

Doktor I NORD

4•09

MEDLEMSBLAD FOR NORDLAND, TROMS OG FINNMARK LEGEFORENING • 8. ÅRGANG



Klar for
enda en
runde

6

Nyter
studentlivet
i Bodø

10

Legevakta
- en nødetat i
bakleksa

12

Helse Nord RHF

og Nord-Norge



Lars H. Vorland
Adm. direktør
Helse Nord RHF



Jan Norum
Fagdirektør
Helse Nord RHF



Jens Munch-Ellingsen
Helse Nord RHF

Hvor skal befolkningen få hvilke tjenester?

Nord-Norge har mest av det meste når det gjelder geografi og klima. Her er det lengre avstander. Her bor befolkningen mer gravgrendt enn i resten av landet. Her er været mer ugjestmildt. Stormene er kraftigere og vi vinner "stengte fjelloverganger" konkurransen. Under disse geografiske og klimamessige forutsetninger skal vi gi befolkningen gode helsetjenester. Helse Nord's utgangspunkt blir: Har disse naturgitte forutsetningene noen betydning for hvor folk i nord skal få sine helsetjenester?

Svaret på det spørsmålet vil være et både og. Hvilke tjenester befolkningen skal få tilbud om nær er også avhengig av geografi og klima. Oppsummert kan vi si at hvor vi skal gi våre tjenester først og fremst henger sammen med følgende tre forhold.

Kvalitet og nærhet

Helsetjenesten befolkningen skal bruke må være av god kvalitet. I fagfelt hvor det stilles store krav til høyspesialisert kompetanse, med involvering av mange faggrupper, vil ikke alle tjenester kunne finnes på det lokale sykehus. Denne strategien synes det nå i all hovedsak å være stor oppslutning om både i helsetjenesten og hos befolkningen.

I fagfelt hvor mange pasienter skal behandles og/eller når det er stort behov for nærhet forsøker vi så langt det er mulig å yte tjenesten nært der folk bor. Her utvikler vi også modeller hvor det etableres nye tilbud utenfor sykehusene. Eksempelene her er Steigen, Nordreisa, Alta, Finnsnes og Brønnøysund. Vår ambisjon er at vi skal kunne tilby størsteparten av befolkningen enkelte basale tjenester, som ikke krever store, investeringer i infrastruktur, innen en times reisetid.

Økonomi

Økonomi har også betydning for hvor mange slike desentraliserte tilbud vi kan etablere.

Det at vi har ansvar for pasienttransporten har her hatt stor betydning. I tråd med Stortingets forutsetning har vi kunne se transport og helsetjeneste i sammenheng. Mange tilbud, eksempelvis innen MR- diagnostikk, er etablert som følge av dette. Samtidig opplever befolkningen i mindre grad at de får kjøre alene i en drosje når det skal til sykehus. Ventetiden på transport kan også øke. Samlet er tjenestetilbudet blitt bedre. Så må vi også evne å tilby et transporttilbud som er tilpasset pasientenes medisinske tilstand. Her kan vi bli ennå bedre. Vi planlegger for en bærekraftig økonomi som også skal kunne håndtere bygging av nye tilbud innen rusbehandling, vi skal bygge flere nye sykehus og vi skal satse på IKT og nytt medisinsk teknisk utstyr.

Fødselsomsorg

I dette nummer av Doktor i Nord setter gynekolog Ingrid Petrikke Olsen fra Helse Finnmark fokus på innhold i og organisering av fødselsomsorgen. Stortinget har behandlet en melding om framtidig svangerskaps, fødsel, og barselomsorg. Det skal skapes bedre sammenheng i tjenesten. Fødetilbudet skal fortsatt være desentralisert. Grensene som angir minimum antall fødsler for henholdsvis kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue er tatt bort. Disse skal erstattes av kvalitetsmål. De regionale helseforetakene skal, i samarbeid med kommunene i regionen, utarbeide planer for tjenesten. Kvalitetsmål skal utvikles i samarbeid med Helsedirektoratet.

Fødselsomsorgen i Helse Nord er desentralisert. Riktignok er det blitt noen færre fødestuer med årene og innholdet i tilbudet i Mosjøen er endret, men i hovedsak er strukturen slik den har vært i mange år. Vi deler synspunktet til Ingrid Petrikke Olsen om at denne strukturen i hovedsak er tjenlig for landsdelen slik vi bor. Kvaliteten tåler sammenligning med det en gjør i resten av landet. Vårt utgangspunkt er at den strukturen vi har

i all hovedsak skal videreføres. Det forutsettes at de ulike steder hvor en har fødetilbud tilfredstiller de faglige kvalitetskrav som etableres. I Helse Nord har vi hatt et bevisst, men ikke katolsk forhold, til minimum antall fødsler pr. fødeenhet. Det har vi gjennomført i rimelig trygg forvisning om at ledelse og fagfolk i helseforetakene har et bevisst forhold til hva som skal til for å gi kvalitet. De nye kvalitetskrav må gode mål både på pasientopplevd kvalitet og faglig kvalitet. Disse må ligge til grunn for fødselsomsorgen. Som ansvarlig for tjenesten må vi ha trygghet for at befolkningen får den kvalitet på tjenesten som storsamfunnet forutsetter. Vi må forvente at det i økende grad vil være åpenhet om innhold i tilbudet, hvilke kvalitetskrav som stilles, hvordan kvalitet måles og hvilke resultater som oppnås.

Organisering og kvalitet

Helse Nord har som ambisjon å utvikle den struktur vi har til å bli et fortrinn i vår måte å organisere og yte tjenester til befolkningen på. Lokalsykehusene er viktige for å sikre gode tjenester på en rekke områder til store befolkningsgrupper. Ikke minst vil dette gjelde i forhold til det økende antall eldre. Derfor vil vi framover utvikle tjenesten med utgangspunkt i en desentralisert struktur på en rekke områder samtidig som vi tar med oss det beste ved mer spesialiserte organisering med tilbud færre steder på enkelte områder. Avgjørende, enten oppgavene løses i lokalsykehus eller gjennom mer spesialiserte tilbud, er å sikre god kvalitet. Den dagen god kvalitet ikke kan forenes med måten tjenesten er organisert på så må vi legge avgjørende vekt på kvalitet. Derfor er omstilling og satsing på moderne behandlingsformer basert på tilgjengelig kunnskap, gjerne kombinert med effektivisering, en forutsetning for en bærekraftig spesialisthelsetjeneste.



Doktor i NORD



Organ for Nordland, Troms og Finnmark legeforening

Utgiver:
Nordland, Troms og
Finnmark legeforening

Ansvarlig redaktør:
Anne Grethe Olsen, Hammerfest
Tlf. 75 54 49 11 / 911 79 899
Lars A. Nesje, Salangen
Tlf. 909 75 625
Margit Steinholt, Sandnessjøen
Tlf. 993 55 760

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

Bladets adresse:
Doktor i NORD
v/Tove Myrbakk
Postboks 665, 8001 Bodø
Tlf. priv. 75 51 58 54.
Mobil 91179899
E-mail: nlfinfo@frisurf.no

Kontoret finner du i
Storgata 27, 3. etg
Postboks 665, 8001 Bodø.
Det er åpent mandag til fredag
09.00 - 15.30.
Tlf. 75 54 49 11.
E-post: nlfinfo@frisurf.no

Forsidefoto:
«Medisinstudentene er på plass
i Bodø.»
Foto: Wigdis Korsvik, Nlsh.

Redaksjonen for nr. 4/09
avsluttet 1. oktober 2009.

Deadline for 2009:
1. desember

Deadline for 2010:
1. februar
2. april
1. juni
1. oktober
1. desember

Produksjon:

COX Bergen AS

Annonser: Cecilie Dahle Tlf. 55 54 08 15
Mail: cecilie.dahle@cox.no

Engasjer dere!

... og så kom høsten til nord etter en sommer som for mange av oss har vært et eventyr av lys og sol i uke etter uke. September ligger bak oss; den våteste i manns minne. Balansen er med andre ord gjenoppretta for oss som lever og bor i et område av verden fylt av kontraster og motsetninger.

Som nyvalgt leder i Nordland legeforening er det min tur å skulle formidle tanker om tvil og tro. Fram til årsskiftet har jeg flere hatter av tillitsvern, og det gir meg anledning til å filosofere rundt hva medlemmene bruker Legeforeningen til.

I høst har alle fylkesforeningene hatt valg på nye styrever. Både Nordland, Troms og Finnmark har hatt problemer med å finne kandidater som ønsker å stille, og enkelte av yrkesforeningene har nå ikke representasjon i sitt fylkesstyre. Dette er svært uheldig.

Samtidig strever både YLF og Overlegeforeningen med å få tillitsvalgte på sykehusene. Spesielt vanskelig er det å få noen som ser seg i stand til å være foretakstillitsvalgt. Når store arbeidsplasser som UNN, Tromsø og Nordlandssykehuset, Bodø ikke har et fungerende tillitsvalgsapparat for legene, er det grunn til bekymring. Alle foretakene i regionen gjennomgår endringer og omstillinger hele tida, og uten aktive og tilgjengelige tillitsvalgte, blir prosessene uklare, ufullstendige og ofte uriktige. Dette er sjølsagt beklagelig for de ansatte, men også for arbeidsgiversida. Evnen til å gjennomføre pålagte tiltak svekkes når tillitsvalgte og vernetjeneste ikke involveres i tilstrekkelig grad, og dermed øker frustrasjonen hos alle.

Hva har så Legeforeningen med dette å gjøre? I likhet med mange andre medlemmer har jeg gjennom år hatt et passivt forhold til Legeforeningen. Medlemskapet sikret akseptable lønns- og arbeidsforhold, Tidsskriftet i postkassen og relativt gode betingelser rundt kursreiser. Så inntraff hendelser i mitt liv som doktor som gjorde at jeg trengte hjelp, og gjennom den kontakten jeg da fikk med Legeforeningen endret også forholdet mitt seg til den. Jeg oppdaget at foreningen rår over store ressurser både fagpolitisk, juridisk og også menneskelig, og personlig fikk jeg den assistansen som ingen andre kunne ha gitt meg.

Men Legeforeningen blir ikke bedre enn medlemmene gjør den. Det er derfor helt avgjørende at tillitsvalgte på alle nivå og plan blir tilbudt arbeidsforhold som gjør det mulig å utføre en jobb for de som har valgt en.

I mine 2 år som konserntillitsvalgt har jeg hatt muligheten til å se hvordan de andre sammenlutningene har mye bedre vilkår for sine tillitsvalgte. Frikjøp i større eller mindre grad gjør det mulig med forutsigbarhet og tilgjengelighet for både den tillitsvalgte, de andre medlemmene og arbeidsgiver. For legetillitsvalgte er ordet frikjøp nærmest et skjellsord fordi man ønsker å holde kontakt med klinikken. Resultatet er at Legeforeningens tillitsvalgte risikerer å brenne ut allerede før de oppnår erfaring og tyngde til å kunne gjøre en skikkelig jobb. Dette kan utnyttes av arbeidsgiver, og dermed blir det en evig runddans i dårlige prosesser og misnøye blant de ansatte.

Legeforeningen bør derfor se nøyere på muligheten for frikjøp for sine tillitsvalgte.

Mitt ønske for de neste 2 årene er at flere av dere engasjerer dere i Legeforeningen – enten det er lokallag, som lokal tillitsvalgt eller som kollegastøtte. Det er svært givende, og bonusen er at man blir kjent med mange utrolig engasjert og hyggelig kolleger. Ta sjansen!

Margit Steinholt, leder Nordland Legeforening



Ingrid Petrikke Olsen
Gynekolog
Hammerfest Sykehus,
Helse-Finnmark

Fødselsomsorgen i Nord Norge

Små fødeenheter er stadig i søkelyset. Nå sist i Dagens Medisin nr 9 medio mai, hvor profesorene Øian og Børdahl kritiserer innholdet i NOU 12 "En gledelig begivenhet- om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg." Lederen i Norsk Gynekologisk Forening (NGF), professor Kirschner er også kritisk, særlig fordi han mener fagmiljøet (les: NGF) er holdt utenfor arbeidet med den nye NOUen. (ref 1) For ett år siden gjorde Helsetilsynet en evaluering av de små fødeavdelingene, hvor man særlig var kritisk til manglende bemanning og høyt forbruk av utenlandske vikarer. (ref 2)

I Nord-Norge har vi 15 fødeinstitusjoner. 6 fødestuer hvor friske gravide som planlegger ett naturlig fødselsforløp gis tilbud i sitt nærområde. 9 fødeavdelinger med gynekolog og anestesilege i vaktberedskap tilfelle det blir nødvendig med keisersnitt eller annen avansert intervensjon på mor etter fødselen. I tillegg har 4 av avdelingene også barnelege i vakt for å ivareta fødsler der risikoen for at barnet vil kunne trenge assistanse etter fødselen er tilstede.

Pga vår geografi og bosetningsmønster er alle fødeinstitusjonene i Nord Norge små innenfor sine behandlingsnivå. I lys av oppmerksomheten det har vært på kvaliteten på behandlingstilbudet på de minste fødeenheterne i nasjonale medier er det derfor betimelig å spørre hvordan det står til med fødselsomsorgen i Nord-Norge?

I 2008 utførte NGF en spørreundersøkelse hvor alle landets 40 avdelinger deltok. Det ble innhentet diverse kvantitative opplysninger iform av førstehåndsopplysninger fra avdelingenes drift i 2007. Arbeidet resulterte i legeforeningens rapport "Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer". (ref 3) Rapporten er referert til i NOUen "En gledelig begivenhet" og den ble lagt fram på norske gynekologers årsmøte i september 2008. Som leder av NGF kjenner professor Kirschner godt til dette arbeidet. Og som avdelingsoverleger har både professor Øian og professor Børdahl vært med på å svare på spørreskjemaet.

Ved å se isolert på de Nord-Norske avdelingenes innrapporterte data framkommer følgende tall: Det var omlag 5500 fødsler hvor ca 750 var forløst med keisersnitt. Mer nøyaktig utregning viste en keisersnittfrekvens på 13.8 % i den nord norske populasjonen. Landsgjennomsnittet for keisersnittforløsninger var til sammenligning 16.7 % i 2007.

En annen faktor som måler kvaliteten på fødeavdelingene og som det med rette har vært satt søkelys på, er alvorlige fødselsrifter. Gjennomsnittlig fikk 2.2 % av kvinnene som fødte i Norge i 2007 en slik alvorlig rift ved fødselen. I Nord Norge var det 1.9 %

Av 60 legestillinger på avdelingene var 7 ubesatt – herunder 4 stillinger for unge leger som er under utdanning for bli spesialist. På det gitte tidspunktet undersøkelsen ble utført var det altså bare 3 stillinger som overlege som ikke var besatt. 1 av 3 leger hadde ikke-norsk statsborgerskap noe som også gjaldt for resterende del av landet. Det var 185 uker med innleid overlegevikar, som utgjør 8.5 % av de totale antall arbeidsukene for overlegene på de 9 avdelingene samlet. Til sammenligning finnes ikke nasjonale tall angående vikarbruk.

I Helsetilsynets evalueringsrapport av de små avdelingene (definert som fødsler < 500, og avdelinger i hele Norge) framgår det at meldesentralen hadde registrert 163 saker hvor noe hadde gått galt under fødselen, i to-årsperioden 2006-2007. Bare 10 av sakene kom fra de små avdelingene. I forhold til andel fødsler blir forholdstallet 10/ 10 800 fødsler mot 153/ 110 000 fødsler. Genrellt er dette få hendelser som indikerer en svært godt tjenestetilbud på dette området og brøken er dessuten i favør av de små enheterne. I samme to-årsperiode var 14 saker fra disse små fødeavdelingene behandlet som tilsynssak i Helsetilsynet. For 6 av disse var hendelsen inntruffet på ett av de 7 Nord-Norske lokalsykehusene (Kvinneklivikkene ved UNN og NLSH har mer enn 500 fødsler per år og inngår ikke i definisjonen Helsetilsynet brukte). I praksis ca 1 hendelse hver annet år per lille fødeenhet.

Da Praksiskonsulenten i mitt område ble utfordret på hva vedkommende la i kvalitet i pasientbehandlingen ble 4 begreper vektlagt:

- 1) Faglighet: Den lave keisersnitt- og fødselsriffrekvensen indikerer at svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen i Nord-Norge holder et høyt faglig nivå – iallefall høyere enn landsgjennomsnittet.
- 2) Kontinuitet: Med 3-4 delte vaktturnuser er det bare unntaksvise en kvinne som feks har gjennomgått et akutt keisersnitt, ikke treffer på forløsende jordmor/gynekolog før hjemreise.
- 3) Tilgjengelighet: Fordi det er færre utdanningsstillinger enn spesialister må spesialistene gå primærvakter. Slik får pasienter og fastleger direkte tilgang på en spesialist enten gjennom konsultasjoner eller rådgivning over telefon.
- 4) Ventetid: Varierende. Er spesielt altfor lang ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Oppsummert vil jeg hevde at vi har en god svangerskaps- og fødselsomsorg i Nord-Norge tiltross for vår desentraliserte struktur med små enheter. Det betyr likevel ikke at vi må ta for gitt at dagens organisering nødvendigvis er den riktige for å møte kommende utfordringer. I NOU 12 "En gledelig begivenhet" ønsker man å endre fokuset bort fra størrelsen på fødeinstitusjonene og heller sikre kvaliteten på tilbudet til gravide og fødende. For de nordnorske kvinnene – og fødselshjelperne tror jeg det er en langt mer interessant diskusjon enn all den udokumenterte synsingen om kvaliteten på de små avdelingene som har vært på det nasjonale planet de siste årene. Og jeg er spesielt glad for at HOD ikke har vektlagt det i NOU 12.

Ref 1) Dagens Medisin, nr 9/2009 side 14, 15 og 31

Ref 2) http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks____9497.aspx

Ref 3) http://www.legeforeningen.no/asset/40260/1/40260_1.doc

Mange barn trenger psykiatrisk hjelp

Flere og flere barn behandles i psykiatrien. BUP Ytre-Salten har kontakt med 7 % av barnebefolkninga og antallet øker. Et samfunn i sterk endring, et familieliv i skvis og en mindre forutsigbar skolehverdag kan være noe av forklaringen.

Av Tove Myrbakk

Det mener i hvert fall barne- og ungdomspsykiater Per- Willy Antonsen ved BUPA.

– Det er jo bra at de mange som søker hjelp i psykiatrien får det, men samtidig ser vi at andelen øker. Vi har mange barn som forblir i behandling i psykiatrien i mange år. Samtidig henvises stadig flere til oss. Noe av dette tror jeg er et uttrykk for stress og press i storsamfunnet, og som ungene blir symptombærere for.

Nasjonalt mottok mer enn 53 000 barn og unge mottok behandling innen psykisk helsevern i 2008. Poliklinisk omsorg er det dominerende behandlingstilbud, og omfattet 96 prosent av pasientene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som målsetting at 5 prosent av befolkningen under 18 år tilbys behandling i psykisk helsevern. I 2008 var dette tallet 4,8 prosent for hele landet, en økning på 7 prosent fra året før. BUP Ytre-Salten ligger altså langt over dette, noe Antonsen delvis tror skyldes at Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) lokalt har hatt knappe ressurser å spille på de siste årene, men at de viktigste grunnene til at flere og flere barn behandles i psykiatrien er langt mer sammensatte. – Det er ikke lett å si om andelen er for høy eller for lav, men det er et tankekors når vi nærmer oss at 1 av 10 barn har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten pga psykiske lidelser.

Stadig flere får problemer

– Et stresset familieliv skaper mye uro i barns liv. I skolen er hverdagen blitt mer uforutsigbar. Lærerne jobber i team og med prosjekt, og undervisningen skjer i stadig nye grupper og rom. De mest ressurssterke barna har ingen problemer med å takle dette, men stadig flere får problemer og de svakeste sliter med denne uforutsigbarheten. Jeg tror trygge barn lærer best og blir roligere av å ha forutsigbarhet. Unger blir ikke tatt på alvor av samfunnet. Se bare på skolene vi tilbyr våre barn. Ingen av oss voksne ville godtatt å jobbe under sånne forhold som mange unger må. Skolen er en særdeles viktig del av barnas hverdag. Da må lokalene være laget for å fungere for det de skal. De minste barna trenger trygghet og forutsigbarhet. Da må de i det minste ha et fast klasserom. Så kan man heller slippe opp på struktur etter hvert. Det skal overskudd til for å takle livets opp- og nedturer. Når familiene er i skvis mellom alle forpliktelser og krav blir det mindre igjen til å mestre problemer som oppstår.

Burde delta mer i debatt

– Hvorfor deltar ikke psykiatrien mer i samfunnsdebatten?

– Vi burde sikkert delta langt mer enn vi gjør. Kanskje er vi leger for redde for å stikke oss ut. I psykiatrien ser vi konsekvensene av samfunnets dysfunksjon. Storsamfunnet er



BUP Salten har snart ett av ti barn i behandling. – Årsakene er sammensatte og mye ligger i et stresset storsamfunn og for lite ressurser til skole og PPT, sier Per Willy Antonsen.

i stadig endring, og det krever mange ulike ressurser for å henge med. Vi er et ekstremt prestasjonsrettet samfunn. Det holder ikke å bare være. Man må prestere.

– Er det for lett å gi barn en diagnose i dag?

– Kanskje er det noen ganger sånn at barne- og ungdomspsykiatrien strekker seg litt ekstra for å sikre at et barn får den hjelpen det har behov for. En diagnose åpner dører for ressurser som ellers kan forbli utilgjengelige. Vi setter ikke diagnoser på barn som ikke skal ha det, at vi lar oss presse i tvilstilfeller ser jeg ikke bort fra. Det snakkes så fint om integrering og at alle skal gå på samme skole. Men da må jo skolen settes i stand til å ta vare på alle ungene. PPT har mange steder alt for lite ressurser til å bistå lærere og elever. Det gjør at BUP må på banen langt oftere enn vi hadde vært nødt til hvis skole og PPT hadde fungert som de skulle. Når det er sagt så har selvsagt vi i BUPA ting vi kan gjøre bedre selv, og vi opplever stort sett svært godt samarbeid både med skole, PPT og foresatte. BUP jobber mer og mer med habilitering av barn unge. Barn med autisme, Asberger, ADHD og andre lidelser trenger i dag mer langvarig hjelp av BUP. Kommunehelsetjenesten har tradisjonelt vært mer rettet mot voksne brukere, og det er kun unntaksvis at de kan tilby hjelp til barn og unge.

– Hva gjør du for å koble ut?

– Det viktigste for meg er å snakke med kolleger om det jeg opplever på jobb, og bruke veiledningstid godt. Ellers er jeg er sammen

med kone og barn så mye jeg kan. Vi er mye hjemme, i Beiarn eller på Skaug. I det siste har jeg begynt å mosjonere. Det kjenner jeg også gjør godt. Å bruke veiledning og kolleger på en god måte tror jeg er forutsetning for et godt arbeidsliv som lege. Ellers kan det fort bli for mye å bære på. Det å snakke med en kollega om det man opplever på jobb kan være sikkerhetsventil. Arbeidspresset i psykiatrien oppleves kanskje på en annen måte enn ellers i sykehusverdenen. Ja vi har noe bedre tid til hver pasient, men det er aldri enkle problemstillinger å sette seg inn i og det settes store krav til å være oppriktig interessert, ha overskudd og empati. Arbeidspresset er noe som kommer sigende på, etter hvert i psykiatrien.

Egen ved og potet

På Skaug utenfor Bodø har Per- Willy egen potetåker som han harver med egen traktor.

– Her har jeg vokst opp, og her er det godt å bare være. Det er fint å se at poteten vokser og gror. Godt er det også. Jeg har en snakkjobb der det er vanskelig å se raske resultat av det jeg gjør. For meg blir det derfor ekstra tilfredstillende å se at haugen med vinterudd vokser i fjøset. Det er min mor som bor her, men vi er ofte innom.

– Er dere sjølforsynt med potet?

– Ja det er vi. Og vi burde vært sjølforsynt med fisk også, men tiden strekker ikke til. Fiske er utmerket rekreasjon, men man skal heller ikke kimse av en spennende fotballkamp, sier barne- og ungdomspsykiater og Liverpooltilhenger Per Willy Antonsen.

Klar for enda en **runde**

Lars A. Nesje har vært leder i Troms Legeforening i til sammen ti år. Nå tar han fatt på ny runde i et verv han trives godt i, men som han også gjerne så at noen overtok.

Av Tove Myrbakk

Doktor i Nord møter Lars Andreas Nesje på hotell Bryggen i Tromsø en nydelig ettermiddag i september. Han er her for å lede det første styremøtet etter at han lot seg overtale til en fjerde runde som leder i Troms Legeforening. Valgkomiteen hadde ingen som sa ja til ledervervet, og da man ikke kan overlate styringen til ingen, ble Nesje leder for en periode til.

Audiere råkjører mest

Turen fra Salangen til Tromsø tar bortimot tre timer i privatbil. Audi-bilister kjører fort, særlig hvis de er menn og bor på landet. Nesje har en Q5 og en A6 og påstår at han holder seg på rett side av loven. Han hevder å velge bil ut fra fornuftsgrunner, men innrømmer at hjertet også er med.

For 33 år siden kom medisinerstudent Nesje kjørende til Tromsø i en Morris Mini. Han trodde han skulle følge E6 til Tromsø. Han skjønte noe ikke stemte når E6 fortsatte nordover fra Vollan og ikke gikk til Tromsø. Siden den tid har geografikunnskapene blitt bedre.

Grunnen til at Skien-gutten havnet i nord skyldes sykdom under eksamen artium. Et par poeng for lite stoppet planene om studier i Oslo eller Bergen. Det er han glad for i dag, om han var han litt skeptisk den første tiden.

– Jeg kom til Tromsø i midten av august og så ikke sola før 15. september. Da lurte jeg på hva jeg hadde gitt meg ut på.

Oppvokst i Villaveien

I år kan han feire 33 år som nordlending, men østlandsdialekta fra oppveksten blant annet i industribyen Rjukan har han beholdt. Tross denne har han ikke sine identitet i arbeiderbevegelsen. Som leder i Troms legeforening vil han fremstå uten partipolitisk profil. Men oppvekst i Villaveien på Rjukan har satt noen spor. Unger kan være råde, kom man fra Villaveien kunne man få hard medfart i skolegården.

I barndommen ble det mye flytting. Etter sykehusturnus i Horten og ett år som allmennlege i Trondheim, var han lei og flyttet sammen med kona til Bardu for å gjøre unna distrikts- turnus og miltærtjeneste samme sted.

– Jeg kom til et stabilt og oppegående allmennmedisinsk miljø bestående av en flott legegruppe som ble gode mentorer for meg.

Er og blir allmennlege

Familien ble værende i Indre Troms, og i 1985 overtok Lars som kommuneoverlege i Salangen.

– Alternativet hadde vært å få turnuslegen



Etter til sammen ti år som leder for Troms Legeforening er Lars A. Nesje klar for enda en runde.

som sjef, og det ønsket jeg ikke.

Han merket for alvor at det var allmennlege han var da han tok sykehusåret i 1996.

– Jeg hadde utsatt dette lenge på grunn av småbarn og husbygging. Min opplevelse av sykehusverdenen ble preget av at jeg hadde jobbet ti år som allmennlege og hadde vent meg til en helt annen måte å jobbe på. Jeg syntes sykehusverden var preget av tungroddede systemer og ble frustrert over hvor lite effektivt alt var.

Engasjementet i allmennmedisin var det som brakte Lars til Legeforeningen tidlig på 90-tallet. Hans faglige engasjement har alltid vært en sterk del av hans yrkesliv, og aller sterkest har han brent for akuttmedisin.

Krever raske løsninger

– Det meste annet kan man slå opp i fagbøker og finne ut av, men akuttmedisin krever raske løsninger og godt samarbeid. Lokalt reagerte jeg tidlig på at vi sendte pasienter i ambulanser kun med sjåfør. Når disse kommer fram til sykehuset møter de jo hele team som skulle bidra til god behandling. Den tiden pasienten var i ambulansen var denne overlatt til seg selv og en sjåfør.

Tilfeldigvis var Lars i Tromsø dagen før saken om tomannsbetjente ambulanser skulle opp i fylkestinget, og møtte da en del av politikerne på Skarven.

– Kanskje bidro mine argument. I hvert fall vedtok fylkestinget neste dag at det skulle bli

slutt på enmannsbetjente ambulanser.

På 90-tallet ble han hentet til redaksjonen for Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp, og har også vært leder av Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin.

Ikke verdsatt

Som allmennlege har han lenge kjent på at spesialiteten ikke blir verdsatt verken av politikere eller andre sentrale helseaktører.

– Allmennmedisinen har aldri vært verdsatt for sin breddekompetanse. Politikere roper på spesialister også i saker som kan og skal håndteres i primærhelsetjenesten. Det er sjelden spesialister i allmennmedisin som etterspørres. Det største volumet av indremedisin og psykiatri avklares av oss fastleger, og sendes aldri videre til spesialisthelsetjenesten. Eldre pasienter med mange sykdommer blir ofte dårligere ivaretatt på sykehus enn hos oss i primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen inneholder en del elementer som kan bli bra. Tankegodset har mye bra å by på, men spørsmålet er hvordan reformen blir utført konkret. Hvor stor bestillerkompetanse finnes det i kommunehelsetjenesten i dag? Jeg frykter at det blir vanskelig å veie det kliniske opp mot det økonomiske aspektet. Kanskje kan vi som er kommuneoverleger bidra med vår samfunnsmedisinske kompetanse her.

Blåbær- og tyttebærhjerter

Kona Anne kommer innom på tur fra Alta med

sjokoladehjerter fylt med blåbær og tyttebær til ektemannen som fyller 53 år, og må feire dagen med styremøte i Troms Legeforening. To av barna deres bor hjemme i Salangen, mens de to eldste studerer. Alle barna er og har vært aktive innen idrett i lokalmiljøet. Datteren på 15 år spiller fotball og går langrenn. Selv har Lars ikke drevet innen organisert idrett.

– Det var først i studietiden at jeg la merke til at jeg holdt godt følge på langdistanse, og har trent regelmessig siden da, bortsett fra under husbygging og den verste bleieungeperioden. Der vi bor er det et veldig godt miljø for oss som er aktive på sykkel og ski. Det er viktig å gjøre noe annet enn bare å være doktor.

Fikk sportsbutikk til bygda

Med fire aktive unger og ei kone som også liker å holde seg i form var det kanskje like greit at Lars var med på å få sportsbutikk til bygda. I dag er han styreleder og medeier her, og kvaliteten på sykler og ski står ikke tilbake for noen fra mer tettbygde strøk.

De senere årene har interessen for helsepolitikk økt, og Lars som har hatt verv i Legeforeningen siden 1991, har holdt oppe entusiasmen og engasjementet i alle disse årene.

– Hvordan har utviklingen i Legeforeningen vært?

– Det er uten tvil enklere å hevde periferens interesser overfor sentralorganisasjonen i dag enn det var tidligere.

Organisatorisk har lokalforeningene vært et hjertebarn for Lars, og på landsstyremøter og ellers har han tatt til orde for å styrke foreningens geografiske akse.

Geografi og fag

– Vi har to viktige akser i Legeforeningen. Geografi og fag. Begge er sentrale i legers identitet. En kirurg fra Tromsø er både lege fra Troms og kirurg. I dag er det yrkesforeningene som peker ut de geografiske landsstyreprerentantene. Det tror jeg ikke er helt heldig, og har tatt det opp ved flere anledninger.

I Nord-Norge er det tradisjon med samarbeid. Regionsutvalget er det bestfungerende i landet, og har vært det fra første dag.

– Vi har samarbeidet godt i Fi-No-Tro i mange år. Dette har smittet over på forholdet innad i regionsutvalget.

På årsmøtet i juni ble Lars lurt trill rundt av styret i Troms Legeforeningen. Han satt fredelig og ventet på at en fiktiv Tromsdoktor skulle dukke opp. Det gjorde denne aldri, og da Gunnar Skipenes introduserte årets Tromsdoktor ble han mildt sagt gledelig overrasket.

– Det var veldig hyggelig å få en anerkjennelse fra mine kolleger i Troms. Det satte jeg stor pris på. Fremover håper jeg at flere ser at foreningsarbeid i Legeforeningen kan være spennende og ikke for arbeidskrevende. Vi trenger nye tillitsvalgte som kan være kreative og sette pris på å møte kolleger på tvers av fag og i en region som rommer så mye spennende som Helse Nord gjør, sier Lars A. Nesje. Tromsdoktor'n 2009 og fortsatt leder i Troms Legeforening.

Matoppskrifter:

Klassisk moussaka

(6 personer)

Var dere i Hellas i sommer og høstmørket gjør at dere lengter tilbake? Lag en deilig klassisk moussaka og drøm dere bort.

3 stk auberginer
1,5 stk squash
1,5 stk løk, finhakket
3 fedd hvitløk, knust
0,8 kg kjøttdeig
3 stk tomatbokser
1,5 ts anisfrø
3 ts oregano, tørket
1,5 ts sukker
1,5 ss hvitvinseddik
150 g ost, revet
3 dl melk
4,5 dl kremfløte
3 stk eggeplommer
3 ts maisenna
0 olje, til steking
0 salt og pepper

FREMGANGSMÅTE:

Skjær aubergine og squash i skiver. Stek dem i tørr panne i ca. 3-4 minutter på hver side på middels varme. Sett dem til side.

Stek løken blank i olje. Ha i hvitløk og stek i ett minutt til. Ha i kjøttdeig, stek i 5-6 minutter før du har i tomatboksene. Knus anisfrøene i en morter sammen med oregano. Ha i tomatsausen og kok det inn til en god og tykk saus. Smak til med sukker, hvitvinseddik, salt og pepper.

I en ildfast form, legg ett lag med squash og aubergine. Dryss på litt ost. Ha på et lag med tomatsaus, før du legger et nytt lag med squash og aubergine. Legg et nytt lag: ost, squash/aubergine og tomatsaus.

Lag hvit saus: Ha melk, fløte og maisenna i en kjele. Visp godt og la den koke ett par minutter. Ha i eggeplommer og smak til med salt og pepper. Hell sausen over i den ildfaste formen. Dryss litt ost på toppen. Stek den i ovnen ca. 50 minutter på 200 grader. Du kan også ha litt brødsmler på for å få sprø topp.

Server med god salat og brød til. Velbekomme.

Tove Myrbakk i sekretariatet

**En god rødvin til kan være
Guigal Côtes du Rhône 2005
til 135 kroner.**



Samhandling i Salten. Fra venstre Magne Franing, kommuneoverlege Salten, Margit Markussen og Anne Karin Forshei fra prosjekt PreOb og ordfører Arild Kjerpeseth, Meløy.

Samhandling i **Salten**

Salten kan bli et utstillingsvindu for samhandling. Prosjekt PreOb skal hjelpe kommunene til å stå bedre rustet til å ta seg av de pasientene som ikke trenger å bli innlagt på sykehuset.

Av Tove Myrbakk

50 års erfaring fra Steigen kommune skal nå hjelpe andre Saltenkommuner til å gå mer offensivt inn i samhandlingsreformen. PreOb-prosjektet, eller Prehospital observasjons- og behandlingseenhet som er prosjektets egentlige navn, skal gi pasienter med akuttmedisinske tilstander muligheter til å kunne få sin behandling i kommunehelsetjenesten. Saltal og Meløy kommune satses på å være i gang med dette tilbudet allerede fra 1. januar 2010. Steigen skal videreutvikle Steigenmodellen, samt skaffe fram dokumentasjon på det kommunen har jobbet med i mange år.

– Vi har fått 2 millioner kroner til et forprosjekt, men mangler fullfinansiering av selve prosjektet. Helse Nord RHF betaler 1/3-del av kostnadene til sykestuene i Finnmark, og vi håper nå på å få dem interessert i vårt prosjekt, sier prosjektleder Anne Karin Forshei som jobber som kommunelege på Steigentunet. Nå skal hun og resten av prosjektledelsen sende av gårde ny søknad både til departement og regionalt foretak.

Skjer mye spennende

Det skjer mye spennende allerede i mange

småkommuner. Flere av kommunene i Nordland driver med dialyse og intravenøs behandling på sykehjem. Noen kommuner har også egne observasjonssenger på sykehjem, uten at dette gir mer penger til en slunken kommunekasse.

– Steigen kommune har tapt millioner av kroner på å gi et bedre pasienttilbud til kommunens befolkning, enn det som myndighetene til nå har lagt opp til. Eldre pasienter med sammensatte lidelser får et medisinsk faglig langt bedre tilbud lokalt i regi av allmennlegene og resten av helsepersonellet, enn på en

spesialisert sykehusavdeling. På Steigentunet kjenner de pasienten og ser helheten, sier praksiskoordinator Kai Brynjar Hagen som er med i prosjektet.

Må finne samarbeidsmodeller

Salten Regionråd inviterte Kommuneoverlegeforum Salten til møte om samhandlingsreformen i september. Ellen B. Pedersen, statssekretær i HOD, var invitert med av kommuneoverlegeforumet til å innlede.

– Jeg vil råde regionrådet til å være offensive og finne samarbeidsmodeller fremover. Prosjektet PreOb har mye spennende med seg som det er vel verd å bygge videre på. Nord-Norge har store utfordringer med seg inn i samhandlingsreformen. I dag utdanner vi landets beste fagfolk og eksporterer de sørover. Vi må bli bedre på å rekruttere fagfolk til våre distrikt og sykehus. Finnmark har vist en offensiv holdning og ser på mange ulike samarbeidsmodeller tross enda større avstander enn vi har her i Nordland.

Pedersen tror vi må gjøre kommunehelsetjenesten som arbeidssted mer attraktiv.

– Forskning og utviklingsarbeid trekker både til seg unge og mer erfarne yrkesutøvere. Vi trenger mer forskning i kommunehelsetjenesten av mange grunner. Vi må få til bedre tilbud til de som er blitt syk, og forske på hva som er med på å hindre sykdom.

Fram mot 2012 er det prosjekter med helsefremmende og forebyggende aspekter som prioriteres av helsemyndighetene. Neste år får hver kommune øremerkede midler til dette, og Pedersen foreslo at regionrådet bruker disse midlene sammen og finner spennende prosjekter som det er verd å satse på.

Skeptiske til reformen

– Mange Nordlandskommuner er små og vil ikke klare alt alene. Jeg oppfordrer disse til å hjelpe hverandre med å skaffe nok personell og senger til å kunne gi befolkningen gode helsetjenester.

Mange kommuneoverleger, ordførere og rådmenn er skeptiske til hvem som skal definere utskrivningsklare pasienter, og frykter å sitte igjen med Svarte Per i forhold til sykehusene.

– Kommunene og foretakene er likeverdige og skal sammen drøfte seg fram til gode løsninger, sa Ellen B. Pedersen som berømmet Salten regionråd for å være opptatt av helse.

– Veldig få regionråd som er det. Veldig bra å se at Salten er så offensiv i forhold til samarbeidsreformen, sa Ellen B. Pedersen.

KS Nordland med daglig leder Elin Bye tror finansiering, kommunesamarbeid og kompetanse blir de store utfordringene i samhandlingsreformen.

Tor Claudi ble årets Nordlandsdokter

Kronikermedisin og akuttomsorg

Tor Claudi ble i august kåret til årets Nordlandsdokter. En vel fortjent anerkjennelse for det arbeidet han har lagt ned i å sikre kvaliteten i diabetesbehandlingen, bedre kronikeromsorgen og være talerør for et mer forebyggende helsearbeid.

Av Tove Myrbakk

Claudi var invitert til årsmøtet i Nordland Legeforening for å forelese og filosofere over temaet "Akuttmedisin versus kronikeromsorg og forebyggende arbeid". Han startet med å reflektere over hvilke ord vi bruker om hva.

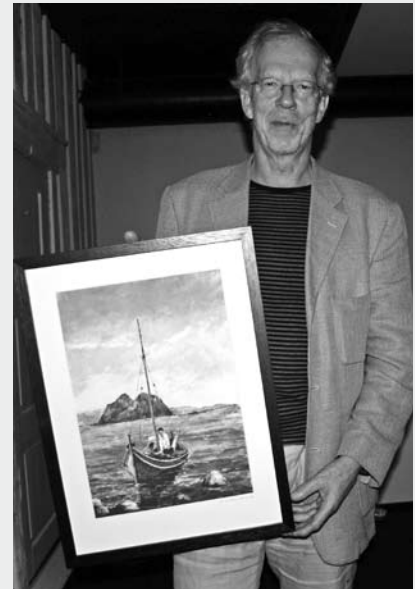
– Tittelen på mitt foredrag forteller mye om hvordan ting vektet forskjellig. Kronikersomsorg ser man for seg er mer sykepleierrelatert omsorgsarbeid, mens akuttmedisin har høy medisinsk faglig status.

Han tror det er lurt å av og til filosofere litt over hvilke prioriteringer man gjør i den kliniske hverdagen. Også midt under pandemiplanleggingen.

– Det er bevilget 750 millioner kroner til svineinfluensavaksinerings. Det betyr to sprøyter til hver nordmann. Samtidig har landet en taus pandemi av overvekt og livsstilssykdommer. Det forebyggende arbeidet her har småpenger til rådighet. Enda det er her folk dør. Kan det ha noe med de sosiøkonomiske skjevheten i denne pandemien, og det at vi som legger premisset ikke forventer å bli rammet av den?

Ventelistene til overvektoperasjon blir stadig lengre, og Claudi synes det er et forferdelig å se at folk som står på venteliste til disse operasjonene risikerer å dø i sin beste alder.

– Kronikerpandemien får ikke samme oppmerksomhet. De langsomme sykdommer og den langsomme døden er ikke like interessant som det som er akutt. Politiske tiltak som vil gjøre noe med folkehelse opplever motstand. Jeg savner forebyggingsaspektet, men det er et helsepolitisk spørsmål. Kanskje betyr sammensetningen på Stortinget noe i



Tor Claudi er Nordlandsdokter`n 2009 og fikk overrakt prisen som består av et diplom og et bilde av Nordlandsdokter`n.

denne sammenheng. Flertallet er godt voksne menn som er opptatt av akuttmedisin. Hvis ikke noe gjøres med å styrke det forebyggende arbeidet vil det bli mye mer akuttmedisin i fremtiden. Dagfinn Høybråten klarte å få ned antall røykere drastisk med innføring av røykeloven. Han satte sitt politiske liv på spill å få gjennomført loven. Vi trenger flere slike politikere med guts hvis vi skal få gjort noe som monner med folkehelse, sa Tor Claudi som ble svært overrasket og glad da han under festmiddagen ble kåret til årets Nordlandsdokter.



– Vi trives godt i Bodø og er godt fornøyd med studiet her så langt. Fra v. Thomas Schei, Anette Bøhmer Prøsch, Terje Singsås Solhaug, Maria Pedersen, Lars Jøran Kjerpeseth.

Nyter studentlivet i **Bodø**

I midten av august var 12 medisinstudenter på plass i Bodø. Den lille studentgruppen har fått seg et helt eget Studentenes hus fra 1923, og nyter å være først ute med å prøve nyordningen.

Av Tove Myrbakk

Erik Waage Nielsen og Knut Tore Lappegård har jobbet lenge for å få gi et tilbud til medisinstudenter i Bodø.

– For ti år siden var vi nær ved å lykkes. Det medisinske fakultet vurderte å øke antall studieplasser til 120. Det ville betydd at noen av studentene ville vært nødt til å bli overført oss. Dessverre ble denne planen lagt i en skuff, men vi har benyttet enhver anledning til å snakke varmt om et studietilbud til alle vi har truffet fra fakultetet og Helse Nord.

Ikke kapasitet nok ved UNN

Det er ingen hemmelighet at UNN lenge har slitt med kapasitet å gi et godt nok faglig tilbud til alle medisinstudentene. Tidligere dekan Olav Helge Førde ved Det helsevitenskapelige fakultet var derfor positiv til å flytte deler av utdanningen fra Tromsø til Bodø.

– Etableringen av 6. års undervisning ved NLSH var viktig av to grunner. For det første ble tallet på studenter i Tromsø for stort til at vi kunne gi fullgod praktisk klinisk undervisning. Gruppene som skulle ha undervisning ble for store, og trengselen rundt pasientene uheldig. For det andre er det for regionen og dermed for fakultetet, viktig å styrke fagmiljøet ved NLSH, gjennom å tilføre miljøet akademiske oppgaver. Entusiasmen lokalt for å få etablert utdan-

ningen gjorde også inntrykk, og når det ble frigjort midler gjennom tildeling av undervisningstilskudd, og ledelsen både ved UNN og i Helse Nord støttet prosjektet, var det bare å fatte realitetsvedtak og starte opp, sier Førde.

Helse Nord en pådriver

Det var Helse Nord som tok initiativet til et drøftingsmøte på NLSH i mars i fjor.

– Helse Nord har vært en pådriver, men dette har vært et samarbeid mellom Universitetet og Helse Nord gjennom vårt samarbeidsorgan (USAM). Jeg vil også gi kreditt til flere på universitetet. Svein Ivar Mellgren, Olav Helge Førde og Arnfinn Sundsfjord med flere, sier fagdirektør Jan Norum i Helse Nord RHF.

– Ved økt studentantall ble belastningen på UNN stor og vi så et stort potensiale i NLSH Bodø. Dette ville i tillegg til å gi bedre undervisning for studentene også løfte det akademiske miljøet på sykehuset, og gjøre det enda mere attraktivt å jobbe på NLSH. Likeledes tror jeg dette vil være en viktig faktor for fremtidig rekruttering til legestillinger ved NLSH.

Tok i mot to grupper studenter

På møtet i mars i år ga Waage Nielsen og Lappegård beskjed om at de hadde kapasitet

til å ta i mot to grupper studenter allerede fra høsten 2009.

– Det var tydelig at både Helse Nord og fakultetsledelsen var glad for dette.

Begge ble bedt om å jobbe videre med planene for NLSH, og tiden fram til formell henvendelse frå UiT kom i januar i år ble godt brukt. Studentene hadde søknadsfrist 15. mars i år, men fikk i realiteten bare 14 dager på å bestemme seg.

– Vi visste jo om at noe var på gang allerede i fjor vår, og hadde gjort oss noen tanker om det å flytte og ta sisteåret i Bodø. Men da studiet i Bodø endelig ble annonsert, måtte man tenke fort. Det fristet veldig å være en liten studentgruppe. I Tromsø går vi opp på hverandre store deler av tiden, og spesielt på UNN, sier Maria Pedersen som er en av to tillitsvalgte for studentene.

Alt var godt forberedt

– Hvordan er det å være prøvekaniner?

– Vi føler oss ikkje som det. Alt var godt forberedt da vi kom i høst. Forelesningene holder et faglig høyt nivå, og her har vi jo godt sammenligningsgrunnlag fra Tromsø. Vi er svært godt fornøyd med det valget vi har gjort.

I Bodø er studentene delt inn i to grupper som jobber etter samme modell som Tromsø-



Knut Tore Lappegård og Erik Waage Nielsen har jobbet lenge for å få medisinstudenter til Bodø. Nå har de endelig lyktes.

studentene. Gruppene bytter etter en oppsatt plan.

– Det er urekkelig litt merkelig med ei så lita studentgruppe i forhold til det vi har vært vant med i Tromsø. Men bare positivt. Det blir veldig synlig om man velger å ha lesedag i stedet for å møte opp på forelesning. Så hittil har vi møtt opp nesten fulltallig. Men så har jo også forelesningene vært verd å få med seg.

Må skjerpe oss

– Hva betyr det for NLSH å få medisinstudenter?

– Det betyr at vi som jobber sammen med dem må skjerpe oss. Studentene har spørsmål som vi må reflektere over i den kliniske hverdagen. Og det er jo bare sunt. Vi har også fått en del ressurser. I dag er vi rundt 30 leger som har deltidsstillinger med undervisning og veiledning av studentene, og neste år får vi noen til som skal undervise og veilede på 5. året. Om to år håper vi å ha på plass 50 studenter fordelt på 5. og 6. året, sier Lappegård.

– Er dette en jobb som kommer på toppen av den legene har på sykehuset?

– Ja, i utgangspunktet, men her må ledelsen legge godt til rette slik at det blir å leve med for de som skal gjøre denne jobben. De skal jo også kunne drive vitenskapelig forskning og fordype seg når de ikke underviser eller veileder studenter. En del forberedelser må gjøres på fritiden, men noe må gjøres innenfor vanlig arbeidstid, mener Waage Nielsen.

Vil bedre samarbeidsklimaet

Begge tror nyordningen vil virke positivt inn på samarbeidsklimaet mellom NLSH og fagmiljøene i Tromsø.

– Vi skal være sammen om å løse en oppgave. Alle er tjent med at kvaliteten på medisinerutdanningen i Nord-Norge blir bedre.

Den dagen vi er innom Studentenes Hus er det første evaluering av studiet med studiekoordinatorerne. Ikkje i et auditorium, men på et hyggelig pauserom. Ikkje alle studentene er til stede. Integreert klinikk diskuteres, og her har studentene mange ideer om hvordan de kan få mer ut av disse. En slags quiz alla Dr. House.

– Vi ønsker at en lege legger fram en kasuistikk i stedet for at vi gjør det. I Tromsø har vi hatt nok trening med å legge fram caser og tror vi har mer å hente på at legene gjør dette uten pasient til stede. Så kan vi få en faglig diskusjon der både legene og vi studenter deltar før emneforelesning.

Studentene har kort vei til ledelsen av studiet, og muligheten til å skreddersy undervisningen bare det er innenfor målbeskrivelsen. Det satses på mange evalueringsmøter underveis, og førstekullet i Bodø virker som et meget oppegående kull som vet hva de vil ha. Det vil komme neste kull til gode.

Lettere å endre seg

Førsteamanuensis og allmennlege Tor Anvik har undervist studenter på UiT gjennom mange år, og har også bidratt positivt til at avtalen mellom UiT og NLSH endelig er i havn. Han har vært med på mange studieevalueringer i Tromsø og kjenner igjen en del av det han hører.

– Til forskjell fra Tromsø er vi en mindre og mer fleksibel organisasjon som lettere kan endre oss underveis når vi mener det er behov for det. Min tanke når det gjelder allmennmedisin er at dette ikkje skal være en bymedisin hos oss. Nordland består for det meste av små kommuner og vi ønsker at dette også skal sette sitt preg på undervisningen. Derfor kommer en del av allmennlegene som underviser fra distriktet, og vi bruker også noen nærliggende distriktskommuner til uketjeneste, sier Tor Anvik.

KURS FOR PRAKSISLÆRERE OG MEDARBEIDERE

Universitetet i Tromsø
3. og 4. desember 2009

Sted:

Rica Ishavshotell, Tromsø,

Godkjenninger:

Allmenntilleggs Videreutdanning:

Valgfrie kurs: 13t

Etterutdanning: Valgfrie kurs: 13t

Påmelding til:

Kontor for legers videre- og

etterutdanning (Tromsø),

Den norske legeförening,

MH-bygget, Det medisinske

fakultet, 9037 Tromsø

Påmelding e-post:

kurs.tromso@legeforeningen.no

Antall deltakere: 75

Kurspris Leger: 1800

Ruskurs i Bodø

16. og 17. februar skal det være ruskurs i Bodø, og allmennleger er spesielt inviterte til å delta. Kurset er søkt godkjent som emnekurs i allmennmedisin. Temaer som tas opp er rusperspektivet i psykiatrien, cannabis og skadevirkning, tannbehandling og samhandlingsreformens konsekvenser for rusomsorgen. Myter, tro og forskning innenfor rusfeltet skal også under lupen. Dagfinn Haarr deltar med sin erfaring fra tung rusbehandling. Har omkring 170 nåværende eller tidligere rusmiddelavhengige på lista, og har mottatt mange priser for sitt arbeid.

Du finner oversikt over styrene i lokalforeningene samt informasjon om regionsutvalgene på hjemmesidene til lokalforeningene,
www.legeforeningen.no/nordland
www.legeforeningen.no/troms
www.legeforeningen.no/finnmark

Ta kontakt med sekretariatet hvis du lurer på noe.
Telefon 755 44911
E-post: nlfinfo@frisurf.no

Legevakta – en nødet

**Visjon legevakt 2015
ønsker å gi hele
befolkningen likeverdig
tilgang til forsvarlige
helsetjenester.
Prislappen er 2 milliarder
kroner. Ikke rart HOD har
sendt handlingsplanen
tilbake til direktoratet i
mai med ønske om et
rimeligere, om enn
mindre likeverdig
alternativ.**

Av Tove Myrbakk



Komiteen for Legevaktskonferansen 2009 hadde laget et spennende program. Fra v. Eva Irgens, Jan Petter Lea og Anne Mette Finsrud.

Fram til for ganske få år siden visste en svært lite om Legevakts-Norge. Opprettelsen av Nasjonalt Kompetansesenter for legevaktsmedisin i Bergen i 2004 har endret dette bildet. For første gang ble det lagt til rette for nasjonal registrering av aktivitet og kunnskapsbasert utvikling av legevaktsarbeid både faglig og organisatorisk. Denne kunnskapen har blant annet bidratt til at senteret fikk i oppdrag å lage en handlingsplan for legevakt. I januar i år var denne klar og ble levert Helse- og omsorgsdepartementet med ei liste på 121 forslag for hvordan legevakta skal utvikles de nærmeste årene.

Etterheng på 2 milliarder

Steinar Hunskaar innledet på Legevaktskonferansen 2009 i Bodø og innrømmet å oppleve noe frustrasjon over departementets foreløpige håndtering av handlingsplanen.

– Vi bruker mindre penger på legevakt i 2009 enn i 1999 i nominelle kroner. Det betyr at vi har haltet etter andre tjenestetilbud med rundt 200 millioner kroner i året. Det blir en stor sum å ta igjen etter ti år, men hvis legevaktene skal fungere likeverdig og forsvarlig må myndighetene trø til nå. Egentlig

er 2 milliarder kroner lite i den store sammenhengen. Hvis vi stopper all aktivitet i de norske sykehus ut over dagens nivå og ikke øker de på 46 dager, har vi allerede spart en milliard. Høringsinstansene var helt enige med oss i at vår handlingsplan må legges til grunn for opprusting av landets legevakter. Nå må vi bare jobbe videre med å få direktorat og departement til å innse dette.

Ingen forslag om nedleggelse

Kompetansesenteret gir i planen råd om at kommunal legevakt skal forankres i en egen forskrift. Landet bør organiseres i mellom 60 og 80 legevaktdistrikt med mellom 30 000 og 100 000 innbyggere innen et rimelig areal.

– Betyr det at dere foreslår nedleggelse av de minste legevaktene?

– Nei, det gjør vi ikke. Et legevaktdistrikt kan ha flere legevakter under seg. Vårt poeng er å sikre at legevaktene blir profesjonelle nødetater av høy kvalitet, og med spesifiserte oppgaver og likeverdige tjenester over hele landet. Derfor må hvert distrikt få en godt utstyrt legevaktstasjon i egne lokaler med leger i tilstedevakt med annet helsepersonell. Det foreslås krav om grunnkompetanse for

leger og annet helsepersonell som arbeider i legevakt, samt et felles nasjonalt telefonnummer for legevakt.

Økende antall selvmordsforsøk

Legevaktkonferansen i Bodø hadde 320 deltagere og et spennende program som blant annet Jan Petter Lea har jobbet godt og lenge med.

Suicidalsvurdering på legevakt er ett av temaene som ble tatt opp, og psykiater Michael Setsaas tror en del alvorlige ulykker egentlig er snakk om selvmord.

– Norge har lagt lavt i antall selvmord, men opplever nå en økning. Halvparten av selvmordsforsøkene er pasienter som har forgiftet seg med medikamenter utskrevet ved siste konsultasjon. Det burde være tankevekkende. Pasienter som har somatisk sykdom, daglige smerter og depresjon er svært utsatt.

En av fire ungdommer er fysisk krenket

Vold i nære relasjoner hadde fått stor plass på programmet. Bodø Legevakt er ett av fire overgrepsmottak som også ivaretar ofre for familievold.

at i bakleksa



Steinar Hunskaar er frustrert over departementet behandling av handlingsplan for legevakt.

Hver fjerde tiendeklassing har blitt utsatt for fysisk krenkelse fra egne foreldre minst en gang. En av ti har minst en gang vært vitne til vold mot en av foreldrene, men 2 prosent av ungdommene har opplevd vold fra foreldre mer enn ti ganger. (NOVA 2007 – Selvrappoterering av over 7000 tiendeklassinger)

– Den medisinske modellen bryter litt sammen når det er snakk om barn som utsettes for vold. Det er ingen kjerne symptomer her. Alt fra depresjon til angst, spiseforstyrrelser til lære- og skolevansker er forhøyet hos barn som er utsatt for vold i nære relasjoner, sa spesialkonsulent og psykolog Are Evang, fra Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Nord, Tromsø.

Store somatiske konsekvenser

Konsekvensene for barn som har opplevd vold og/eller omsorgssvikt i barndommen er store. Ikke bare psykisk.

– Forskning viser at de er langt større enn vi tidligere har antatt. Jo mer vold/omsorgssvikt jo mer sannsynlig er det at

en person utvikler hjertesykdom, kreft, slag, diabetes, beinbrudd, leversykdom og mye mer. Det at en forelder er utsatt for vold er like farlig som om ungen selv er utsatt for det.

– Hva kan gjøres på legevakt for å oppdage barnemishandling?

– Det er veldig vanskelig. 2/3-del av barnemishandlingen skjer før barnet er ett år. Man skal ikke alltid tro på foreldrenes framstilling. Noen ganger er det på sin plass med verstefallstenkning. Undersøkelser viser at hvis ungen har vært utsatt for mishandling en gang er det 50 prosent større sjanse for mer mishandling. 5 til 10 registrerte årlige dødsfall i Norge er barn som har blitt mishandlet til døde. Skadeamnese er viktig. Stemmer oppgitt årsak til skaden med omfanget av skaden? Store alvorlige skader kan ha få generelle symptomer. Vi trenger mer og bedre tverrfaglig samarbeid mellom helsevesen, barnevern og politi, sa avdelingsoverlege Jens Grøgaard, Oslo Universitetssykehus.

Kollegiale støttegrupper i **Nord-Norge**

Den kollegiale støttegruppen kan du kontakte for eksempel ved:

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

Nordland:

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

Overlege gyn. Ingar Vold,
Holsbakken 3, 8372 Gravdal
Tlf. 908 77 293
E-post: ingavold@online.no

Allm.pr. Karl Børre Andersen,
Frydenlundsgt. 39, 8500 Narvik
Tlf. 76 94 28 24

Komm. lege Arne Vassbotn,
N. Frydenlund alle 26, 8400 Sortland
Tlf. 76 12 10 42
E-post: arne.vassbotn@sortland.nhn.no

Overlege gyn. Margit Steinholt,
Sandnessjøen sykehus, 8801 Sandnessjøen
Tlf. 75 04 19 43
E-post: margit.steinholt@sasyk.nl.no

Komm. lege Åse Valla,
8643 Bjerka
Tlf. 916 67 895
E-post: ase.valla@monet.no

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

Troms:

Bernt Stueland, allmennpraktiserende lege,
Langnes Legesenter AS, 9015 Tromsø,
tlf. jobb: 77679888/77679873,
privat: 77616163,
E-post: bernt.stueland@langnes.nhn.no
Ann Kristin Engstad,
allmennpraktiserende lege,
Sama Legesenter, Samagt. 33,
9403 Harstad,
tlf. jobb: 77018500/77018504,
privat: 77070374,
fax (jobb): 77018515,
E-post: kr-engst@online.no

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

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

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

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

Finnmark:

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

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

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

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

Ressurssenter for leger, Modum Bad

Ressurssenter for leger ved Modum Bads Nervesanatorium (MBN) har vært i drift siden høsten 1998. Senteret tilbyr råd og veiledning til leger i livskrise eller med problemer i forhold til utbrenning. Hvis du ønsker mer opplysninger kan du kontakte:
Ressurssenter for leger, Modum Bad Postboks 60, 3371 Vikersund Tlf. 32 78 97 00 Faks: 32 78 83 08

nervesanatoriet@modum-bad.no

Mistenkt for mishandling

Salwan Al-Ani jobber som lege på overgrepsmottaket ved Bodø Legevakt, ett av fire mottak i landet som jobber med vold i nære relasjoner. For få år siden ble han selv mistenkt for å mishandle sin sønn av barnas fastlege i Kirkenes. Sønnen viste seg å være alvorlig syk.



I dag er Salwan Al-Ani assistentlege på Nordlandssykehuset, men skal begynne å jobbe som fastlege om ikke lenge. De tøffe erfaringene håper han å få bruk for i allmennmedisinen og i jobben på overgrepsmottaket i Bodø.

Av Tove Myrbakk

Salwan er fra Bagdad og kom til Norge i 2000 som flyktning. Fra mottaket i Oslo ble han nesten umiddelbart sendt til Kirkenes.

– Bagdad har nesten 6 millioner innbyggere. Selve Kirkenes har 3316 innbyggere. Du kan si at omstillingen var stor. På den tiden var min kone i Libya sammen med sin far som hadde flyktet fra Irak tidligere. Hun er utdannet tannlege og kom etter til Kirkenes i desember 2001. Jeg var ferdig utdannet lege i Irak og hadde nylig avsluttet 10 måneder turnustjeneste før jeg måtte flykte. I Kirkenes jobbet jeg som hjemmesykepleier og maler, samtidig som jeg tok nødvendig videreutdanning for å få autorisasjon i Norge.

Avvist av fastlegen

I 2002 ble sønnen Fahed født og to år etter kom Omar. Sommeren 2005 fikk Omar feber. Han var da et halvt år gammel og Salwan behandlet han hjemme den første uken.

– Jeg forventet at dette var en alminnelig barnesykdom og fulgte med om det skulle komme utslett. Etter en uke med feber våknet Omar en morgen med en kul på brystet. Litt til høyre for brystbenet. Den var 5 cm i diameter og ingenting kunne forklare den. Omar hadde tydelige smerter og sluttet å krype. Vi kontaktet barnas fastlege og opplevde å bli totalt avvist med vår bekymring. Etter gjentatte forsøk på å få henvisning videre til spesialist, bestemte vi oss for å ta kontakt med legevakta etter kontortid.

Her møtte de Salwans fastlege som umiddelbart sendte dem videre til barneavdelingen i Hammerfest. I denne prosessen ble de gjort oppmerksomme på at fastlegen mistenkte dem for barnemishandling i et notat som fulgte journalen.

– Det var en voldsom ekstrapåkjenning i en ellers tøff tid. Vi fryktet jo det verste for Omar, og så bli beskyldt for å skade det mest dyrebare vi har. Det var hardt.

Trodde det var kreft

I Hammerfest viste prøvene en blodplateverdi på 1300 og høy SR.

– På denne tiden var jeg praktikant på medisinsk avdeling i Kirkenes og spurte overlegen der hva hun mente var årsaken. Hun hadde

ikke opplevd så høye verdier bare på grunn av infeksjon, og trodde nok at Omar hadde fått kreft. Vi håpet og ba om at det måtte være snakk om infeksjon, men CRP-en var negativ. Barneavdelingen i Hammerfest sendte oss videre til UNN.

Her tok de ultralyd og kulen viste seg å være full av blodvev og lite væske, noe som understøttet mistanken om kreft. Til slutt tok legene biopsi. Omar hadde en akutt ostemy-littbetennelse.

– For oss var dette en kjempenyhet. Vi reiste tilbake til Kirkenes etter 14 dager for videre behandling lokalt på sykehuset der.

Eldste sønnen også syk

På denne tiden ble deres eldste sønn Fahed også syk.

– Han kastet voldsomt opp hver morgen over flere dager. Ellers fungerte han som vanlig. Vi håpet på meningitt og ville ikke tenke kreft.

De tok kontakt med samme fastlege som sist, og ble igjen avvist og nektet henvisning.

– Denne gangen nektet vi å forlate legekantoret før vi ble henvist videre til UNN.

– Jeg reiste alene med Fahed til UNN. De tok MR og fant raskt at han hadde svulst i lillehjernen. Hele svulsten ble fjernet takket være en særdeles dyktig nevrokirurg. Gutten kom seg fort etter operasjonen, men kastet fremdeles opp hver morgen. Ellers var han som vanlig.

Svulsten viste seg å være den verste typen av dem alle, med svært dårlig prognose, spesielt for små barn. Det var lite medisinsk litteratur å hente, og spesialistene visste ikke hvilken behandling som ville hjelpe etter operasjonen. UNN tok kontakt med kolleger over hele verden og endte opp med mange ulike forslag. Til slutt bestemte de seg for sterk cellegift og strålebehandling, men ikke lenge etter viste det seg at det allerede var metastase andre steder i kroppen.

Mistet sønnen i 2006

– Fahed ble dårligere og vi dro til Bodø der jeg nylig hadde begynt i turnustjeneste. Det gikk opp og ned. På gode dager var vi optimistiske, men det gikk fort nedover. Til slutt ville de ha oss tilbake til Tromsø. Vi dro med ambulanse-

fly, men røykutvikling i flyet gjorde at vi måtte nødlande i Bodø igjen. Det ble ingen ny tur til Tromsø. Fahed var nå i terminal fase, og 7. februar 2006 døde han.

– Skjønner du at fastlegen til ungene kunne tenke barnemishandling?

– Nei, det gjør jeg ikke. Det var ingenting som tydet på det. Det var mitt utseende som gjorde at jeg ikke ble trodd på verken som pappa eller fagperson. I dag jobber jeg på overgrepsmottaket i Bodø og ville aldri tenkt mishandling i et sånt tilfelle. Det var kun snakk om en kul. Ingen blåmerker eller andre ting som skulle understøtte en slik mistanke.

Betaler sin skatt med glede

– Er du bitter?

– Nei, det er det ingen vits i å være. Vi har også opplevd et helsevesen som er fantastisk. Spesielt på barneavdelingen på UNN. De ordnet alt. Barnehageplass til Omar, klær, leker. De bidro til og med til at min kones mor i Bagdad kom til Tromsø og var til støtte for oss den tøffe tiden. Jeg betaler min skatt med glede etter denne opplevelsen som jeg ikke unner noen å få.

– Hva bør leger gjøre når de har mistanke om mishandling?

– Det er veldig vanskelig, men de må prøve å balansere mellom det å lytte til hva foreldrene sier og det de finner når de undersøker barnet. Jeg sier ikke at legen ikke skal bringe saken videre hvis en tror et barn er mishandlet, men noen ganger kan det være sykdom som er svaret, som i mitt tilfelle.

Trø varsomt overfor flyktninger

– Hva betyr din kulturelle bakgrunn i din jobb på mottaket?

– Jeg kommer fra en kultur der man har lov til å slå barn. Men ikke mishandle. Selv har jeg aldri slått mine barn. Det ville vært utenkelig for meg, men vi som helsepersonell må trø varsomt noen ganger og tenke oss om før vi sender bekymringsmelding til barnevernet. Mange er flyktninger i Norge fordi de for alt i verden vil at ungene skal være sikret. Da må ikke vi gjøre det sånn at ungene blir fratatt dem uten at det er grunn til det, mener Salwan Al-Ani.



Steinar Pedersen,
rektor ved Samisk høgskole i
Guovdageaidnu/Kautokeino

Leger må også vite hvor man er

De seinere tiårene har vært en omfattende reformperiode når det gjelder samiske kulturelle og til dels materielle rettigheter. Grunnlovsparagraf 110 a fra 1988 slår fast at samisk og norsk kultur er likeverdige. Sametinget og en andre rekke samiske institusjoner er kommet til. Samisk språklav har virka i nesten 20 år, og samisk språk og kultur har begynt å få sin rettmessige plass i skoleverket. Ved Samisk høgskole har vi for eksempel omtrent all undervisning på samisk. I helsevesenet har det vært fokus på samiske pasienters rettigheter, forskning rundt samisk kultur og helse, etc.

Derfor skulle man kanskje tro at alt er vel og bra. Men – gamle holdninger sitter tydeligvis fortsatt i. En scene fra et sykehus i Nord-Norge for bare et par år siden, er ganske illustrerende. I denne scenen finner man en lege, en ung mor og hennes barn i tidlig skolealder. De to sistnevnte samtaler på hjemmespråket, samisk. Legen spør om de alltid gjør det, og om barnet lærer norsk på skolen. Svaret på det første spørsmålet er ja, og på det andre at de vel ikke har særlig mange timer norsk i første klasse. Dette foranlediger følgende replikk fra legen: Du skjønner vel at barnet må lære norsk hvis det skal opp og frem i livet!

Jeg tror ikke at dette var spesielt ondsinnet meint fra legens side. Derimot er det et uttrykk for at leger, også i Nord-Norge, fortsatt lever

innenfor en kulturell referanseramme som ble skapt fra midten av 1800-tallet – en periode da myndighetene satte inn store ressurser for å knekke samisk språk og kultur. Denne fornorskingsperioden varte i mer enn hundre år. Da var det nødvendig å kunne helst bare norsk, når samisk langt på vei var bannlyst i skoleverket og i den offentlige sfære for øvrig.

De fleste av oss som er over en viss alder har lært svært lite om dette på skolen. Likeledes er det ikke noen del av den allmenne folkeopplysning at sentrale ideologiske retninger i Norge på 1800-tallet definerte samene som et (særdeles) mindreverdige folk. Vi har heller ikke lært mye om den institusjonaliserte rasismen, hvor statistisk sentralbyrå blant annet laga kvalitative vurderinger av folkegruppene. Der ble samene plassert aller nederste trinn av rangstigen. For den del har jeg heller ikke sett mange lærebøker hvor det er fortalt om at Stortinget i 1902, for Finnmarks vedkommende, vedtok en egen lov som gav grunnlag for å nekte salg av jord til dem som ikke beherska norsk. Denne lova sto formelt ved lag til 1965. Og – hvor mange har lært at en stor del av Nord-Norge er etablert på et opprinnelig samisk territorium – og at Norge ble samla til ett rike i Sør-Varanger i 1826?

For mange av dagens praktiserende leger i Nord-Norge kunne det nok heller ikke skade

å vite mer om de sosiale relasjonene mellom folkegruppene. Symptomatisk er at de norske ordtakene levna ikke samene stor verdi. Kun ett eksempel blant mange: «De forslaar (hjelper) ikke mer end om di kaster en fin i helvete med komogan paa». Hvis man tror at slike karakteristikk tok slutt i andre halvdel av 1800-tallet, vil jeg anbefale bloggene i ulike media, når samiske anliggender blir diskutert. Der finner man verre ting.

Min avsluttende påstand er at verken leger eller andre i helsevesenet i Nord-Norge kan fungere helt relevant uten å ha visse grunnleggende kunnskaper om de forholdene som kort er omtalt her. Mer kunnskap om hvor man er, vil skape en ny basis for forståelse og respekt, og hindre at leger gjør kulturelle overtramp i sin daglige gjerning.

Om forfatteren:

Steinar Pedersen er rektor ved Samisk høgskole i Guovdageaidnu/Kautokeino. Han er dr. philos i historie.

Til neste nummer av Doktor i Nord utfordrer Steinar Pedersen stortingsrepresentant Inga Lill Olsen, Havøysund til å skrive i spalten "Betraktninger utenfra".