lege-for-lege-kollegiet har dessuten gjennom årenes løp hatt regelmessig skolerings med eksterne foredragsholdere vedrørende det å skulle behandle en kollega.

– **Hvilke utfordringer er knyttet til det å behandle en kollega?**

– Utfordringene er ikke så mange som man kanskje kunne tro, sier Hestvold.

Han mener det viktigste er å ikke la seg vippe ut av den rollen man har.

– Målet er å være mest mulig vanlig allmennpraktiker. Man ber for eksempel ikke røntgenlege-pasienten om å få tatt et bilde av hode, men skriver henvisning på samme måte som for alle andre pasienter. Jeg opplever få problemer knyttet til det å behandle kolleger. De vanskeligste situasjonene jeg personlig har opplevd er de gangene konsultasjonene grenser opp mot behovet for en støttelege.

– **Kan man ikke føle seg inkompetent når man behandler en kollega?**

– Klart det kan være litt rart å ha kardiologen man henviser pasientene sine til, på kontoret, sier Hestvold: – Men i de aller fleste tilfeller er dette helt ukomplisert. Ja, faktisk er det ofte lettere enn å behandle «vanlige» pasienter fordi man har et felles fagspråk og en felles forståelse av faget. Jeg trenger for eksempel ikke bruke tid og krefter på å forklare hvorfor MR av en vrikket ankel ikke er nødvendig, sier han.

Støtteleger:

Rådgiver når det stormer som verst

Legers tendens til neglisjering av egen psykiske helse er i ferd med å snu, tror Sven Haaverstad, leder for støttelegene tilknyttet Oslo legeförening.

Støttelegene har i det siste aktivt markedsført sine tjenester overfor leger som opplever mediepress. De har også forsøkt å få Helsetilsynet til å informere om ordningen.

– En støttelege er først og fremst en kollegial rådgiver for en kollega i krise, derfor liker jeg begrepet støttekollega bedre, sier allmennpraktiker Sven Haaverstad, som har vært støttekollega siden ordningen startet i 1993.

– Vi yter ikke vanlige legetjenester, og vokter oss vel for å gå inn i en paternalistisk legerolle som forteller hva pasienten skal gjøre. I det hele tatt prøver vi å fjerne oss fra hele lege-pasient-konseptet. Det er den gamle broderskapstanken som ligger til grunn for vårt arbeid, nemlig to kolleger som snakker sammen på like vilkår. Mer medmenneske og mindre lege, er vår arbeidsmodell, sier han.

Lavterskeltilbud

Støttekollegaordningen er et lavterskeltilbud som tilbyr inntil tre samtaler med kolleger som har det vanskelig. I Oslo er det i dag fire støttekolleger: to allmennpraktikere og to psykiatere. I fjor benyttet 23 Oslo-leger seg av tilbudet. Bare en tredjedel ble henvist videre.

– Dette viser at for mange er disse samtalene en hjelp nok, sier Haaverstad, som mener det er et poeng at man ikke lager pasienter av dem som søker hjelp.

– De fleste som kommer til oss befinner seg i en akutt livskrise. Det kan være problemer på jobb, rusmisbruk eller en familie i oppløsning.

– **Er det vanskelig for leger å søke hjelp?**

– Leger venter nok vel lenge, men mitt inntrykk er at når leger først har bestemt seg for å søke hjelp, er de ganske flinke til å innta denne posisjonen, sier Haaverstad, som tror legenes tendens til neglisjering av egen psykiske helse er i ferd med å snu:

– Men noen plages selvfølgelig av mer skam- og nederlagsfølelse enn andre, tilføyer

han, og mener dette ikke bare har med personlighet å gjøre, men også med hva man søker hjelp for.

– Det kan for eksempel være mer skambelagt å søke hjelp fordi man er klaget inn for Helsetilsynet enn om man har vært utsatt for vold fra en pasient.

Underforbruk

– Jeg tror det er et underforbruk av støttekollegaordningen nettopp blant leger som har klagesaker på seg, sier Haaverstad. Støttekollegiet i Oslo har forsøkt å få til en ordning hvor Helsetilsynet opplyser leger om tjenesten, men dette har vist seg vanskelig.

– Helsetilsynet mener de er en tilsynsmyndighet, ikke en hjelpeorganisasjon, tilføyer Haaverstad. Støttekollegaordningen i Oslo har nylig iverksatt et nytt tilbud hvor man aktivt henvender seg til kolleger som opplever stort mediepress.

– Vi ønsker å vise at vi finnes som et tilbud i en vanskelig tid. Noen benytter seg av tjenesten, andre takker nei. Uansett er alle takknemlige over å ha blitt spurt!

På tide med en tur til legen?



Per Helge Måseide

Dagens leger trenger profesjonell legehjelp. Til tross for at det er lovpålagt for leger å ta vare på helse, lar mange likevel være å benytte seg av de hjelpeordningene som finnes.

Selvsagt skal det svært mye til før Helsepersonellovens § 57 om psykisk og fysisk svekkelse hos helsepersonell kommer til anvendelse og fører til tilbakekall av autorisasjonen. Også Legeforeningens etiske regler for leger slår fast at en lege bør ta vare på egen helse. Etikreglene beskriver detaljert hvordan man skal forholde seg til kolleger som blir syke eller som misbruker rusmidler.

Allmennlege Øystein Hallre fikk hjelp på Villa Sana da han møtte veggen. Han beskriver hvordan tilbudet ble en starthjelp i en vanskelig situasjon. Hallre foretok en større kursomlegging i livet sitt.

Det er imidlertid en misforståelse dersom noen tror at de må føle seg utbrente eller ha alvorlige psykiske vansker for å benytte seg av hjelpeordningene for leger. Reidar Tyssen har tidligere beskrevet hvordan legepasienter dessverre har tendens til å benekte sykdom og symptomer, og at de motstridende går inn i pasientrollen. Karin Rø ved Villa Sana snakker om bagatellisering og rasjonalisering, og om helsefarlige helter som åpenbart tror at de blir friske bare de får ha på seg den hvite legefrakken.

Jeg reklamerte nylig for lege-for-legeordningen overfor en kollega etter å ha fått effektiv hjelp mot årelange migreneplager. Først da jeg en dag måtte holde meg hjemme fra jobben, innså jeg at tiden var kommet for å avslutte rekken med korridorkonsultasjoner og i stedet oppsøke

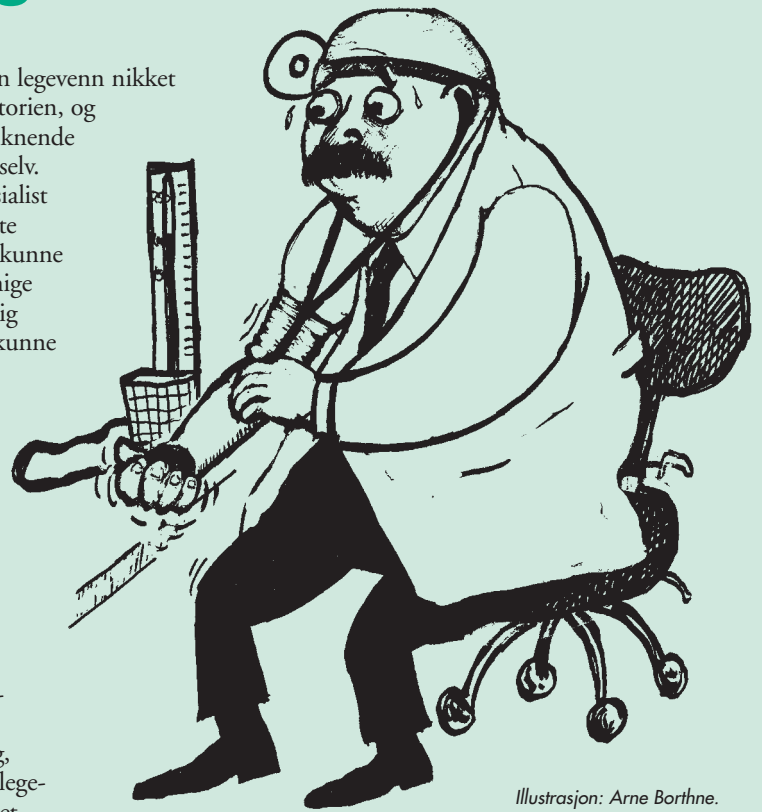
en lege-for-lege. Min legevenn nikket megetsigende til historien, og kunne fortelle om liknende symptomer hos seg selv. Nylig hadde en spesialist vedkommende kjente advart om at det jo kunne være kreft. Vi var enige om at det var en artig bemerkning: Kreft kunne det jo umulig være. Til det hadde symptomene vedvart i altfor mange år.

Grunn til bekymring

I visse legegrupper, som hos de yngste legene, er det dårlig kjennskap til hjelpeordningene. Det gir grunn til bekymring, siden inngangen til lege-tilværelsen er beheftet med så stort stress at mange burde søkt profesjonell behandling. Det er positivt at støttelegene nå er på tilbudssiden i forhold til leger som får gjennomgå i pressen eller som innklages til tilsynsmyndigheten. Helsetilsynet vil imidlertid ikke informere om støttelegenes tilbud. En slik holdning er helt sikkert korrekt nok, siden informasjonsansvaret må ligge hos dem som er ansvarlige for ordningene. På den annen side: Dersom støttelegene opplever problemer med å nå fram til en viktig målgruppe, bør Legeforeningen vurdere å ta dette opp med Helsetilsynet. Det er kanskje ikke så mye som skal til; kanskje kan enkle tiltak også komme andre helsepersonellgrupper til gode i en potensielt vanskelig situasjon?

To strategier

Oppsummert kan det virke som om mange leger har utviklet to sett strategier: en for



Illustrasjon: Arne Borthne.

de pasientene som ikke er leger, og en for dem selv. Elin Olaug Rosvolds doktorgradsavhandling fra 2002 viste blant annet at kvinnelige leger var mindre flinke enn andre kvinner til å gå til regelmessig gynekologisk undersøkelse. At syke leger kan være en betydelig utfordring både for dem det gjelder og for hjelpeapparatet rundt, er selvsagt intet argument for at leger bør ende opp med dårligere legehjelp enn andre pasienter. Det er bare en ting å gjøre med dét: begynne å ta sin egen helse på like stort alvor som man tar pasientenes helse. Kanskje det rett og slett er på tide å gå en tur til legen?

Oppgitte interessekonflikter: redaktøren er fritt valgt styremedlem i Oslo legeforening og var ansatt i Statens helsetilsyn i 2001–04.

Forts. fra s. 6

Helsetilsynet: – Andre må informere

– Etter Statens helsetilsyns oppfatning må informasjon om støttelegeordningen gis av andre enn tilsynsmyndigheten. Vi forholder oss til alle helsepersonellgrupper og pasienter/pårørende i våre tilsynssaker, og kan ikke påta oss å informere om ulike støtteordninger som finnes, sier Gorm Are Grammeltvedt, avdelingsdirektør i Avdeling for tilsynssaker i Statens helsetilsyn.

