

Doktor I NORD

1 • 10

MEDLEMSBLAD FOR NORDLAND, TROMS OG FINNMARK LEGEFORENING • 9. ÅRGANG



Forsker på barn
og overvekt

4

Mangler
sentrale tillits-
valgte i nord

6

De vanskelige
valgene

8

Sund overtar for Steinholt

Fredrik Sund er tredje helgelending som blir konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Nord RHF. Han kommer som sin forgjenger Margit Steinholt fra Sandnessjøen, men jobber på kreftavdelingen på UNN.

Av Tove Myrbakk



– Jeg har alltid vært interessert i organisasjons- og tillitsvalg-
tarbeid så da Margit spurte meg under et Trinn 1-kurs om å
overta vervet som konserntillitsvalgt, var jeg i utgangspunktet
positiv og syntes det hørtes spennende ut. Jeg regner med å
jobbe klinisk i nærmere 40 år. Da er det etter min mening
veldig greit å kunne noe om det systemet man skal jobbe i
fremover. Utfordringen har vært at jeg er assistentlege og
ansatt i et vikariat. Derfor var det en del som måtte på plass
før jeg kunne si ja til å være kandidat. Heldigvis ordnet
det seg og i midten av mars er jeg på plass for fullt i Helse
Nord RHF. Jeg både gleder og gruer meg. Veldig godt å ha
regionsutvalget i Legeforeningen å spille på når man er ny
i et verv som er litt ullent.

Fredrik Sund er spesielt opptatt av distriktspolitikk og
å beholde spesialistkompetanse i Nord-Norge. Han lover å
holde god kontakt med de tillitsvalgte rundt om på foreta-
kene, og ønsker seg mange innspill fra både tillitsvalgte og
medlemmer.

Han kan nås på e-post Fredrik.sund@unn.no en tid fremover
og på fredrik.sund@helse-nord.no.

Margit Steinholt overlapper for Fredrik Sund fram til midten
av mars. Hun er fra nyttår tilsatt i halv stilling på Tromsø
Mineskadesenter.



Doktor i NORD



Organ for Nordland, Troms og Finnmark legeförening

Utgiver:
Nordland, Troms og Finnmark legeförening

Ansvarlig redaktører:
Anne Grethe Olsen, Hammerfest
907 48 456
Lars A. Nesje, Salangen
Tlf. 909 75 625
Margit Steinholt, Sandnessjøen
Tlf. 993 55 760

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

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

Forsidefoto:
«Måser»
Foto: Tove Myrbakk.

Redaksjonen for nr. 1/10
avsluttet 10. februar 2010.

Deadline for 2010:
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

FOREBYGGENDE HELSEARBEID I SAMHANDLINGSREFORMEN

Kan vi gjøre keiserens nye klær synlige?

I Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen, er det konkludert med 3 hovedutfordringer for dagens og framtidens helse- og omsorgstjeneste. I utfordring 2 står det:

”Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering”.

Vi som jobber i kurativ praksis i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten driver daglig med individrettet forebyggende helsearbeid. Vi fokuserer på aktivitetsøkning, røykeslutt, sunt kosthold, riktig medikamentbruk, mestring av hverdagen og viktigheten av å trives på arbeidsplassen. Vi prøver å veilede den enkelte pasient i å ta bedre vare på seg selv og sin egen helse, og vi ser ofte at det nytter. Forventet levealder i Norge stiger jevnt og trutt, men det gjør også vektkurvene i befolkningen, inaktivitetsnivået blant ungdom og sykefraværstatistikkene. Er det vi, legene, som er årsaken til det? Er det vi som er årsaken både til at folk lever lengre, men også er blitt senere og tykkere?

Nei, vi alene kan verken ta ansvaret for de positive eller for de negative statistikkene. Vi er ganske flinke til å drive individrettet forebyggende helsearbeid, men vi trenger flere å spille på lag med og vi må også kunne få spille noen baller tilbake til de som har sendt oss Samhandlingsreformen. Vi vet mye om hva som nytter av forebyggende tiltak, og vi vet hvilke tilbud vi savner i kommunene og på sykehusene. Vi vet også at av og til må noe komme fra ”oven”, som påbud i lover og forskrifter, for å ha en effekt. Innskjerpingtonene i Tobakkskadeloven er et utmerket eksempel på hva som fungerte når man ikke kom i mål med individrettet forebyggende helsearbeid.

Vi kan regne med at det skjer noen endringer i finansieringssystemene for helsevesenet allerede fra januar 2012. Den knappe tida som er fram til da vil kreve mye fokus på behandlings- og rehabiliteringstilbud, men vi må også spille inn våre ønsker om hva som etter hvert bør komme på plass når det gjelder det forbyggende helsearbeidet. Vi bør si noe om hvilke strukturer som mangler i kommunene og i foretakene, for å gi forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid en solid forankring. Vi bør også si noe om hva vi forventer oss fra sentralt hold, for at målene om enda bedre helse i befolkningen skal nås. Hvis vi som leger og legeförening ikke gjør det, så kan vi bli sittende med forebyggingsoppgaver som ligger langt utenfor vårt ansvarsområde. Da er dette ingen reform, men tilbake til det gamle og bare enda en kolleksjon av keiserens nye klær.

Anne Grethe Olsen, leder FFL

Forsker på barn og **overvekt**

Fedme og overvekt blant barn og voksne er i ferd med å nå pandemiske dimensjoner også her i landet. I Finnmark forsker stipendiat og overlege Ane Kokkvoll for å finne fram til gode behandlingstilbud gjennom prosjektet Aktivitetsskolen.

Av Tove Myrbakk

Som barnelege på Hammefest sykehus har Ane Kokkvoll i mange år kjent seg maktesløs overfor en stadig økende gruppe overvektige barn.

– Tilbudet vi til nå har gitt disse barna og deres familier er alt for fragmentert og utilstrekkelig. Det var bakgrunnen for at vi i 2005 startet et forprosjekt som vi kalte Aktivitetsskolen. Her satte vi sammen tverrfaglige team bestående av fysioterapeut, ernæringsfysiolog, barnelege, pedagog, barnesykepleier og aktivitører. Disse teamene har jobbet tett sammen med familiene for å finne ut hvilken type behandling og metode som fungerer best for denne gruppen. De ble også fulgt opp lokalt av helsesøster.

Tente på ideen

De ti familiene som har var med i forprosjektet har meldt om økt fysisk aktivitet og mindre inaktivitet, og opplevde at barna også gikk ned i BMI.

– Om denne endringen er signifikant eller varig er vanskelig å si noe om.. Men jeg ønsket å gå videre med forskning for å finne ut mer, og tok derfor kontakt med det kliniske forskningsenteret på UNN.

De tente på ideen og Kokkvoll fikk frikjøp fra Helse Finnmark til å lage en protokoll for hovedprosjekt og prevalensundersøkelse i Finnmark. I 2008 fikk hun doktorgradstipend fra Helse og Rehabilitering og etter svangerskapspermisjon var hun for alvor i gang med aksjonsforskningen i 2009.

– Året før ble brukt til å invitere kommuner med i prosjektet. Det viste seg å være riktig å bruke tid på dette. Det er mange ting som skal være på plass før oppstart, og prosjektet er avhengig av å være godt lokalt forankret.

Oppstart, utredning og opplæring foregår på barneavdeling, mens kommunene er ansvarlig for oppfølgingen.

– Det har vært stor lokal entusiasme om prosjektet i Finnmark. Spesielt har helsesøstrene vært entusiastiske. Familiene som er med er veldig motiverte. Vi har også fastleger i referansegruppa som har gitt innspill til prosjektet.

Mellom 16 og 18 prosent overvekt

Siden 1980-tallet har fedme og overvekt blant barn og voksne hatt en eksplosiv økning. Verdens helseorganisasjon karakteriserer dette som en global epidemi. I voksenbefolkningen



Ane Kokkvoll satser på 100 familier i prosjektet Aktivitetsskolen.

ligger Finnmark høyt når det gjelder overvekt og fedme. Det er sannsynlig at dette også gjelder barnebefolkningen.

– Vi vet lite om forekomst hos barn i Norge. Mye av grunnen til det er jo at vi har sluttet med målinger av høyde og vekt etter førskolekontrollen. Nå er dette heldigvis kommet i gang igjen slik at vi fremover vil vite mer om utviklingen.

En undersøkelse blant tredjeklassinger gjort i 2008 viser at omlag 18 prosent av jentene og 16 prosent av guttene i tredje klasse defineres som overvektige. Av disse har en mindre andel fedme. Tallene går fram av Folkehelseinstituttets undersøkelse ”Barns vekst i Norge”.

– Barn har andre BMI-grenser enn voksne. Det er det viktig at helsepersonell tar hensyn til når de skal tilrå tiltak.

Prosjektet Aktivitetsskolen, som også har fått med Tromsø kommune, har som hovedmål å finne ut hva som virker, og skal ikke i utgangspunktet ha fokus på årsaksforhold.

– Mange familier med overvektige barn opplever mye skam og ikke alltid særlig forståelse fra sine omgivelser på at de strever og prøver så godt de evner å få gjort noe med situasjonen. Vi må være klar over at vi ikke har full oversikt når det gjelder årsaksforklaringer til fedme og overvekt. Men vi vet at genetisk disposisjon kan forklare mye av den individuelle variasjonen i BMI, i enkelte studier opptil 75 prosent. Det betyr ikke at man ikke kan gjøre noe, men at det må en større innsats til for å hindre ytterligere vektøkning. En del skoler fungerer ikke tilfredsstillende når det gjelder å støtte opp om disse barna. Fortsatt blir barn valgt ut i gymtimene. Vi trenger en holdningsendring her hvis disse ungene skal få gode erfaringer med fysisk aktivitet.

Ønsker 100 familier med

I dag er 44 familier med i prosjektet. Målet er 100 familier.

Deltakerne vil bli delt inn i to grupper. I

gruppe en blir barna og deres foreldre lagt inn på barneavdelingen sammen med andre barn med samme problem. Her får man aktivitet og kostveiledning i eget program. Barna følges opp gruppevis av helsesøster i kommunen og i barneklubben. Barna i denne gruppen får tilbud om tilpassede treningstilbud pr. uke i hjemkommunen. Det ene tilbudet med trener eller veileder til stede. Det andre tilbudet vil foreldrene få ansvar for selv.

I gruppe to blir barnet vurdert og utredet hos barnelege, og får rådgivning hos ernæringsfysiolog sammen med sine foreldre. Barnet følges opp individuelt av helsesøster i hjemkommunen og i barneklubben i samme frekvens og omfang som barna i gruppe en. Begge gruppene er inne på kontroll på sykehus etter tre måneder og så en gang i året i 3 år.

Gruppebasert behandling

– I forprosjektet så det ut til at metoden med tverrfaglig oppfølging i grupper kan ha fordeler, som at foreldre og barn har nytte av å treffe andre i tilsvarende situasjon og at kvaliteten blir bedre når deltakerne får praktisk og teoretisk veiledning fra ulike fagfolk. Hvem som havner hvor, avgjøres med loddtrekning. Havner deltakeren i gruppen som får dagens behandling, vil han eller hun få tilbud om å senere være med i aktivitetsopplegget, dersom det viser seg å ha god effekt.

Som biveiledere har Ane Kokkvoll med seg Trond Fløgstad og Sameline Grimsgaard på UNN. Hovedveileder er Inger Njølstad.

– Jeg har finansiering ut 2011, men trenger nok finansiering ut 2012 for i hvert fall å kunne følge alle familiene til og med 2-årskontrollen. Forhåpentligvis vil prosjektet bidra til å finne fram til behandlingsmetoder som virker og kan være til hjelp for barn med overvekt og deres familier. Det er veldig spennende å jobbe så tverrfaglig som vi gjør i prosjektet. Vi lærer mye om samhandling mellom nivåene i helsevesenet, sier Ane Kokkvoll.

Aktivitetskolen

Disse kommunene er med: Alta, Kautokeino, Lebesby, Sør-Varanger, Vadsø, Hammerfest og Tromsø. Pasientene henvises ikke, men helsesøster eller fastlege kan tipse familier om prosjektet. Ta kontakt med helsestasjon i egen kommune eller prosjektsykepleier ved Hammerfest sykehus som har tlf. 784 21 196.

De som bidrar økonomisk til prosjektet er Helse Finnmark HF, Helse Nord RHF, Landsforeningen for overvektige i Helse- og Rehabilitering, samt Helsedirektoratet og Helse- og Omsorgsdepartementet.

- Ledelsen respekterer ikke oss

Foretakstillitsvalgte over hele landet melder om tøffe tider og en sykehusledelse som ikke er glad i å samarbeide. På Helgelandssykehuset valgte Truls Wright-Nilssen før jul å legge ned vervet i protest. Etter nyttår var han tilbake som foretakstillitsvalgt for overlegene, men sliter med en ledelse han mener ikke respekterer de tillitsvalgte.

Av Tove Myrbakk

Truls Wright-Nilssen startet som foretakstillitsvalgt for YLF ved Helgelandssykehuset i mai 2008.

– Jeg ble da kastet inn midt i lønnsforhandlingene. Forhandlingene var preget av et ganske dårlig forhandlingsklima. Vi opplevde blant annet at arbeidsgiver prøvde å ringe til tillitsvalgte som skulle være med på lønnsforhandlinger og si at de ikke trengte å møte da møtet kun var beregnet på overleger.

Dette opplevde Wright-Nilssen og andre tillitsvalgte på Helgelandssykehuset som et meget alvorlig brudd på hovedavtalen.

– Senere på året skulle vi forhandle særavtaler. Dette ble sluttført i desember 2008. Disse er ennå ikke i tilstrekkelig grad kommunisert ut til avdelingsdirektørene noe som har resultert i at de ikke var tatt hensyn til ved budsjettarbeidet før vi gjorde dem oppmerksom på dette. Lønnsforhandlingene i 2009 foregikk i et noe bedre klima enn forrige gang, men vi opplever til stadighet det som for oss føles som en grunnleggende mangel på respekt. Vi opplever at forhandlingsleder er borte på kurs midt i den mest intense forhandlingsperioden slik at tiden vi har til rådighet blir kortere. Vi opplever også en utstrakt bruk av såkalte hersketeknikker noe som faktisk kan være ganske underholdende så lenge man vet om det.

Arbeidet som hovedtillitsvalgt oppleves langt mer positivt. Han roser avdelingsdirektøren på sykehuset i Mo for inkludering av de tillitsvalgte. Her kjøres det en helt annen linje hvor vi faktisk opplever at man mener alvor når man sier at det er viktig å inkludere de tillitsvalgte.

Dette må vi si oppleves som veldig positivt og jeg tror også at de andre

– I media har foretaksledelsen skrytt av godt samarbeide med de tillitsvalgte. Det står i sterk kontrast til den opplevelsen vi har. Vi har flere ganger måttet søke råd hos Legeföreningen sentralt og jeg må få skryte av alle de dyktige folkene som jobber både her i Nord-Norge og sentralt. Det er stor støtte å få i en meget dyktig konserntillitsvalgt, og jeg må få lov til å takke Margit Steinholt for den jobben som er gjort. I Legeföreningen sentralt er det stor hjelp å få, og det er bestandig lett å få tak i lederne for YLF og OF. Sentralt er det også mange dyktige jurister, men det tar litt lang tid å få skriftlige svar på grunn



Truls Wright-Nilssen er frustrert over en foretaksledelse som ikke respekterer de tillitsvalgte.

av at de har stor arbeidsmengde.

Wright-Nilssen mener fagforeningsdelen av Legeföreningen får for lite fokus, noe han tror skyldes store ambisjoner innen helsepolitikk.

– Jeg mener ikke at Legeföreningen ikke skal være en tydelig aktør innen helsepolitikk, men fagforeningsdelen av foreningen må få nok ressurser. De fleste andre fagforeninger med en viss størrelse har frikjøp av sine tillitsvalgte. Dette bør også brukes i større grad av Legeföreningen. Slik det er nå må mye arbeid gjøres på kveld- og nattestid, sier Truls Wright-Nilssen. Jeg synes også at de kursene som kjøres av legeföreningen sentralt og ute lokalt har meget høy kvalitet. Dette gir en ekstra inspirasjon for å fortsette som tillitsvalgt. Synes også det er meget positivt at de som sitter i sentrale posisjoner tar seg tid til å reise ut. Det er veldig nyttig for oss som sitter ute lokalt. Når det gjelder en del av kursene og for eksempel tariffkonferanser som kjøres som helg på danskebåten skulle jeg ønske at man kunne kjøre disse andre steder også. Det er lett for de som jobber på østlandet å stikke en helg når man kan kjøre til båten etter jobb fredag, men det tar litt lenger tid for oss som må bruke hele fredagen på reising. Da er det ofte at man blir nødt til å droppe slike konferanser, noe som er synd da det er viktig i forhold til lønnsforhandlinger.



En fornøyd gjeng etter tillitsvalgtkurs i Bodø og Mosjøen. Fra v. Arne Refsum, Hege Gjessing, Karin Rø, Bjørn Ove Kvavik og Beate Sørsllett.

Mangler sentrale

Flere helseforetak i nord mangler sentrale tillitsvalgte. Dette bekymrer Legeforeningen. Fortsetter utviklingen mister legene som gruppe en viktig mulighet til å påvirke både egen arbeidssituasjon og nord-norsk helsevesen.

Av Tove Myrbakk

Ønsket om å rekruttere flere tillitsvalgte i nord var nok medvirkende til at responsen var særdeles positiv da Nordland Legeforening tok kontakt med OF og YLF for å få til et Trinn 1-kurs i Bodø og Mosjøen i januar. Før jul var det tillitsvalgtkurs for leger på UNN i Tromsø med god deltakelse. Denne gangen var det tillitsvalgte på Nordlands-sykehuset og Helgelands-sykehuset som fikk besøk av Hege Gjessing, Arne Refsum og Bjørn Ove Kvavik. I tillegg var Karin Rø fra Villa Sana med og ga gode råd om hvordan man best håndterer stress i en travel legehverdag.

Urimelige jobbkrav

– Fast jobb er den aller viktigste saken for YLF nå, og jeg har tro på at vi skal klare

å få dette gjennomført i min periode som YLF-leder, sa Hege Gjessing.

Hun melder om en klar økning av slitne lege og medlemmer som ikke tør å ta opp ting med ledelsen av frykt for at vikariater plutselig skal ta slutt.

– Mange opplever å være i en skviset situasjon, noe som er uholdbart i lengden. Vi må få plass at leger sikres fast jobb. Slik det er nå kan leger risikere å være uten fast jobb som førtiåring. Hvilken annen yrkesgruppe ville godta dette?

På mange av foretakene er trenden at slitne leger tvinges til å ta vakansvakter.

– Noen steder orker noen ikke lenger å ta telefonen når sykehuset ringer. Det er arbeidsgivers ansvar å få tjenesteplanen til å gå opp. Vi kjenner som leger et stort ansvar

for våre pasienter, men dette må ikke misbrukes av sykehusledelsen. Vi mener også at arbeidsgivere vil ha stor glede av å ansette legene fast fordi det vil gi økt mulighet til planlegging og forutsigbarhet. Legene vil føle sterkere tilknytning til jobben sin og det vil gi positive effekter

Hege Gjessing og Arne Refsum understreket viktigheten at det å stå sammen som legegruppe og være solidarisk.

– Det er tøffere for en fersk assistentlege å stå i mot urimelige jobbkrav enn det er for erfarne overleger. Her er det viktig å støtte hverandre.

Hjelp til stressmestring

I Nord-Norge mangler både Helse Finnmark HF og UNN HF foretakstillitsvalgte



På Nordlandssykehuset møtte mange engasjerte tillitsvalgte opp for å lære med om avtaler og lovverk.

tillitsvalgte i nord

for overlegene. På Nordlandssykehuset ble Cecilie Fiva i november "valgt" på et møte der fem overleger møtte, og på Helgelands-sykehuset trakk foretakstillitsvalgt for OF seg fra vervet for en tid siden på grunn av samarbeidsproblemer med ledelsen. Han har nå påtatt seg vervet videre fordi alternativet uten foretakstillitsvalgt ville bli håpløst.

Det er lett å gå seg vill i alle avtalene som gjelder for leger som jobber på sykehus. I tillegg til de mange sentrale avtalene kommer B-delsavtaler som forhandles lokalt på det enkelte foretak. Her er det tildels store forskjeller på hva det enkelte foretak med sine tillitsvalgte har fått inn i sine avtaler.

– Hvis det buttrer mot eller det ikke oppnås enighet under lokale forhandlinger er det

bare å ta kontakt med oss. Vi kommer mer enn gjerne oppover og hjelper til, sa både Gjessing og Refsum.

Spørsmål om arbeidssted og ambulering ble mye diskutert på kurset for tillitsvalgte på Nordlandssykehuset. Arbeidsgivere over hele landet ønsker å få på plass fleksible arbeidsavtaler der legene forplikter seg til å jobbe på flere sykehus i samme foretak.

Ikke godta fleksible avtaler

– Arbeidsgiver har full anledning til å inngå individuelle avtaler om tjenestested og her er det viktig at dere passer på å ikke skrive under på arbeidsavtaler som åpner for dette. Det er også viktig at hver enkelt lege tar ansvar for forsvarligheten når en godtar unntak fra vernestemmelsene. Arbeidsgiver

har virksomhetsansvar, men legene har også et individuelt ansvar.

Forhandlingsavdelingen opplever at en del medlemmer får problemer knyttet til graviditet og vikariat.

– Legeforeningen har vunnet flere saker i likestillingsnemnda de siste årene. Flere foretak i nord og ellers i landet har fått knallhard kritikk for sin håndtering av gravide ansatte. Jeg kan skjønne at det på enkelte avdelinger blir problematisk når flere leger blir gravide samtidig, og her må ledelsen på foretaket ta tak og gjøre noe aktivt. Kanskje kan foretaket budsjettere med en pott som avdelinger kan søke ekstratilskudd fra.

De vanskelige valgene

– For å gi pasienter en verdig død må vi leger noen ganger tre til side og la naturen gå sin gang. Trøste og lindre er ofte det eneste vi kan gjøre ved livets slutt.

Av Tove Myrbakk

Hvordan skal en behandle alvorlig syke og døende pasienter i livets slutfase? Når skal man avslutte behandling? Dette er medisinske og etiske dilemmaer mange leger står i. Disse vanskelige valgene blir ikke lettere av en medisinsk utvikling i turbofart. Hvor går egentlig grensen for medmenneskelighet?

120 på debattmøte

3. februar inviterte Oslo og Nordland Legeforening til debattmøte om et tema som tydelig engasjerer. 120 mennesker presset seg sammen i kantina i Legenes Hus for å høre Inge Lønning, Trond Markestad, Per Schioldborg, Pernille Brusgaard og Sven Haakon Urving innlede om sine tanker rundt overbehandling og eutanasi.

– Det å avslutte livet hos en pasient er det tøffeste man som doktor kan oppleve. Nesten en umulig oppgave. Slik må det være. Ingen sjablongmessige forskrifter kan gjøre dette lettere, sa Sven Haakon Urving, som til daglig er seksjonsoverlege på intensivavdelingen på Nordlandssykehuset i Bodø.

Mangeårig stortingspolitiker og teolog Inge Lønning tok for seg tendensen til at legerollen flytter fokuset bort fra det å trøste og lindre til å helbrede.

– Kanskje er utviklingen gått litt for langt i retning helbrede til fortregsel for de to andre. Begrepet trøste har mistet mye av innholdet sitt. Men hva har vi til syvende og sist å tilby en døende pasient annet enn lindring og trøst?

Lønning frykter at forestillingen om at et gammelt menneskes hjelpeløshet er uverdig får fotfeste.

– Da har vi et farlig tankegods i møte med de demografiske endringene vi har i samfunnet.



Pernille Brusgaard vil ha heltidsansatte sykehjemsleger som klarer å stå i mot nytteløs behandling av døende eldre pasienter.

Forbereder pasientene på døden

Av de 42 000 dødsfallene vi har i Norge pr. år skjer 40 prosent på sykehjem. Pernille Brusgaard er sykehjemslege på Smestadhjemmet i Oslo og bruker helt bevisst inntakssamtalen til å snakke om døden med pasienter og pårørende.

– På sykehuset har noen av våre pasienter blitt forespeilet at sykehjemsoppholdet er et ledd i rehabiliteringen, og at de skal komme hjem igjen. Vi må bruke mye ressurser på å snu forventningene om evig liv til å forberede dem på at de skal dø.

Brusgaard høstet stort engasjement i salen, og flere sykehjemsleger tok opp frustrasjoner rundt intensivmedisinske proaktive behandling av eldre og syke pasienter.

– Det å ha en holdning til å avslutte behandling er en viktig legeoppgave, sa leder av Rådet for legeetikk Trond Markestad. Han har vært med i arbeidet av ny veileder for beslutningsprosessen som skal ligge til grunn for begrensning av livsforlengende behandling

hos alvorlig syke og døende. Denne høstet mange lovord i salen.

– Vi må tenke gjennom hva som er viktig og riktig å gjøre i pasienters siste leveår. Som leger må vi klare å stå i mot en for aktiv behandling når denne er nyttesløs og bare er med på å forlenge lidelsen, sa Morten Laudal.

Flere tok til orde for mer allmennt medisinsk forskning. Det hersket stor enighet om at mye av overbehandling skjer i beste mening og at man trenger å vite mer om hva som virker og hvilken behandling som er fånytt.

Må holde debatten levende

Marit Falch var en av de unge legene som var til stede på møtet. Hun beskrev to sterke pasientskjebner, og fikk fram noen særdeles vanskelige etiske dilemmaer.

– Jeg håper på en levende debatt fremover både i Legeforeningen og i de enkelte kollegium. Det er viktig at vi ikke slutter å diskutere disse vanskelige tingene.

Kirurg Lars Ivar Grømer var en av de som deltok i debatten som også tok opp eutanasi.

– Jeg ville aldri blitt lege hvis aktiv døds-hjelp var et premiss. Hvis vi skal gjenopprette tilliten pasientene må ha til legen som bidrar til å lindre når det nærmer seg slutten, må aktiv døds-hjelp aldri bli en del av det norske helsevesen.

Per Schioldborg fra Foreningen for en verdig død sto ganske alene om sitt positive syn på aktiv døds-hjelp, men viste til at medisinstudentene og unge leger er langt mer liberale i sin holdning til eutanasi enn sine eldre kollegaer.

– I Europa er det sterke bevegelser i retning av å godkjenne aktiv døds-hjelp. Det må også Legeforeningen ta inn over seg.



Et flott panel som skapte engasjement i salen. Fra v. Inge Lønning, Per Schioldborg, Pernille Brusgaard og Sven-Håkon Urving. Trond Markestad var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Innkalling til årsmøte i Finnmark Legeforening

Det innkalles herved til årsmøte i Finnmark legeforening
Fredag 19.03.2010. kl.17.00. – 19.00.
Sted: Rica Hotel, Karasjok

Saksliste:

1. Godkjenning av møteinnkalling og dagsorden
2. Valg av møteleder og referent
3. Godkjenning av referat fra medlemsmøtet i Pasvik 13.11.09.
4. Årsmeldinger
5. Regnskap 2009
6. Budsjett 2010
7. Valg
8. "God ledelse som middel for å få til god samhandling",
innlegg ved Generalsekretær Geir Riise, Legeforeningen
9. Høringsuttalelse til Lokalsykehusstrategien
10. Evt.

Vel møtt!

*Vennlig hilsen
Anne Grethe Olsen
Leder FLF*

Årsmøtepapirer blir å finne på www.legeforeningen.no/finnmark før årsmøtet.
Saker som ønskes tatt opp må være styret i hende før 5. mars.

Trenger **handling** nå

Helsevesenet er i skvis mellom økonomi og en befolkning som forventer stadig bedre helsetjenester. Politikerne skygger banen når noe skal prioriteres ned, og det nasjonale rådet som skal bistå deltar for lite i den offentlige helsedebatten.

Av Tove Myrbakk

I slutten av januar inviterte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering til konferanse for helse og utvikling på Oslo Plaza. For 2010 skal rådet drøfte saker knyttet til rehabilitering, kreftscreening, rusfeltet, innføring av protonterapi, prioritering i kommunehelsetjenesten, samt geografiske forskjeller i behandling og ulikheter i praksis. Rådet har vært kritisert for å konsentrere seg om en liten pasientgruppe som ikke er av verdi for allmenn- og bredtjenestene.

Helseledere som ukeavisa Mandag Morgen har intervjuet savner råd og prioriteringer som dreier seg om behandling av svake grupper som rus, psykiatri og alder. Tross kritikken mener flere at rådet har en viktig funksjon som stadig blir viktigere fremover.

Skal være i front

Helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen tok i sitt åpningsforedrag opp nødvendigheten av gode helseregistre.

– Jeg ville aldri tilgi noen dersom personvernet skulle være til hinder for muligheten til å få riktig behandling av beste kvalitet. Regjeringen vil ha helsetjenester som ligger helt i front medisinsk og teknologisk. Men noen muligheter må av og til velges bort, mens andre må styrkes. Slike valg må baseres på god kunnskap og gode dialoger med alle som er involvert. Pasientgrupper som ikke har sterke organisasjoner og pressgrupper til å tale sin sak, skal ha de samme tilbudene som andre grupper. Det er utfordringen vi alle må ta på alvor i prioriteringsdebatten.

Ministeren snakket lite om samhandlingsreformen, men tok opp noen av prioriterings- og fordelingsprosmålene som må diskuteres før reformen skal på plass i 2012.

– Det kan være økonomiske prioriteringer, både i statsbudsjettet og i kommunebudsjettene. Beslutninger om hva kommunen skal tilby av tjenester og hva som skal ligge til spesialisthelsetjenesten blir sentralt og man må finne gode strategier for rekruttering av



Helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen vil ha helsetjenester som ligger helt i front medisinsk og teknologisk, men noen muligheter må av og til velges bort.

helsepersonell.

Vil støtte opp om rådet

Strøm-Erichsen håper at rådets drøftinger fremover vil legge et godt grunnlag for riktige prioriteringer i de samlede helse- og omsorgstjenestene. Hun selv lover å støtte opp under de vanskelige valgene som helseledere må ta. I løpet av året skal regjeringen legge fram Nasjonal helse- og omsorgsplan som en stortingsmelding.

– Den skal bli et viktig redskap for riktige prioriteringer i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektør Bjørn Inge Larsen er leder for det nasjonale rådet, og tok opp et fremtidig scenario med en presset helseøkonomi og mangel på helsepersonell.

– Helsebudsjettene vil komme under stadig mer press. En viktig grunn til dette er det store antall nye årsverk vi må ha inn på alle nivåer for å klare med økningen av antall eldre. I dag sysselsetter helsevesenet 11 prosent av befolkningen. Er det realistisk å tro at vi skal få enda flere unge inn i helse- og omsorgsyrkene fremover? Personellet vårt går ut av arbeidslivet som 58-år i snitt. Personlig ser jeg det som et privilegium å stå i arbeid til jeg er 70 år. Er det mer helse å hente ved å forlate arbeidslivet tidlig? Det tror jeg ikke.

Hva gjør folk friskere?

Han mener helseledere og politikere har for stor oppmerksomhet på om helsetjenestene går i balanse og for lite på om helsetjenestene gjør folk friskere og vinner gode leveår.



Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen er også leder av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Han mener ledere først og fremst bør måles på om de leder en faglig god helsetjeneste

– Ledere bør først og fremst måles på om de leder en faglig god helsetjeneste. Prioritering er et lederansvar som til syvende og sist forankres i nasjonal politisk ledelse. Debattene om prioritering må foregå overalt, og ikke i det skjulte. Bare slik kan vi få tillit til debattene og konklusjonene som må fattes.

Inge Lønning var invitert for å gi noen historiske betraktninger på prioritering.

– Mange tror at vi startet prioriteringsdebatten for 25 år siden på grunn av økonomi. Det er historisk sett helt feil. Utgangspunktet var en konferanse om etikk og medisin i 1985 der jeg tok opp maktfordeling som grunnleggende for prioritering. Skaper dette likeverd eller forsterkes forskjellene?, spurte jeg. Statssekretær Astrid Nøkleby-Heiberg var til stede og tok kontakt med meg dagen etter for å drøfte en mulig utredning om prioritering.

Utvalget for Lønning I-utvalget definerte noen overordnede prinsipper som skulle ligge i bunn for fordeling av ressurser i helsevesenet.

Skal ikke overta menneskets liv

Lønning mener det utydelige helsebegrepet må bære mye av skylden for folks umettelige forventninger til helsevesenet.

– WHO's definisjon av helse beskrev noe som ikke er realiserbart ved politiske

virkemidler. En må klargjøre at man snakker om er utopi her, ellers er man dømt til å mislykkes. Jeg tror helse er menneskets evne til å mestre de påkjenninger som livet gir. Helsevesenet skal ikke og kan ikke overta menneskets liv.

Lønning II-utvalget ble bedt om å beskrive det som hadde skjedd i kjølvannet av den første utredningen.

– Ingenting hadde skjedd. Skjevhetene i forhold til psykisk helsevern og kronikergruppene som vi hadde pekt på i første utredning hadde blitt enda større på ti år. I den neste utredningen fikk vi på plass noen prioriteringskriterier, men lite har skjedd de 13 årene som har gått. Vi foreslo en gjennomgang av hele egenbetalingssystemet som er et lappverk den dag i dag. En bevisst bruk av egenbetaling kan være et verktøy som gjør det mulig å iverksette det man politisk blir enige om å prioritere.

Trenger handling nå

Professor Stein A. Evensen sier klart nei til et nytt Lønning III-utvalg. Selv satt han i Lønning II-utvalget og var en del av mindretallet.

– Vi trenger handling nå. Ikke flere utredninger. Mange av de verktøyene vi etterlyste for 13 år siden er på plass. Nå handler det om

hverdagsprioritering og en forståelse for prioriteringer på begge sider av svingdørene.

Evensen mener det er uhørt at pasientene møter den minst erfarne helsearbeideren på akuttmottaket.

– I mottakelsen ville det vært ønskelig med en erfaren allmennpraktiker som kan gi råd når det er tvil om innlegging er nødvendig. De spesialiserte seksjonene på sykehusene gjør det i dag vanskelig å se over hekken til sidemannen.

Evensen mener gruppeprioriteringen svikter. Det som hjelper den enkelte og de sterke er den beslutningen som ligger på bordet foran legen. Spesialistene har ikke vært pålagt å se helheten.

– I alt for mange år har ekspertene fått lov til å holde blikket på sin egen kjerneinteresse uten å ta hensyn til andre pasientgrupper. De psykisk syke og de geriatriske pasientene oppnår i dag ikke en minimumsstandard. Rådet for kvalitet og prioritering bør få et større armslag for å kunne ta prioriteringsdebatten på det nivået der mikrobeslutninger tas, sa Evensen.

Mangler verktøy for HF-prioriteringer

Sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen på UNN tok for seg hva han mener blir de største prioriteringsutfordringene i den norske helsetjenesten de nærmeste årene.

– Prioritering skjer på ulike nivåer; mellom regioner, mellom klinikker og avdelinger, og mellom pasientgrupper. På UNN mangler vi skikkelig verktøy som kan gi oss objektive svar på hva vi skal prioritere opp og hva som skal prioriteres ned. Det er vanskelig å vite om fordelingen av ressurser internt mellom avdelingene er korrekt.

Ingebrigtsen tok også for seg den nasjonale nordområdepolitikken som krever at nordnorsk helsevesen organiserer seg slik at de takler et svært desentralisert næringsliv.

– Det krever at vi prioriterer en beredskap som koster mye. Det mener vi ikke er godt nok ivare tatt av den nasjonale prioriteringen mellom regionene, sa Tor Ingebrigtsen.

Se mer på:

www.kvalitetogprioritering.no
www.mandagmorgen.no og
temanummeret "Hvem skal ut?
Helse-Norge foran tøffe
prioriteringer."



Her er Ole Kristian Losvik sammen med teamet i Vietnam.

- Godt å se at det **nytter**

Halvparten av pasientene i Irak har en transportvei til sykehuset som er over tre timer. Mange av dem har det dobbelte og mer enn det. Da er prehospital smertelindring viktig. Ole-Kristian Losvik i Tromsø forsker på hva smertelindring betyr for skadde pasienter i fattige land.

Av Tove Myrbakk

Losvik er 5. års medisinstudent på forskerlinja og ansatt i ¼ stilling på Tromsø Mineskadesenter. Han er utdannet journalist, og jobbet en del i år nord-norske medier før han bestemte seg for å skifte perspektiv og endte opp på medisinstudiet.

– Det angrrer jeg ikke på. Høyt produksjonspress gjør det vanskelig å drive med større saker, og man blir sittende med mange saker der man ikke får gått dypt nok.

Erfaringene fra journalistrykket kommer allikevel godt med under forskningsarbeidet han er involvert i gjennom mineskadesenteret. Dokumentasjon er som kjent en sentral del av all type forskning, og på de internasjonale prosjektene Losvik er involvert i for tiden bruker de mye video, tekst og bilde.

Stort forskningsmateriale

Allerede som ganske fersk student kom

Losvik i kontakt med mineskadesenteret i Tromsø. Han ble overrasket da han fant ut at senteret var en del av UNN.

– Jeg ønsket meg et internasjonalt prosjekt, og det var litt tilfeldig at dette ble knyttet opp mot mineskadesenteret. Men i dag er jeg veldig fornøyd med å få ta del i det store internasjonale nettverket deres, og ikke minst det store forskningsmateriale som er tilgjengelig blant annet gjennom 15 års kompetansebygging og forskning i blant annet Irak.

Losvik roser modellen som mineskadesenteret bruker i mange av prosjektene, og som han har sett med egne øyne fungerer veldig godt. Modellen er en stegvis kompetansebygging over flere år der de dyktigste paramedicerne tar over som instruktører og lærer opp både lokale førstehjelpere i landsbyene og også nye paramedicere.

– Spesielt har dette vært viktig i de nye

krigene der det nesten ikke er tilgang på humanitære ressurser. Da er det viktig med en modell hvor kompetansen er plantet langt ut på landsbygda.

Selv har han fokus på smertelindring prehospitalt i sin forskning.

– Smertelindring har vist seg å være en viktig del av de enkle tiltak som må til for å stabilisere pasienten før sykehus. Tidligere har man hatt litt ensidig fokus på det humanistiske, noe som selvsagt også er viktig. Men det viser seg at det går bedre med de pasientene som får rask smertelindring prehospitalt.

Kirurg i Nord-Norge

– Hvordan ser planene ut fremover?

– Dette året skal jeg prøve å få gjort mest mulig av forskningen unna. Sisteåret på medisinstudiet krever mye, og da er det ikke plass til så mye annet. Hvis jeg ikke klarer å



Ole-Kristian Losvik vil velge en spesialitet som kan brukes internasjonalt, men satser på å jobbe på et nord-norsk sykehus.

bli helt ferdig vil jeg kanskje utsette turnus til etter prosjektet er ferdigstilt. Etter den tid blir jeg nok å finne som lege på et nord-norsk sykehus. Hvilken spesialitet jeg ender opp med vet jeg ikke ennå. Jeg tenker på kirurgi etter å ha vært innom både indremedisin og anestesi. Men jeg velger nok en spesialitet som kan brukes internasjonalt.

– Nytter det?

– Ja, det gjør det. Da senteret startet i Irak for 15 år siden var dødeligheten på 35 prosent. Etter bare et par år falt denne ned til 10 prosent. I dag er rehabilitering blir en del av prosjektene. I Kambodsja er det et lite proteseverksted som lager proteser som det går an å produsere lokalt for en rimelig penge.

Røde Kors har også proteseverksteder, men de har valgt dyre vestlige standarder og det blir derfor høye kostnader og mange må vente måneder for å få tilpasset disse. I vårt prosjekt i Kambodsja tilpasses protesen allerede på operasjonsbordet, og det er enklere å komme seg hjem når man kan gå. Utenriksdepartementet og UNN støtter lojalt opp om senterets prosjekter økonomisk.

– En av grunnene til at UD fortsatt bidrar er helt sikkert at vi har dokumentert veldig mye av den jobben som gjøres. UNN har også lang tradisjon for å støtte humanitære aksjoner, sier Ole-Kristian Losvik.

Tromsø Mineskadesenter

TMC er et aksjonsforsknings-senter i traumatologi som drives i samarbeid med Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Tromsø.

TMC er anerkjent som "WHO Associated Center" og har som målsetting å utvikle og utprøve behandlingsmetoder og modeller for traumesystem i fattigland.

Deres eksplisitte målsetting er å ikke drive dyre nødhjelpsprogram under kontroll av vestlig "ekspertise" – men å styrke det lokale medisinske nettverkets evne til å "stå han av" i krig og katastrofer.

TMC driver forskningsprogram på høyt internasjonalt nivå innen prehospital skadeomsorg, primær skadekirurgi, posttraumatisk rehabilitering, posttraumatisk malaria, og mørdredødelighet. Programmene er av multi-sentertype og drives i nært samarbeid med helsemyndighetene og forskningsmiljø i Afghanistan, Kambodsja, Nord Irak, Vietnam og Iran.

TMC utvikler læremodeller og læremidler for bygging av landsbybaserte skade- og rehabiliteringssystem. TMCs lærebøker er tilgjengelige på følgende språk: burmesisk, khmer, vietnamesisk, farsi, pashtun, kurdisk, spansk, portugisisk, engelsk og arabisk.

Les mer på
<http://www.traumacare.no/>

Ønsker pilot i Nord-Norge

Lokalforeningene i Nord-Norge er positive til stortingsmeldingens ønske om å styrke primærhelsetjenesten, men mener dette bør prøves i pilotprosjekter og gjerne i Nord-Norge.

Av Tove Myrbakk

God faglig kvalitet i alle ledd må være det overordnede mål uansett organisering av helsetjenesten, mener lokalforeningene i en felles uttalelse som er levert president og generalsekretær, og som de tar med seg til Legeforeningens høringsmøte med HOD.

Forholdene i Nord-Norge er annerledes enn i sentrale strøk geografisk og demografisk. Det er mange små kommuner, og store deler av befolkningen har flere timers reisetid til nærmeste sykehus. Av den grunn eksisterer allerede en primærhelsetjeneste som utfører mange oppgaver som i andre deler av landet henvises til spesialisthelsetjenesten.

– Vi er bekymret for fastlegeflukt fra distriktene dersom det opprettes nye fastlegehjemler i stort omfang i sentrale strøk. Kommunene har allerede problemer med å få besatt eksisterende fastlegehjemler, og opprettelse av nye fastlegehjemler vil ikke løse rekrutteringsproblemene. Utstrakt bruk av vikarer gir erfaringsmessig økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det er behov for rekrutterings- og stabiliseringstiltak som retter seg mot distriktene.

En så omfattende endring som samhandlingsreformen legger opp til bør prøves ut med pilotprosjekter, mener lokalforeningene som var samlet på felles møte i Oslo i begynnelsen av februar.

– Nord-Norge er et egnet område for en slik utprøving. Pilotprosjektene bør gjennomføres med forutsigbare økonomiske rammebetingelser. Man bør i forkant av pilotprosjekt ha klare kvalitetsindikatorer for senere evaluering. Det er hensiktsmessig at man kjører pilotprosjekter både i distrikt og sentrale strøk, slik at man kan evaluere bredt hvordan samhandlingsreformen fungerer. Mulighet for å revidere punkter i samhandlingsreformen før den gjennomføres i landet som helhet er viktig. Det må være rom for lokale tilpasninger. Kommunens økonomiske ansvar må knyttes opp mot medisinsk kompetanse. Kommuneoverlegens rolle som medisinsk faglig rådgiver må derfor styrkes.

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

Fastlege Ingar Vold,
Tlf. 76 08 19 10 (hjemme)
Tlf. 908 77 293 (mobil)
Tlf. 76 05 64 20 (Stamsund legekantor)
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

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: anefage@online.no

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

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

Eldrid Liljedal, allmennpraktiserende lege,
Målseiv helsecenter, 9325 Bardufoss,
tlf. jobb: 77832500, privat: 77831386,
E-post: eldril.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

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

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

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

Troms:

Finnmark:

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



Are Helseth
Storingsrepresentant (AP)

Kirurgi og politikk

Jeg takker stortingskollega Ingalill Olsen for utfordringer og muligheten til å skrive i bladet. Hele mitt voksne liv har jeg arbeidet i helsetjenesten med blant annet kreftforskning, klinisk arbeid som kirurg og de siste ti årene som leder i Helse Øst organisasjonen og ved Først Medisinsk Laboratorium. Det er en sammenheng mellom å være engasjert dokter og være opptatt av samfunnet rundt seg. Dette trakk meg mer og mer inn i politisk arbeid og med et godt valgresultat i høst ble jeg i høst fast møtende vararepresentant for statsråd Anniken Huitfeldt.

Det er betydelige forskjeller mellom akademisk, klinisk og politisk logikk. Mens man i akademisk sammenheng kan lande problemstillinger med testing av gode hypoteser og statistisk metode, kan man i politikken diskutere og stå på hver sine hypoteser uten å kunne lande. Det kan vel sies at hypotesene blir testet og godtatt eller forkastet ved valgene annethvert år.

Ett eksempel fra helsepolitikken på motstridende hypoteser er når opposisjonen gjentar og gjentar at Arbeiderpartiet er allergisk mot private løsninger. Dette stemmer ikke, men det er riktig at Arbeiderpartiet velger organisatoriske løsninger som støtter våre mål for helsetjenesten på kort og lang sikt. Et likeverdig helsetjenestetilbud for alle innbyggere kommer ikke av seg selv. Vi vet det

er betydelige sosiale ulikheter i fordelingen av god helse. For oss er arbeidet mot sosial ulikhet i helse en hovedoppgave slik at alle skal få lik mulighet til mange gode leveår. For å klare dette kan ikke politikken abdisere. Politikken må ha en tilstrekkelig nærhet til helsetjenestene selv om feltet er politisk krevende. Politisk nærhet gjør at vi får godt innsyn i tjenestene og kan korrigere kurs når det er nødvendig.

Moderne helsetjenester er vanskelig å styre i alle land, bl.a. fordi kunnskapsutviklingen er akselererende. I 1945 fikk Alexander Fleming Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av penicillin. I år går Nobelprisen i medisin til forskere som har funnet ut hvordan små molekyler beskytter arvestoffet i cellene. I dag kan vi kjøpe en penicillintablett på nærmeste apotek for 2 kr. Samtidig er ny og avansert behandling ofte svært kostbar, og vil utfordre vår solidariske bæreevne i årene som kommer. Bæreevnen trues av stigende kostnader og i enda større av utfordringen knyttet til å rekruttere og utdanne nok helsepersonell.

Derfor er gode organisatoriske løsninger viktig. Arbeiderpartiet ønsker å bruke et bredt spekter av tjenesteleverandører i helsetjenesten når dette støtter visjonen om likeverdige tjenester og gode leveår for hele befolkningen. Derfor er norsk helsetjeneste både offentlig

og privat. De offentlig organiserte tjenestene dominerer innen akuttmedisin og avansert spesialisthelsetjeneste, samtidig som private fastleger dominerer i førstelinjetjenesten. Mer enn ni av ti fastleger er selvstendig næringsdrivende. Fastlegene står for 13 millioner konsultasjoner hvert år. Til sammenlikning var det mindre enn 4 millioner besøk ved somatiske sykehuspoliklinikkene.

Innholdet i stortingsarbeidet svinger med sesongene. I høstsesjonen er statsbudsjettet den store saken. Jeg sitter i helse- og omsorgskomiteen og vårt budsjett er på ca 130 milliarder kroner, ett av de største. I vårsesjonen vil stortingsmeldingen om samhandlingsreformen være den store saken i komiteen. Her er jeg saksordfører. Meldingen har en god statusanalyse av utfordring i helsetjenesten og beskriver hovedgrep for forbedringer. Komiteen arbeider med saken i en åpen politisk hverdag med høringer, møter, debatter og vi mottar en mengde innspill. Jeg vil derfor oppfordre alle som har synspunkter om å la sin stemme høres.

Takk for spalteplass til disse refleksjoner. Jeg sender utfordringen videre til generalsekretæren i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Frode Jahren.

Fersk kjøtt og suppe

Denne gangen satser vi tradisjonelt og byr på fersk kjøtt og suppe til middag og Dronning Mauds dessert til etterpåkos. Ta utgangspunkt i 4 personer.

1,2 kg storfe med bein, høyrygg eller bog
1 ½ l vann
1 ts salt
150 g hodekål
3 stk. gulrot
100 g knollselleri (sellerirot) eller persillerot
1 stk. purre
½ ts pepper
Løksaus

1 stk finhakket løk
5 dl kraft fra steken
2 ss hvetemel
½ dl kaldt vann
2 ts eddik
3 ts sukker

Slik gjør du:

Kok opp vann og legg kjøttstykkene i så hele som mulig. La vannet koke opp igjen og skum godt av. Dryss over salt og legg i det grønne av purren. La det trekke under lokk til kjøttet er mørt, ca 1.5 time. Skum godt av fettene med en øse. Grønnsakene vaskes, renses og deles i terninger. Kålen strimles fin opp. Ha grønnsakene i gryten. La alt trekke til grønnsakene er møre ca 10 minutter. Mens grønnsakene trekker, sil opp ca 5 dl kraft fra suppen og lag løksausen. Når grønnsakene er ferdige, smaker du til suppen med salt og pepper. Ta opp kjøttet og skjær det i skiver før servering. Server med løksaus eller sursøt saus uten løk.

Fremgangsmåte løksaus:

Kok opp hakket løk og kraft. Rør hvetemelet ut i ½ dl kaldt vann og rør meljevningen inn i kraften. La sausen trekke i ca 10 minutter. Smak til med eddik, sukker, salt og pepper. Løksausen serveres varm ved siden av kokte poteter, kjøtt i skiver og grønnsaker fra suppen.

DRONNING MAUDS DESSERT

INGREDIENSER:

200 g mørk kokesjokolade
5 gelatinplater
1/2 dl vann
5 eggeplommer
5 ss sukker
6 dl kremfløte
1/2 dl portvin

FRAMGANGSMÅTE:

Riv sjokoladen. Legg gelatinen i bløt i kaldt vann cirka 2 minutter. Visp eggeplommer og sukker til stiv eggedosis. Visp fløten og bland den forsiktig inn i eggedosisen. Tilsatt portvin eller sherry. Klem ut vannet fra gelatinen og smelt den i varmt vann. Rør gelatinen forsiktig inn i fromasjen. Legg fromasj og revet sjokolade lagvis i glassbolle. Avslutt med sjokolade. La desserten stivne i kjøleskap før servering.

Lykke til.

Tove Myrbakk

Forsker på **fiskehelse**

På 80-tallet var det stor mangel på patologer i hele Norden. På et privat sykehus i Bombay jobbet det på den tiden en ung patolog som ikke så seg lett forbalt. Heller ikke på om nytt arbeidssted lå noen tusen mil unna. I dag er Anil Amin pensjonist og forsker på fiskehelse i Bodø.

Av Tove Myrbakk

– Drivkraften min har alltid vært ønsket om å lære nye ting. Faglig var jeg på 80-tallet godt forankret i Bombay med en far og en eldre bror som også var patologer. I 1978 etablerte min far et privat laboratorium som den dag i dag er anerkjent som ett av de beste i India.

En anestesikollega av han, som opprinnelig var fra Sandnessjøen, hadde fått beskjed om å prøve å få med seg patolog tilbake fra India. Amin syntes det hørtes spennende ut, og i 1982 begynte han på patologisk avdeling på sykehuset i Bodø som en av to utlendinger på sykehuset. Den andre var afrikansk og sjef for patologisk avdeling.

Støtte fra Tromsø

– Han var veldig dyktig, men dessverre forlot han Bodø bare ett år etter at jeg kom. Jeg ble da eneste spesialist på avdelingen, og det var ikke fritt for at det ble presset på for å flytte hele avdelingen sørover. Heldigvis hadde jeg støtte fra professor Jørgensen fra Tromsø som kom inn ukentlig og støttet helhjertet opp om arbeidet på avdelingen.

Amin var ikke bekymret over arbeidsmengden. Hjemme i India var det vanlig med 14 timers arbeidsdager. I Bodø ble det ikke særlig mindre, spesielt de første årene. I dag er det ansatt 6 overleger og 2 assistentleger på patologisk avdeling ved Nordlandssykehuset, noe Amin har vært sterkt medvirkende til.

– Jeg hadde gode muligheter til å flytte sørover både på 80-tallet og 90-tallet. Større faglige og indiske miljøer fristet, men jeg har trivdes godt både på avdelingen og på sykehuset.

Manglet fiskepatolog

Noen år etter ankomst i Bodø kom Amin i kontakt med Birger Wilhelmsen, byveterinær i Bodø kommune og Robert Eliassen fra Høgskolen i Bodø. De manglet fagfolk på fiskepatologi, og Amin var ikke sen om å ta utfordringen. Han spesialiserte seg innen fiskepatologi, noe som brakte han både til Skottland og USA. I 1987 etablerte han akvapatologisk laboratorium i Bodø etter initiativ fra Høgskolen i Bodø, lokalisert på sykehuset. Hans kone som er utdannet bioingeniør fra USA har vært daglig leder på laboratoriet. Siden har Amin vært involvert i flere forskningsprosjekt i samarbeid med Høgskolen i Bodø og Universitetet i Tromsø.



– Det er ikke store forskjellen på menneske og torsk under mikroskopet, sier Anil Amin.

– Det er ikke store forskjellen på menneske og torsk under mikroskopet.

Da han så at det mangler en del basiskunnskap på området skrev han like godt en lærebok. Histologisk atlas er nå utgitt både på norsk og engelsk, og med bildetekster på fire språk. Høgskolen i Bodø er i disse dager klar med en webversjon på intranettet for studenter. Dette er det eneste histologiske atlaset i verdensmarkedet.

I 2008 gikk han av med pensjon, men jobber fremdeles med fiskepatologi som førsteamanuensis. Her har han vært veileder for tre doktorgradsstudenter og to mastergradsstudenter.

– Det er spennende. Jeg opplever noe nytt hele tiden.

Gjesteforeleser i India

Da Doktor i Nord var i kontakt med Amin var han nettopp kommet hjem fra et to måneders besøk i India. Her har han vært gjesteforeleser, og er engasjert i opplæring av spesialistkandidatene i patologi på sykehuset i Mumbai. Dette gjør han som frivillig arbeid og helt gratis.

– Jeg har behov for å betale litt tilbake til landet mitt. Det kan jeg gjøre ved å dele min,

medisinske kunnskap med indiske legestudenter. Spesielt innen mammografi der vi er langt fremme.

– Du har ikke vurdert å flytte tilbake til India?

– Nei, jeg og kona har et godt liv i Norge. Hun er utdannet bioingeniør. Hun har nå gått av med pensjon. Jeg føler meg litt fremmed i India. Mye er forandret på de 28 årene som er gått siden vi kom hit. Egentlig er jeg vel inder anno 1982. Det er langt fra det samme som å være inder anno 2010. I Norge er jeg på bølgelengde med min generasjon og nordlendinger er enkle og jordnære folk som ikke er ulik oss indere.

– Har du ikke lyst til å være vanlig pensjonist?

– Jeg vil gjerne jobbe, men ønsker ikke å jobbe full tid. Heldigvis fant jeg en nisje innen fiskepatologi. Man trenger noe som er intellektuelt stimulerende også som pensjonist. Det har jeg her. Og om sykehuset trenger meg er det bare å ringe. Jeg stiller, sier Anil Amin, som takker kona for god støtte gjennom mange år.

Hvordan beholde gløden?

– Tenk nøye over hvilken medisinsk spesialitet du velger. Det har store innvirkninger på fremtidig familieliv og fritid. Skjerm hobbyer og andre ting som gir glede og energi. For å holde et langt legeliv er det viktig å ha interesser utenom jobb.

Av Tove Myrbakk



Steinar Jæger delte erfaringer fra sitt lange legeliv med kollegaer og medisinstudenter på medlemsmøte i Bodø i januar. – Sørg for å ha det gøy på jobb og på fritiden.

Dette var noe av budskapet som Knut Kjerpeseth og Steinar Jæger ønsket å dele med kollegaer på et medlemsmøte i Bodø i januar. De var inviterte av Nordland Legeforening til å snakke om hva som bidratt til at de har beholdt gløden i et langt legeliv. Steinar Jæger er egentlig pensjonist fra Nordlands-sykehuset, men jobber rundt 70 prosent en stund fremover for å avhjelpe situasjonen på avdelingen sin. Han tror mange av hans kollegaer er dårlig forberedt på pensjonisttilværelse, og at mye av grunnen til dette er at de ensidig har hatt fokus på jobb over veldig mange år. Da blir livet som pensjonist tomt. Selv tror han at livet etter jobben skal bli godt, og han har mange prosjekter som trenger hans tilstedeværelse.

– Jeg har hatt og har det fremdeles gøy på jobb. Det har vært viktig for at jeg har holdt ut. Og i tillegg har jeg alltid hatt interessert på fritiden som har krevd meg, og som har gitt meg energi. Som pensjonist har jeg kjøpt

med et kirkeorgel som jeg skal spille mye på fremover.

Knut Kjerpeseth har fremdeles mange år igjen i arbeidslivet, spesielt fordi han har planer om å jobbe til han blir 70 år.

– Det jeg vil si til dere som er unge og i starten av legelivet er; Bruk litt tid på å tenke før du velger spesialitet. De ulike spesialitetene har ulike vaktkrav, og det kan være viktig spe-

sielt i deler av livet. Som småbarnsfar var det veldig greit å jobbe i psykiatrien som gjorde det mulig å dra hjem hver ettermiddag.

Karin Rø fra Villa Sana snakket mye om livshendelser og hvordan dette innvirker på jobben.

– Mange leger ønsker ikke at alvorlige livshendelser skal gå ut over jobben. Men selvfølgelig gjør det det noen ganger. Vi er som andre folk her, og noen ganger blir det totale bildet av jobb- og familiekrav for mye, også for oss, sa Karin Rø til de rundt 45 som deltok på medlemsmøtet.

Det første du må lære er være der du er, og ikke være der hvor du i grunnen ikke er.

Baloo

Bekymret over uvitenheten



Trond Egil Hansen er redd for at den økonomiske risikoen for små kommuner lett kan bli stor etter samhandlingsreformen.

Trond Egil Hansen deltok på medlemsmøtet og tok for seg samhandlingsreformen som han ikke har tro på vil legge noen demper på utgiftsveksten i helsevesenet.

– Jeg tror at noen av hovedgrepene i reformen vil kunne gi bedre helsetjenester, men er det realistisk å tro at dette vil begrense veksten av utgifter i det totale bildet? Troen på forebyggende tiltak i helsevesenets regi er også sterkt overdrevet fra myndighetenes side. Vi vet at det aller meste av det helsefremmende arbeidet foregår utenfor helsevesenet, og vi mennesker vil bli syke på slutten av livet uansett.

Hansen mener en gjennomgang av ansvar og oppgaver blir sentralt i det videre arbeidet med reformen. Han frykter at den økonomiske risikoen for små kommuner lett kan bli for stor.

Hansen er bekymret over den manglende kunnskapen både departement og direktorat har om primærhelsetjenesten. I februar skal sentralstyret ha seminar med komiteen på Stortinget, men departementet har i stor grad stengt sine dører for Legeforeningen.

– De holder kortene tett og jobber uten innspill fra oss. Det kan fort bli problematisk hvis de skal sikre gode utredninger. Man etterspør ikke den kunnskap de mangler, og det er skummelt.

I tillegg tok Hansen opp at slagordet ”ingen nye legestillinger i spesialisthelsetjeneste” må bort, fastlegeordningen må videreutvikles og finansiering må understøtte prioritering, kvalitet og oppgavefordeling.

Helse Nord RHF

og Nord-Norge



Lars H. Vorland
Adm. direktør
Helse Nord RHF



Eva Håheim Pedersen
Adm. direktør
Helse Finnmark HF



Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør
UNN HF



Eivind Solheim
Adm. direktør
Nordlands-
sykehuset HF



Jan Erik Furunes
Adm. direktør
Helgelands-
sykehuset HF

Hvilket oppdrag har spesialisthelsetjenesten i 2010?

I spesialisthelsetjenesten er Oppdragsdokumentet etter hvert blitt et kjent begrep. Hva er Oppdragsdokumentet, hvilket formål har det og hva inneholder det?

Det er to forskjellige oppdragsdokument. Helse- og omsorgsdepartementet stiller gjennom Oppdragsdokumentet midlene som Stortinget har bevilget til Helse Nord RHF til disposisjon for det regionale helseforetaket. HN RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som er stilt til rådighet. Sagt på en annen måte så er oppdragsdokumentet en del av den demokratiske styringen av helsetjenesten. Dokumentet bidrar til at Helse Nords oppdrag, tiltak og strategier er forankret i nasjonalt helsepolitikk og representerer politisk styring med vår virksomhet.

Egne oppdragsdokument for HFene

Så lager også Helse Nord RHF et Oppdragsdokument for 2010 til hvert av helseforetakene. Her konkretiseres oppdraget fra Helse Nord RHF til helseforetakene for ivaretagelse av sørge-for-ansvaret for befolkningen i regionen. Dokumentet inneholder også Helse Nord RHF's eierkrav overfor helseforetakene. Dette handler om organisering, teknologi mv. Det er nær sammenheng mellom budsjettet til helseforetakene og Oppdragsdokument 2010.

Oppdragsdokumentet uttrykker Helse Nord RHF's prioriteringer innen rammen av nasjonal politikk og de ressurser som er stilt til disposisjon for foretaksgruppen. Tiltak som bidrar til bedre samhandling i hele behandlingsskjeden prioriteres høyt i 2010. De nasjonale og regionale satsningsområdene psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kronikeromsorg har høyt fokus gjennom de krav som er stilt til helseforetakene. Økning i aktivitet skal fortrinnsvis skje innen de prioriterte områder.

Styringsbudskap for 2010

Samhandling i hele behandlingsskjeden priorite-

res høyt i 2010. Samhandlingsreformen forventes å gi nye utfordringer og krav. Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet har flere krav knyttet til samhandling, både i forhold til å lage formelle organisatoriske enheter for samhandlingen og i forhold til utvikling av samhandling rundt pasientforløp.

Prioriteringsveilederne inneholder kriterier til bruk i prioriteringsvurderingene. De setter veiledende krav til frister for behandling og overholdelse av disse skal føre til at fristbrudene og ventetiden går ned. Dette tydeliggjøres i oppdragsdokumentet spesielt i forhold til områder hvor vi har særlig lang ventetid som innenfor psykisk helse og TSB. Statsbudsjettet legger opp til en økt aktivitet innen dag- og poliklinisk behandling på 2,5 %. Denne økningen har vi stilt krav om fortrinnsvis skal tas ut i økt virksomhet innen psykisk helsevern, rus og kronikeromsorg. Aktivitetsøkningen på øvrig virksomhet skal fortrinnsvis tas innen de prioriterte områder og områder med lang ventetid (f. eks. ortopedisk kirurgi).

Dagens sykehusstruktur og innholdet i tjenestene må utvikles forhold til de krav og utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor. Helseforetakene må videreføre arbeidet med prosesser for å utvikle en struktur som så langt mulig er tilpasset ny kunnskap og hensynet til god kvalitet på tjenestene. Nivådeling av intensivenhetene og innføring av regionalt traumesystem skal sikre en mer bærekraftig struktur i framtiden.

Innholdet i tjenestene forandres raskt og medisinsk utvikling krever at ny kompetanse implementeres og utvikles på en rekke områder. Det vil derfor være helt nødvendig å styrke kompetansebyggingen i helseforetakene i årene framover. Personalet har behov for både vedlikehold og utvikling av kompetansen, og det må avsettes ressurser for å sikre at tjenestene har rett kompetanse på rett plass. Det stilles krav om deltagelse i utvikling av strategisk kompetanseplan for foretaksgruppen.

Verdibasert hverdag

Arbeid for å få ned sykefraværet har høy prioritet, og det er konkretisert måltall for det enkelte HF. Det skal gjennomføres en kartlegging av årsaker til og volum av sykefraværet, og det skal utvikles handlingsplaner med målrettede tiltak for å redusere sykefraværet.

Det skal gjennomføres en prosess som alle medarbeiderne skal involveres i, der verdiene Kvalitet – Trygghet - Respekt defineres på alle nivåer i organisasjonen. Prosjekt Verdibasert hverdag skal bidra til å bygge en felles organisasjonskultur gjennom økt oppmerksomhet om verdier og etikk.

Framtidens Oppdragsdokument

Det arbeides nå på høytrykk i stortingets helse- og omsorgskomite med å ferdigstille innstillingen om Samhandlingsreformen. Fra 2012 blir det endringer i ansvarsforhold, arbeidsdeling og finansiering mellom kommuner og helseforetak. Skal vi unngå at dette blir et "svarteperspill" blir kravet til samordning av utviklingen mellom kommunesektoren og helseforetakene mye mer nødvendig enn i dag. Skal vi få det beste ut av reformen må tjenestene i økende grad henge sammen. Helsetjenesten (kommune- og spesialist) kan da sammenlignes med en kropp hvor det kommer signaler og styringsbudskap sentralt fra og hvor de to hendene, kommune og spesialisthelsetjenestene, må fungere koordinert skal dette bli bra for pasientene og for vår felles økonomi. Kommunene er politisk styrt lokalt og kjennetegnes av stor grad av autonomi samtidig som de paradoksalt nok også ofte opplever seg som "offer for ytre krefter og omstendigheter. Spesialisthelsetjenesten er politisk styrt sentralt med regionalt samlet ansvar og ledelse. Disse to systemene skal fra 2012 fungere sammen. Er tiden da kommet for ett felles oppdragsdokument til kommuner og helseforetak fra kommunal- og regionaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet på sentrale områder?

Lars Vorland

