FORUM FOR **YNGRE**
LEGER

Nr. 5
desember
2012

MAGASIN FOR YNGRE LEGERS FORENING

Syk humor

Kollektivet om grenser for hva man kan tulle med
Side 28-30

NY TURNUSORDNING
Side 7

INTERVJUET: ARBEIDSMEDISINER ARVE LIE
Side 10-11

EUROPEAN JUNIOR DOCTORS – NOE FOR YLF?
Side 12-13

BILAGET: SPESIALISERING
Side 17-20

Nr. 5, oktober 2012

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

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

Ylfs styre er ansvarlig utgiver.

Redaktør
Hanne Støre Valeur
hannevaleur@gmail.com

Layout
Stian Wendelborg
stianwendelborg.com

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

Design
torfinn.offernes.com

Trykk
07 Gruppen

Foto forside
Hanne Støre Valeur

Øvrige bidragsytere
Adina Welander
Anne Hilde Røsvik
Richard André Våge

Redaksjonen avsluttet:
23. november 2012.
Dødlinje for nummer 1 i 2013:
26 januar.

Godt nytt turnusår

I høst har nok en gang turnustjenesten skapt både engasjement, uro og avisoverskrifter. Denne gangen er det særlig overgangsfasen fra gammel til ny ordning som har vært i fokus. De som treffes av overgangsordningen opplever stor usikkerhet for tiden etter at eksamen er avlagt en gang rundt jul. Legeforeningen og Ylf har møtt Helsedirektoratet flere ganger for å drøfte overgangsordningen. Vårt hovedbudskap har vært fortgang i prosessene og tydelig informasjon ut. I begynnelsen av november kom en gledelig beskjed: fristene ble fremskyndet betydelig i forhold til det som var antydet. I disse dager er søknadsprosessene til restplasser etter jul godt i gang. Ylfs representanter i Legeforeningens turnusråd, Anja Fog Heen og Odd Bjørn Salte, skriver i dette nummeret om hvordan den nye ordningen blir når den trer i kraft i løpet av 2013.

Selv om det har vært, og fremdeles er, stor uenighet i Legeforeningen om hvordan den nye turnustjenesten skal organiseres, så har det vært bred enighet om at de faglige rammene må videreføres og at fagligheten må videreutvikles og forbedres. I tiden fremover vil det fremdeles være nødvendig å følge opp organiseringen og nøye evaluere hvordan de nye ordningene med søknad og autorisasjon etter studiet slår ut. Men vi må ikke glemme at Ylf-medlemmer er viktige premissleverandører for fagligheten i turnustjenesten. Mange leger i spesialisering er veiledere for turnusleger. Den jobben må vi gjøre godt! Det fortjener turnuslegene våre!

Richard Andre Våge har vært turnuslege på Haukeland Universitetssjukehus og gjennomførte der en spørreundersøkelse blant turnuslegene om hvordan de ble faglig ivaretatt. Resultatene er ikke direkte oppløftende. Selv om slike undersøkelser ikke innfrir de strengeste vitenskapelige krav, så er denne typen undersøkelse en viktig og nyttig tilbakemelding. Både sykehusledelsen og vi bør ta med oss hva turnuslegene sier til oss gjennom denne spørreundersøkelsen.

Johan Torgersen
Leder

johan.torgersen@legeforeningen.no

Til slutt vil jeg ønske alle medlemmer en riktig god jul og et godt nytt år!

Yngre legers forening

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

Ylfs sekretariat
Bjørn Ove Kvavik, sekretariatsleder
bjorn.ove.kvavik@legeforeningen.no

Charlotte Nielsen, konsulent
charlotte.nielsen@legeforeningen.no

Synne Bjørvik Staalen, rådgiver
synne.bjorvik.staalen@legeforeningen.no

Styret
Johan Torgersen, leder
johan.torgersen@legeforeningen.no

Anja Fog Heen, nestleder
anjaheen@gmail.com

Marie Skontorp
marieskontorp@gmail.com

Arild Hagesveen
arild.hagesveen@hotmail.com

Tonje Tvinnereim
tonje.tvinnereim@gmail.com

Fredrik Sund
fredrik.sund@unn.no

Arne Carlsen
arne.carlsen@lyse.net

Odd-Bjørn Salte
oddbsalte@gmail.com

INNHOLD

INTERVJUET: ARBEIDSMEDISINER ARVE LIE

Odd Bjørn Salte er på jakt etter harde fakta rundt legers arbeidsbelastning. Side 10-11

EUROPEAN JUNIOR DOCTORS – NOE FOR YLF?

Ylf er i dag ikke medlem av denne europeiske samarbeidsorganisasjonen for leger under utdanning. Men kanskje burde vi være medlem? Marie Skontorp har vært i Malaga og observert EJDs årlige møte og rapporterer derfra. Side 12-13

HELSEBIBLIOTEKET

Hvordan holde seg faglig oppdatert på en effektiv måte? Sjekk ut tips fra Helsebiblioteket. Side 14-15

IDEALISTEN: LEGER UTEN GRENSER

Forum drar i gang en ny spalte hvor vi intervjuer leger som har engasjert seg i ideelle organisasjoner. I dette nummeret treffer vi Håkon Angell Bolkan. Side 24-25

TURNUSTJENESTEN PÅ HAUKELAND

Hvordan står det til med turnustjenesten på Haukeland? Tillitsvalgt Richard Våge har sjekket ut ståa med en spørreundersøkelse og presenterer resultatene. Side 26-27

SYK HUMOR

Forum har tatt en prat med gjengen i «Kollektivet» om hvor grensen går for hva man kan tulle med av sykdommer og elendighet. Side 28-30

DESSUTEN:

06 Ylf-kalenderen
07 Ny turnusordning
08 Faste stillinger – hva nå?
09 Legen som førstesidestoff – Nordlandssykhusskandalen
16 Internasjonalt hjørne: Adina Welander, Sverige
17-20 Napp-ut-bilag: Spesialisering
21 Mitt funn
22-23 Ylfs trinn II kurs i Kristiansand
31 Yngre leger leser
32 Redaktørens hjørne
34 Riskhospitalet

Ylf-kalenderen 5/2012

2012

Oktober

8.-9. Trinn 1 kurs i Kristiansand
10. Møte i Akademikerne helse
12. Møte i Legeforeningens prosjekt om spesialitetsstruktur
15. Møte i helsedirektoratet om turnus
16. Møte om spesialitetsstruktur i helsedirektoratet
18.-20. Møte i European Junior Doctors, Malaga
22. Møte i Helsedirektoratets referansegruppe om turnus
23. Høring i Stortinget om Helsebudsjettet
23. Styremøte Ylf
24.-26. Trinn 2 kurs i Kristiansand
30. Møte i arbeidsgruppe om nasjonal sykehusplan
31. Møte i Helsedirektoratet om turnus

November

1. Leder deltar i debatt om IKT i sykehus, Healthworld konferansen
14. Møte fondsutvalg Fond1
14.-16. Arbeidsmøte med Akademikerne helse, Paris
18. Leder har foredrag for ANSA, Poznan
19. Møte i Legeforeningens prosjekt om spesialitetsstruktur
20. Styremøte Ylf
22. Leder holder foredrag på Overlegeforeningens lederseminar
22.-25. Møte i Comitée Permanente des Medicines Europeen, Kypros
23. Møte arbeidsgruppe om Nasjonal sykehusplan
28. Møte i Helsedirektoratets referansegruppe om turnus
31. Møte i spesialitetsrådet

Desember

3.-4. Hovedavtaleforhandlinger
6. Trinn 1 kurs Trondheim
10. Helsepolitisk seminar i helse Midt-Norge
11. Møte i spesialitetsrådet
11. Møte i Turnusrådet
12. Møte i Akademikerne helse
12. Møte i Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse
14. Styremøte Ylf med juleavslutning
17.-18. Besøk Sykehuset Sørlandet

Januar

3. Møte arbeidsgruppe om Nasjonal sykehusplan
7. Møte i Legeforeningens prosjekt om spesialitetsstruktur
9. Møte forhandlingsutvalg Spekter
9.-11. Møte i Retthjelpsutvalget
15. Styremøte Ylf
17. Legeforeningens lederseminar
29. Møte i spesialitetsrådet

Februar

4. Styremøte Ylf
5.-7. Trinn 2 kurs og tariffkonferanse, Holmsbu

FOTO: KAISERSOSA67, ISTOCKPHOTO.COM

Odd Bjørn Salte

oddbsalte@gmail.com

Anja Fog Heen

anjaheen@gmail.com

En ny turnustjeneste

Ny turnusordning trer i kraft i 2013. Det er lagt opp til overgangsordninger både på kortere og lengre sikt. Utkast til ny turnusforskrift har vært ute på høring, og selv om endelig forskrift ikke foreligger i det dette skrives, er det en del momenter som er relativt sikre allerede nå.

Tjenesten kommer til å bli søknadsbasert, studenter utdannet i Norge får autorisasjon direkte etter endt studium, og ordningen kommer til å inngå som første del av spesialiseringen. Alle som skal arbeide innen allmennmedisin, på legevakt eller i spesialisthelsetjenesten på trygdens regning må ha gjennomført norsk turnustjeneste. Turnusstillingene utlyses og søkes på i en felles søknadsportal. Systemet som blir benyttet heter Webcruiter og er allerede brukt av mange helseforetak til utlysning av andre stillinger. Mye tyder på at utlysningen av søknadene kommer til å skje to ganger per halvår. Plasser som defineres som rekrutteringssvake vil bli utlyst i første omgang, etterfulgt av de erfaringsmessig mer rekrutteringssterke i andre runde. Det er usikkert om dette vil ha den ønskede effekt for å sikre turnusleger til rekrutteringssvake strøk, og det er nødvendig at det gjøres grundige evalueringer av den nye turnusordningen kort tid etter implementering. Det er tenkt en videreføring av dagens fagområder med 2-delt tjeneste bestående av medisin og kirurgi, eller en 3-delt tjeneste med et tredje fagfelt som enten er psykiatri, anestesi, gynekologi eller pediatri. Målbeskrivelsen for tjenesten er foreslått videreført.

Hva så med de som er ferdige med medisinstudiet i starten av 2013? En stor andel av turnusplassene med oppstart 15. februar 2013 er fylt opp av dem som har stått på venteliste i seks måneder. Det er imidlertid ca 70 plasser som fortsatt er ledige etter siste suppleringsvalg, og disse er planlagt å inngå i Helsedirektoratets pilotprosjekt for det nye søknadssystemet. Arbeidssøker og -giver vil ha kort tid på å søke og ansette i denne første pilotrunden. Informasjonen til potensielle søkere på disse stillingene har inntil nylig vært sparsom, særlig med tanke på hvilke frister man har å forholde seg til. Dette er studenter og nyutdannete leger som allerede har måttet forholde seg til mye uforutsigbarhet når det gjelder turnustjenesten, og helseforetakene og de som skal ansette har også fått lite informasjon.

Helsedirektoratet har nedsatt en referansegruppe for den nye turnustjenesten bestående av representanter blant annet fra helseforetakene, KS, Legeforeningen og Ylf. Legeforeningen har vært klare på at et slikt pilotprosjekt må innføres så raskt som mulig for at både sendere og mottakere av søknader skal få lengst mulig tid på seg. På det første møtet i denne referansegruppen ble samarbeidet mellom foretakene og kommunene diskutert, hvilke avtaler som skal lages, hvordan rekrutteringsvake områder skal defineres og hvordan rekrutteringen bør foregå. En rekke forhold rundt utlysningen og ansettelsesprosessen ble også diskutert heftig. Direktoratet kalte så inn til et nytt møte 31.oktober der det nye pilotprosjektet for turnustjenesten ble konkretisert.

Samtlige sykehus som har ledige stillinger la ut stillingsannonser 12. november, og søknader tas i mot fortløpende av sykehusene. Mange søkere registrerte sine CV'er i Webcruitersystemet før stillingene ble utlyst. Dette er nå blitt utvidet til en fullstendig søknadsportal hvor søkerne kan velge hvor de vil søke, komponere sine søknadstekster, legge til aktuelle referanser og lignende. Den 3. desember skal de første svarene på søknader sendes ut, slik at det åpnes for intervjurunder og jobbtilbud. Helsedirektoratet anmoder at arbeidsgivere lager prioriterte innstillingslister, og Legeforeningen har lagt vekt på at de tillitsvalgte må involveres i ansettelsesprosessene. Søkere vil gis et døgn på å svare på tilbud, før arbeidsgiver går videre på sin innstillingsliste. Siste frist for søkere til å svare på jobbtilbud i runde 2, vil bli 12. desember. Dersom stillinger av ulike grunner skulle bli ledige etter denne siste fristen, vil disse kunne besettes fortløpende av sykehusene via et «restetorg» som etableres samtidig. Disse «resteplassene» vil da fungere som ordinære turnusstillinger som godkjennes på lik linje med de som lyses ut i første del av piloten. Det er planlagt en videreføring av dette systemet i den permanente ordningen som følger etter.

På tross av dette mer konkretiserte forslaget, er det stadig mye som er uklart rundt den nye ordningen. Det avventes ny turnusforskrift som forhåpentligvis vil kaste lys på en del av uklarhetene. Dette gjelder særlig forholdet mellom foretak og kommuner, detaljer rundt søknadsprosess, permisjoner og ansettelse. Ylf har hele tiden understreket viktigheten av forutsigbarhet når den nye ordningen trer i kraft, og forventer tidligere og mer informasjon til de som skal søke på stillingene i august enn det vi har sett til nå. Helsedirektoratet har imidlertid allerede invitert til et evalueringsmøte på nyåret der man vil se på resultatene av pilotprosjektet, eller fase 1 som det nå kalles. Den mer permanente ordningen blir til i fase 2. Forhåpentligvis får vi en ordning som flest mulig vil kunne være fornøyde med.

Johan Torgersen

johan.torgersen@legeforeningen.no

Faste stillinger – hva nå?

I Forum tidligere i år hadde vi en lang artikkel om status rundt faste stillinger for leger i spesialisering. Vi hadde fått politisk gjennomslag for hovedprinsippet om fast ansettelse. Spekters arbeidsgruppe hadde lagt frem et detaljert forslag om hvordan dette skal kunne gjennomføres, og vi ventet bare på implementering. Men har noen flere fått fast ansettelse? Ikke så vidt jeg vet. Tvert om opplever vi at arbeidsgiversiden tilbyr stadig kortere varighet på ansettelsesforholdene.

Når jeg gjør min vurdering av denne saken, er det to forhold som står klart frem. Det ene er at fast ansettelse og ryddig stillingsstruktur som skal ivareta god spesialisering er viktigere enn noen sinne. Dette fordi vi nå ser at spesialiseringsforholdene for leger i spesialisering flere steder lider under rotete ansettelsesforhold, kortsiktig tankegang og fokus på drift fremfor spesialisering. Det andre er at mektige aktører i arbeidslivet har vært og er på banen: Anne Grethe Strøm Erichsen har vært tydelig for faste stillinger, Spekters administrerende direktør Lars Haukås uttalte seg i media i sommer og nylig uttalte vår nye helseminister Jonas Gahr Støre seg om behovet for å rydde opp.

Så hvorfor skjer det ikke noe? Arbeidsgiversiden har anført mangler i tariffavtalene og bedt om endringer i blant annet arbeidstidsreglene. Sistnevnte kan ikke vi gå med på. Sykehuseier hører på hva arbeidsgiver sier og toer sine hender for å gå med på noe som arbeidsgiversiden frykter. Ved overgang til fast ansettelses flyttes en byrde fra arbeidstaker til arbeidsgiver. Blir det for mye for en allerede hardt presset arbeidsgiver i sykehusene? Samtidig lever sykehuseier, Jonas Gahr Støre, i dilemmaet med å ikke innføre ordinære arbeidstakerrettigheter for en stor og viktig gruppe ansatte i sykehusene.

I Legeforeningen jobber vi nå på de fronter vi kan for å få fortgang i implementeringen av faste stillinger. Vi følger opp politikere og i media. Vi har også vært partshjelpere i en rettssak om fast ansettelse for leger i spesialisering. Alt ligger nå til rette for oppstart av implementering, men tør helseministeren ta det siste steget snart?

FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/7POSTMAN

Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com

Legen som førstesidestoff

Å våkne opp til avisforsider med ens eget navn og bilde knyttet opp til tabber og pasientskader er dessverre et realistisk mareritt for leger. Klart det selger aviser, men skal vi godta at mediene henger oss ut som enkeltpersoner på denne måten? Legeforeningen mener at denne typen mediedekning må foregå innenfor klare juridiske grenser. Snart skal Legeforeningens jurister i retten for å bistå en lege som opplevde å bli førstesidestoff i en sak hvor ansvaret lå på systemnivå.

Uønskede hendelser og pasientskader er dessverre en del av hverdagen i helsevesenet. Tall fra Helsetilsynet viser at ¼ av leger vil bli innblandet i tilsynssaker i løpet av karrieren. For de fleste vil vissheten om at ens egne handlinger kan ha medvirket til en pasientskade eller død, være straff nok i seg selv. En tilsynssak vil av de fleste oppleves som en belastning. Når også media fatter interesse for saken og velger å gå ut med fullt navn og bilde av de involverte helsearbeiderne, vil belastningen kunne bli ekstrem. Medienes dekning av saken foregår ofte før Helsetilsynets konklusjon foreligger. Dette kan føre til at saker blir feil fremstilt, og åpner for at personer blir uthengt i offentligheten urettmessig.

Pressens Faglige Utvalg hevder i nevnte sak at alle leger tilhører gruppen av mektige samfunnsaktører som må tåle å bli hengt ut. Legeforeningen mener at leger må tåle å bli gransket, i virksomheten, av tilsynet og media, men det finnes visse juridiske grenser. Sofienbergsaken, hvor to ambulansesjåfører ble hengt ut som rasister i media etter å ha gjort en feilvurdering av alvorligheten i en farget manns skader, og et par andre saker, kan tyde på at det er en økende tendens til at enkeltpersoner i helsetjenesten henges ut med bilde, navn og forhåndsdømmende påstander. Utviklingen mot at leger skal måtte tåle å bli utsatt for påstander uten at det er gjort undersøkelser på forhånd, må bremses. Legeforeningens advokater bistår nå en lege som går til søksmål for å markere at media i denne saken har overtrådt en grense.

Nordlandssykehusskandalen

Mange husker kanskje skandalene som ble rullet opp rundt Nordlandssykehuset sommeren 2010. Avisa Nordlands journalister avdekket at det i perioden 2004 til 2010 ble foretatt en rekke kreftoperasjoner ved Nordlandssykehuset i Bodø som etter gjeldende retningslinjer skulle vært utført ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø. Overlege og kirurg Rastislav Kunda og en kollega var blant legene som utførte disse operasjonene. De to legene ble gjennom en rekke artikler uthengt med fullt navn og bilde som ansvarlige for å ha

Lillian Olsen kan ikke tåle behandlingen hun fikk av Nordlandssykehuset. Foto: Helge Grønnes

Ble operert uten å være syk

Og Lillian Olsen (61) fra Bodø er ikke alene. Nå iverksetter Statens helsetilsyn granskning a Nordlandssykehuset for å ha operert uten nødvendige godkjenninger.

FAKSIMILE: AVISA NORDLAND, 26.06.2010

gjennomført operasjoner de i henhold til retningslinjene ikke skulle gjøre. I tillegg ble de beskyldt for å ha fjernet friske organer hos kreftpasienter uten medisinsk indikasjon. Den siste påstanden viste seg å være uriktig. Sykehuset fikk i etterkant kritikk fra Helsetilsynet for systemsvikt, mens de to kirurgene ble frikjent.

Rett før sommeren stevnet Rastislav Kunda Avisa Nordland for Salten tingrett i Bodø. Kunda mener seg ærekrenket av avisa og krever erstatning. Mediedekningen med Avisa Nordland i spissen fikk store negative konsekvenser for Rastislav Kunda. Følgene ble ytterligere forverret i og med at Avisa Nordland heller ikke i etterkant korrigerte det feilaktige bildet de hadde skapt av saken, herunder Kundas rolle i «sykehusskandalen.» Andre medier har derimot gjennom artikler, innlegg, ledere osv i større grad lykkes med å sette saken i et mer nyansert lys. Kunda reagerer på at Avisa Nordland aldri har tatt selvkritikk på måten de omtalte saken på.

Advokat i Legeforeningen, Synne Bjørvik Staalen, skal føre saken på vegne av Kunda.

«Legeforeningens advokater ønsker ikke å forhåndsprosedere saken i media, men vi mener at Avisa Nordland klart har trådt over grensen i denne saken», sier Bjørvik Staalen.

Saken er berammet til 14-17. januar 2013.

Denne saken er basert på en artikkel fra Overlegen 3/2012 ved Anne Kjersti Befring.

INTERVJU

Odd Bjørn Salte

oddbsalte@gmail.com

Er legers arbeidsbelastning en oversett problemstilling?

Vi liker som kjent godt å ventilere våre frustrasjoner over stadig økende arbeidsmengder, stadig økende ansvar og en selvopplevd utvidelse av våre arbeidsoppgaver når vi diskuterer oss kolleger i mellom. Men hva vet vi egentlig? Har arbeidsmengden vår virkelig økt på de siste 10-20 årene? Er det tøffere å være lege i spesialisering i dag enn det var for våre overleger? Nærmer vi oss snart en grense for hva som er forsvarlig arbeidsbelastning for sykehusleger, eller syter vi bare for mye? Jeg tok en prat med en arbeidsmedisiner for å komme nærmere et svar på disse spørsmålene.

Vi vet nå en del generelt om hva som skjer når mennesker jobber for mye, for lenge og for hardt. Vi vet at lange vakter og mye arbeid på natten kan føre til overvekt, søvnproblemer, diabetes og til og med økt kreftrisiko. Vi vet at det kan gå ut over psyken og det sosiale livet utenom jobben med tung arbeidsbelastning. Men vet vi hvordan det står til med legegruppen spesielt? Har det blitt gjort forskning som underbygger det som vi allerede føler at vi vet? Har myndighetene bekymringer som omhandler vår arbeidshverdag, eller bryr de seg kun om hvordan det går med pasientene vi behandler?

Jeg brant inne med en god del spørsmål og ønsket å få litt mer tall og harde fakta på bordet. Derfor tok jeg kontakt med STAMI, Statens arbeidsmiljøinstitutt, som er det nasjonale forskningsinstituttet innenfor arbeidsmiljø og arbeidshelse. «STAMI jobber for et arbeidsmiljø som forebygger sykdommer og fremmer god helse» kan man lese på deres nettsider. Etter en arbeidshelg med to påfølgende nattevakter, fant jeg tid til å intervjue Arve Lie en mandags formiddag. Med to kopper kaffe og et glass Cola innabords, fikk jeg tak i ham per telefon. Arve Lie er utdannet lege og er spesialist i arbeidsmedisin. Dette har han hatt som spesialfelt siden 1978, og han arbeider som overlege ved avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi ved STAMI. Han har arbeidet mye med kartlegging av arbeidsforhold i flere store firmaer og konsern, som blant annet SAS og NSB. Han har vært opptatt av inkluderende arbeidsliv, bedriftslegers rolle i forebyggende medisin og i måter å få ned sykefravær på.

– Hva slags funksjon har STAMI overfor myndighetene? Fungerer dere som et slags rådgivende organ?

– Man kan vel si at vi er Arbeidsdepartementets forlengede arm, og vi mottar penger fra dem til å drive med forskning på temaer som de ønsker å få belyst. De har ganske god kontroll på oss sånn sett, på godt og vondt. Samtidig står vi fritt til å publisere det vi ønsker av resultater som vi kommer fram til. Andre aktører bidrar også økonomisk til arbeid som vi utfører. LO har for eksempel bidratt mye til rapporten om arbeidstid som vi nå jobber med å få oppdatert. Denne tar for seg lange arbeidsdager, skiftarbeid og helseeffekter av disse. Det foregår i det hele tatt ekstremt mye forskning for tiden på arbeidstidsordninger rundt omkring.

Dersom man søker litt på STAMI sine hjemmesider, finner man en liste over tidligere og pågående prosjekter. Blant disse finnes studier på sykepleieres arbeidsmiljø når det gjelder

Arve Lie. Foto: STAMI

kreftrisiko, petroleumsundersøkelsen om skiftarbeid, søvn og helse, og en rekke undersøkelser rundt særlig industriarbeideres arbeidsforhold og disses helseeffekter.

– Hva slags forskning foreligger rundt legers arbeidsbelastning og helse når det gjelder skiftarbeid? Har arbeidsbelastningen hos leger økt de siste 10-20 årene?

– Vi har ikke gjort noen spesifikk forskning på dette som jeg kjenner til, men det har helt sikkert blitt utført andre steder. Jeg kjenner rett og slett for lite spesifikt til dette emnet, annet enn at det etter hvert er velkjent at leger jobber urimelig lenge tatt i betraktning hva vi nå vet om sikkerhet og arbeidstid. Det er etter min mening en del forferdelig dårlige arbeidstidsordninger rundt omkring, og det forekommer «krymping av hviletid» innen en del yrker der det stadig tas mindre hensyn til at hvile i løpet av skiftarbeidsøkter er nødvendig.

– Er det sannsynlig at leger havner i en ganske lik situasjon som sykepleierenår det gjelder lange vakter, skiftarbeid og helserisiko forbundet med dette?

– Det er ikke utenkelig at leger havner i en relativt lik situasjon. Det kan tenkes at leger slipper litt billigere unna enn sykepleiere siden de får sove mer på natten, men dette kan jeg for lite om. Vårt inntrykk er at Legeforeningen selv driver med forskning som belyser disse forholdene via Legekårsundersøkelsen. De publiserer jevnlig og kan sikkert gi mer informasjon rundt dette.

Legeforeningens forskningsinstitutt har siden 80-tallet drevet med undersøkelser om legers arbeidshverdag gjennom Legekårsundersøkelsen. Her har hele kull med medisinstudenter/leger blitt fulgt med spørreskjemaer over tid. Der har man blant annet funnet ut at enkelte psykiske lidelser som depresjon og selvmord er mer vanlige i legegruppen enn ellers i befolkningen. Psykiske problemer har sammenheng med lav arbeidskontroll (autonomi), tidspress og krevende pasientarbeid i følge en del undersøkelser. Det forekommer også selvbehandling i stor grad. Ingen studier etter det jeg kjenner til har tatt for seg hvorvidt legers arbeidsbelastning har økt eller om arbeidstidsordningene vi nå følger kan forbedres på noen måte.

Arve Lie er utdannet lege og spesialist i arbeidsmedisin

– I lys av det du nå forteller, er det da rimelig å påstå at det bør gjennomføres mer forskning på legers arbeidsbelastning og helse under gjeldende arbeidstidsordninger? Er det planlagt slike forskningsprosjekter framover?

– Det burde kanskje vært utført mer forskning rundt dette, men det er ingen planlagte prosjekter etter det jeg vet. Det foreligger noe sånt som ca. 1100 ulike skiftordninger fordelt på ulike bransjer og sektorer, og da sier det seg selv at det er vanskelig å sammenligne slike ordninger.

Det kan synes som om våre myndigheter vet fint lite om vår arbeidshverdag og om hvilke utfordringer vi står ovenfor. Dersom man leser på Arbeidsdepartementets hjemmesider i dokumentet om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og helse i utsatte næringer, bransjer og yrker finner man ingenting om leger under punkt 6.3: «Helse- og sosialtjenester.» Dette har kanskje sammenheng med at vi som yrkesgruppe har relativt lite sykefravær sammenlignet med andre kategorier av arbeidende. Skal vi måtte vente til sykemeldingsratene våre øker, eller til flere tar selvmord som følge av psykiske problemer relatert til yrkesutøvelsen? Foreløpig har vi blitt overlatt i stor grad til oss selv, noe som kanskje er en refleksjon av det inntrykket mange har av oss: En selvstendig, godt lønnet og lite sårbar gruppe som har få, om noen, problemer med vår yrkesutøvelse. Kanskje burde det tas grep før dette utvikler seg i negativ retning. Spørsmålet er om vi igjen må gjøre det selv.

Marie Skontorp

marieskontorp@gmail.com

Europeisk samarbeid blant yngre leger – noe for Ylf?

European Junior Doctors (EJD) er en organisasjon som samler europeiske yrkesforeninger for leger under utdanning. Norge og Ylf er i dag ikke medlem i denne organisasjonen, etter at vi valgte å melde oss ut i 2010 av ulike årsaker. I etterkant av utmeldingen har det skjedd en del endringer i hvordan EJD jobber og drives, og det kan derfor være aktuelt for oss å melde oss inn igjen. I oktober reiste en liten delegasjon fra Ylf for å observere EJDs årlige høstmøte, og dermed danne seg et bedre bilde av hvordan organisasjonen nå fungerer.

European Junior Doctors Permanent Working Group (EJD, tidligere PWG) er et samarbeidsforum for yrkesforeningene for leger under utdanning i Europa. EJD representerer over 300.000 yngre leger fra 19 ulike land. Organisasjonens hovedmålsetninger er å fremme yngre legers interesser ved å utveksle informasjon og utvikle en felles plattform for hvordan yngre legers arbeidsbetingelser og spesialistutdanning skal styrkes, og å arbeide for forbedring i de europeiske lands helsetjenester. EJD møtes til to årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

Utmelding i 2010

Norge var medlem av PWG (Permanent Working Gruop of European Junior Doctors) frem til 2010, men meldte seg ut fordi organisasjonen fremsto som ineffektiv og uten evne til å nå politiske målsetninger på vegne av medlemmene. Dette, i tillegg til at en rekke land som Norge hadde felles interesser med (Danmark, Sverige, Storbritannia) også meldte seg ut, førte til at Norge ikke anså et medlemskap i PWG som forenelig med våre interesser på vegne av Ylfs medlemmer.

Endringer

Siden vi meldte oss ut har det skjedd en rekke strukturelle endringer i organisasjonen. De har endret navn fra PWG til EJD (European Junior Doctors), de har etablert permanent kontor i Brüssel, påvirkning i Europa er høyere oppe på agendaen, og de har organisert en ledergruppe med større bredde hva antall medlemsland angår. Alle disse forhold er i samsvar med ønsker Ylf har hatt for EJD.

NRYL og CPME

En av forutsetningene for utmelding av EJD, var at Ylf skulle sikre økt innflytelse for yngre leger gjennom annet internasjonalt arbeid. Målsetningen var at NRYL (Nordisk råd for yngre leger) skulle bli et forum som de nordiske landene og UK skulle bruke for å påvirke arbeidet i CPME (Comité Permanent des Médecins Européens – Den europeiske legeforeningen). Sistnevnte har ikke hatt særlig stor effekt. Andre land i CPME har stilt spørsmålstegn ved noen lands fravær fra EJD når EJD nå er mer aktiv på den europeiske arenaen.

Var utmeldingen riktig?

Etter utmeldingen har det vært stilt spørsmål ved om det var riktig å melde seg ut. Norge mister informasjon og innflytelse ved å stå utenfor. Vi mister også muligheten til å bidra til å påvirke til at andre lands organisasjoner kan vinne innflytelse i sine hjemland, på samme måte som vi har klart i Norge. Det antas å ha betydning også for norske forhold hvordan andre land i EU organiserer sine helsetjenester, og hvordan yngre leger sikres lønns- og arbeidsvilkår i en slik sammenheng. Flere og flere europeiske leger søker jobb i Norge, og mange norske statsborgere studerer medisin ute i Europa. Arbeidslivstrender treffer ofte land i Europa før de treffer oss, og innsikt i utviklingen ute i Europa vil kunne være fordelaktig for oss på sikt. I europeisk målestokk vil vi kunne oppfattes som arrogante som ikke vil være med i en organisasjon hvor de fleste andre lands organisasjoner har mindre veldrevne foreninger, og ofte dårligere lønns- og arbeidsvilkår for sine medlemmer enn det Ylf i Norge har. Innflytelse i CPME vil trolig kunne oppnås like godt gjennom EJD som utenfor EJD.

Høstens møte

19.-20. oktober hadde EJD et av sine to årlige møter. Møtet var denne høsten lagt til Malaga i Spania. For å kunne gjøre oss opp en bedre mening om hvordan organisasjonen nå arbeider, reiste en nysgjerrig delegasjon bestående av Ruth Foseide Flenning, Anja Fog Heen, Marie Skontorp og Tonje Tvinnereim for å overvære høstens møte.

Første møtedag var avsatt til gruppemøter. Delegatene er delt inn i arbeidsgrupper etter hvor man selv ønsker å bidra. Noen eksempler på hva gruppene ser på er oppgaveglidning, ledelse og E-helse – alle disse er temaer vi også arbeider med hjemme. Disse gruppene arbeider også mellom de to årlige møtene, og kommuniserer sammen via e-post.

Andre møtedag var mer formell og foregikk i plenum. Vi var til stede kun på denne delen av møtet. Flere av sakene ble vedtatt uten særlig diskusjon, og det kunne virke som om debattene allerede var tatt dagen før, noe som var litt uvant for oss. Organisasjonen har den siste tiden forsøkt å arbeide mer aktivt inn mot EUs parlamentet for å påvirke beslutninger som tas der.

Forskjellige land – forskjellige utfordringer

Alle land la fram en oversikt over hva som er de viktigste sakene det arbeides med for tiden. Alle medlemsland har forskjellige utfordringer. Noe kjente vi oss igjen i, mens noen utfordringer er veldig fjernt fra vår hverdag.

Tyrkia har nylig opprettet en fagforening for leger under spesialisering og var på møtet som observatører. De har valgt å distansere seg fra den tyrkiske legeforeningen for ikke og umiddelbart komme i konflikt med myndighetene. Det er ikke lett å ta opp vanskelige problemstillinger når myndighetene uttrykker at de når som helst kan forandre loven og gjøre fagforeninger ulovlige.

Flere av de europeiske landene merker finanskrisen, og flere steder har lønningene blitt redusert betydelig. Dette gjelder blant annet Spania, hvor mange har fått sin utbetalte lønn redusert til halvparten og nå tjener det samme som kjøkkenassistentene på sykehuset. De blir også tilbudt korte kontrakter, noen helt ned på både dags og timebasis.

I Portugal har myndighetene ikke ansatt nye spesialister siden 2005, og leger i spesialisering har ikke fått godkjent progresjon den samme perioden. Det er nå heldigvis inngått avtale om å ansette spesialister og starte opp igjen spesialiseringsløp fra 2013.

I Estland streiker legene sammen med annet helsepersonell for å få økte bevilgninger til helsevesenet, reduksjon i arbeidsbelastning og betalt for arbeidet overtid.

I Nederland blir spesialiseringen av leger betalt av et statlig utdanningsfond, og myndighetene har kommet med forslag om at legene selv skal måtte betale 13 400 euro pr år fordi man mener at legen på sikt vil ha en fordel av å bli spesialist. Et annet alternativ myndighetene har kommet med er å forkorte spesialiseringsløpene.

I Frankrike er man ansett som student fram til man er ferdig spesialist. Man har ingen rett til å forhandle med myndighetene, men har nå fått lov til å være observatør under forhandlingene som den franske legeforeningen gjennomfører. Arbeidstidsregulativet er innført i Frankrike, men dette overholdes sjelden. De yngre legene har gjort en undersøkelse blant sine medlemmer som viser at 20 % ikke får fri etter døgnvakt (75 % av kirurgene), 30 % går vakter uten å få betalt for dem, 80 % arbeider mer enn 48 timer i uken, og gjennomsnittet er 60 timer i uken.

Engasjerte delegater

Det var ikke vanskelig å se at alle delegatene er engasjerte leger som ønsker å arbeide for et bedre helsevesen, bedre arbeidsvilkår og gode spesialiseringsvilkår fra sitt ståsted og sine forutsetninger der de bor. Mye av informasjonsflyten foregår i pauser og under måltidene. Vi fikk en guidet tur rundt i Malagas gater på kvelden, og det var nok ikke guiden som var den som snakket mest i løpet av den lille timen vi spaserte rundt.

Innmelding?

Det er Ylfs landsråd som må ta stilling til om vi skal melde oss inn igjen i EJD. I Sverige gjøres liknende vurderinger nå. Dersom vi skal vurdere å melde oss inn igjen, vil dette ha økonomiske konsekvenser, både i form av medlemskapsavgift og reiseutgifter til de som skal representere oss. Fra tidligere år som medlem i organisasjonen, har Ylf budsjettert med 150.000 kroner til dette formålet. For at vi skal kunne få god valuta for de pengene et eventuelt medlemskap vil koste Ylf, vil det være viktig at vi har engasjerte og flinke folk til å representere oss i EJD – både under møtene og i de ulike arbeidsgruppene. Derfor oppfordrer vi allerede nå Ylfere med interesse for internasjonalt arbeid til å melde seg om de kunne tenke seg å representere Ylf i denne organisasjonen. Frem mot årsmøtet 2013 vil Ylf-styret følge utviklingen til EJD videre og vurdere om vi skal bringe spørsmålet om en eventuell ny innmelding frem for landsrådet.

FOTO: EJD/MARIE SKONTORP

EJD

Stiftet i mai 1976.

www.juniordoctors.eu

Medlemsland: Østerrike, Kroatia, Tsjekkia, Estland, Finland, Frankrike, Georgia, Tyskland, Ungarn, Irland, Italia, Latvia, Litauen, Malta, Nederland, Portugal, Slovenia, Spania, Sveits.

President: Carsten Mohrhardt (Tyskland)

Anne Hilde Røsvik

Prosjektleder Helsebiblioteket.no

Fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap

Trenger du å oppdatere deg på gjeldende behandlingsanbefalinger for prostatakreft, eller ønsker du å lese deg opp på behandling av HIV? På helsebiblioteket.no kan du finne fagstoff innen ditt felt, enten du trenger raske svar på kliniske spørsmål eller du ønsker å fordype deg i fagstoff.

Visjonen bak Helsebiblioteket.no er at ressursene skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap.

Enkel tilgang

Det er gratis å logge seg på Helsebiblioteket.no, og mange av ressursene som finnes på Helsebiblioteket.no er også tilgjengelige for hele den norske befolkningen. Det betyr at så lenge du sitter ved en PC med norsk IP-adresse vil du automatisk få tilgang til mye av det nettstedet har å by på uten pålogging. For eksempel vil alle i Norge ha direkte tilgang til de internasjonalt anerkjente oppslagsverkene *BMJ Best Practice* og *UpToDate*, legemiddeldatabasen *Lexicomp* med *Martindale* og de generelle medisinske tidsskriftene *BMJ*, *JAMA*, *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine* og *Annals of Internal Medicine*.

Legemiddelinformasjon

Helsebiblioteket gir tilgang til *Lexicomp* med *Martindale*, som er en internasjonal legemiddeldatabase med preparatomtaler som oppdateres daglig. Den inneholder også King Guide som

FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/KOKOUU

hjelper deg til å se hva du kan blande i intravenøs behandling. Vi har også søk i norske kilder for legemiddelinformasjon, som Legemiddelhåndboka, Felleskatalogen og Statens legemiddelverk. Vi har kjøpt tilgang til og lenker til kilder som BNF for Children, Cytostaticahåndboken og Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling i *Oncolex*, som inneholder mer enn 600 kurer. Her kan du melde inn kurer, laste ned arbeidsskjema og finne de mest vanlige kurdefinisjoner.

Norske anbefalinger for diagnostikk og behandling

I Helsebibliotekets retningslinjesamling finner du norske anbefalinger. Her får du tilgang til en rekke norske, kliniske retningslinjer som gir anbefalinger for forebygging, diagnostikk og behandling innen de mest sentrale fagfeltene. Flere av disse er gjort om til nettbaserte oppslagsverk.

Handlingsprogram for palliasjon

Ser du på handlingsprogrammet for palliasjon, finner du for eksempel informasjon om hvordan du skal kommunisere dårlige nyheter ved hjelp av SPIKES-protokollen: setting, perception, invitation, knowledge, empathy og summary, samt andre emner som ivaretakelse av ernæringsstatus og den døende pasienten. I tillegg finner du også behandlingsstrategi for vanlige plager som smerter, munntørrhet, kvalme og obstipasjon.

Når det haster

Helsebiblioteket har gjort den oppdaterte NBC (nuclear, biological, chemical)-håndboken om til elektronisk oppslagsverk. Vi har eget emnebibliotek, Forgiftninger, som er for helsepersonell og lages av Giftinformasjonen. Nytt i september 2012 er også at vi har kjøpt nasjonal tilgang til revidert utgave av Legevaktshåndboken.

Prosedyrer

Flere foretak er med i et nasjonalt nettverk som utvikler fagprosedyrer etter strenge kvalitetskrav. Disse publiseres på Helsebiblioteket under fanen «Fagprosedyrer.» Lurer du på hvordan en undersøkelse bør utføres innen kreft, har *Oncolex* prosedyrer som beskriver hvilket utstyr som trengs, fremgangsmåten, illustrasjoner og prosedyrevideoer.

Oppslagsverk og anbefalinger

Det er ikke alle sykdommer og diagnoser som det er laget norske anbefalinger for. Da er det spesielt nyttig å ha tilgang til *BMJ Best Practice* og *UpToDate*.

Disse inneholder omfattende informasjon om de aller fleste sykdommer. Oppslagsverkene har gode illustrasjoner som kan være til hjelp i diagnostikk og behandling. Du kan finne pasientinformasjon på engelsk for de fleste diagnoser, både basalinformasjon om diagnostikk, behandling, vanlige problemer for pasienter og mer dyptgående pasientinformasjon.

Norsk pasientinformasjon

Helsebiblioteket oversetter pasientinformasjon og kvalitetssikrer den med tanke på norske forhold ved hjelp av norske fagfolk. I tillegg lenker vi til Helsenorge.no, som er offentlig nettsted for pasienter. Vi lenker også til Helsefilm og pasientforeninger med informasjon og videoer.

Fordypning

Trenger du utfyllende stoff til oppgaveskriving, foredrag eller for å lage en prosedyre? På Helsebiblioteket finner du også systematiske kunnskapsoversikter. Én kilde som tilbyr slike oversikter og rapporter er *Cochrane Library*, som Helsebiblioteket kjøper nasjonal tilgang til. I Norge produseres systematiske oversikter av *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.

Hvordan følge med på det nyeste som skjer innen ditt fagfelt?

Når du skal sette deg inn i det aller nyeste som produseres innen faget ditt, er det tidsskiftsartikler som gjelder. På Helsebiblioteket finner du en *tidsskriftsbase* med rundt 3000 tidsskrifter i fulltekst.

Dersom du ønsker å lese tidsskriftartikler om en spesifikk problemstilling, men ikke har noen konkrete referanser, er det referansedatabaser som MEDLINE, PubMed, EMBASE m.fl. du bør søke i. I *PubMed* får du direkte fulltekstilgang til de av artiklene som er å finne i de tidsskriftene som Helsebiblioteket abonnerer på. Husk å bruke lenken «Pubmed – fulltekst» fra Helsebibliotekets forside, og se etter et fulltekstikon med Helsebibliotekets logo på.

For å få tips om sentrale, kvalitetsvurderte, nye studier kan du abonnere på nyhetsfeeds fra McMaster og få tips om artikler innen ditt eget fagfelt. Her er både nyhetsverdi og relevans vurdert av fagfolk.

Hva er nytt i oppslagsverket UpToDate?

I tillegg til å følge med i de største tidsskriftene og spesialtidsskrifter, kan du følge med på nyheter innen ditt fagfelt i UpToDate. De samler alle sine nyheter på en egen nettside som kalles *What's new?* Her får du vite hva som er nytt innen fagfelt som geriatri, hematologi, kreft, reumatologi og mye mer.

helsebiblioteket.no

SPØRSMÅL ELLER TIPS

Kontakt gjerne redaksjonen:
redaksjonen@helsebiblioteket.no

Adina Welander

2. viceordförande, SYLF ledamot, Sveriges Läkerförbund

Läs mer på www.sylf.se/ansvar

Forum retter blikket utover og inviterer organisasjoner for yngre leger i nært og fjernt utland til å fortelle litt om hva de driver med.

Det undgår ingen att hälso- och sjukvården i stora delar av Europa står inför stora utmaningar. Befolkningar åldras, den ekonomiska verkligheten kräver åtstramningar samtidigt som den medicinska kunskapsbanken expanderar med en ojämförbar hastighet. Sveriges underläkare vill vara med och driva utvecklingen av vården som måste ske för att möta framtidens krav. Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) lanserade därför i september 2012 projekt: Ansvar, en framtidssatsning med förslag på konkreta åtgärder.

Forskning och ledarskap – det måste börjas i tid!

Inom ramen för projektet arbetar SYLF för att villkoren för underläkare ska förbättras. Att påbörja en forskarkarriär tidigt i läkargärningen bidrar till ett bättre vetenskapligt förhållningssätt, större möjligheter att utvecklas vetenskapligt, patientnyttig forskning och en effektiv utveckling av hälso- och sjukvården. Vidare kräver vårdorganisationen duktiga chefer. Två studier utförda i USA respektive Storbritannien, visar båda på nyttan med läkare som chefer inom hälso- och sjukvården (1,2). Det känns intuitivt, att den som har den största medicinska förståelsen och det medicinska ansvaret också är viktig för ledningen av hälso- och sjukvården. För att kunna bli en riktigt bra chef måste man få möjlighet att börja utvecklas som ledare redan under underläkartiden.

Kombinationstjänstgöringar viktiga för individuell utveckling

Bland de förslag som SYLF lägger fram genomprojekt:Ansvarfinnsenönskanom ett ökat antal forskar-ST, forskar-AT och ledarskaps-ST i samtliga landsting. En kombinationstjänst, som erbjuder läkaren under specialisttjänstgöring (ST) att kombinera sin tid som kliniker med antingen forskning eller chefsuppdrag, är en attraktiv modell. Den erbjuder «hands-on» erfarenhet och möjligheten att tidigt under karriären utveckla de egenskaper som är viktiga för att bli en god chef eller en duktig forskare.

Forskar-ST och forskar-AT

Forskar-ST finns idag i flera landsting i Sverige. Upplägget bygger på att ST-läkaren inom ramen för sin ST-anställning garanteras tid för att bedriva forskning som doktorand eller på postdoktoral nivå. Enligt SYLFs policy skall ST-läkaren erhålla lön motsvarande specialistlön efter 5 år (ordinarie tid för en ST utan avbrott). Liknande kombinationstjänster finns också för AT-läkare (Turnusläkare) på universitetsorterna. Vanligen ingår forskningstid med 2 år för ST-läkare och 6 månader – 1 år för AT-läkare.

Ledarskaps-ST

För den underläkare som intresserar sig för ledarskap och chefskap erbjuds ledarskaps-ST idag i tre landsting. Upplägget liknar det för forskningstjänsterna- tid för utbildning och praktik garanteras. Exempelvis kan underläkaren gå kurser i ledarskap, management, ekonomi och retorik, arbeta som projektledare inom organisationen, eller inneha chefsuppdrag. En stor andel chefer i svensk offentlig sektor går i pension inom 10 år. Det är en utmaning vi måste förbereda oss för redan idag. SYLF föreslår även att det bör finnas en underläkare i varje ledningsgrupp, på samtliga nivåer inom hälso- och sjukvården. Detta för att bidra med medicinsk kunskap inom organisationens ledning. Trots att många AT-läkare och läkarstudenter i enkäter uppger att de är intresserade av att bli chef, sjunker siffran bland ST-läkare och ett allt färre antal läkare är chefer inom sjukvården. Detta är ett problem, anser SYLF, eftersom läkare som innehar den högsta medicinska kompetensen behövs i ledningen av hälso- och sjukvården.

Flexipossibility- att ta tillvara på individens kompetens

Att arbeta deltid för att kunna exempelvis arbeta delvis som chef, arbeta inom näringslivet, att driva eget företag, att arbeta i andra organisationer eller som forskare, är ett sätt för individen att utvecklas. Med de utmaningar som sjukvården står inför, bör vi ta till vara på varje individ, dennes egenskaper, motivation och styrkor. Därför föreslår SYLF att vårdorganisationen uppmanar och bidrar till att varje individ utvecklas, genom flexibla arbetssätt och arbetsformer. Det måste vara möjligt för en läkare att jobba deltid, och synen på bisysslor bör vara positiv.

År 2013 kommer SYLF att aktivt arbeta med de förslag som vi lägger fram i projekt: Ansvar för att dela vår framtidssyn med politiker, patienter och medarbetare inom vården. Vi vill ta ansvar för framtidens hälso- och sjukvård. Nu.

FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/JANRYSAVY

Arild Hagesveen

arild.hagesveen@hotmail.com

FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/GUIDOVROLA

Hvordan bli spesialist?

Reglene for spesialistutdanning finner man i «Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger.» Bestemmelsene ble vedtatt av Helse og omsorgsdepartementet 2. juli 2009 og gjelder for alle spesialiteter. Videre har vi spesialistregler for den enkelte spesialitet. Dessuten har hver enkelt spesialitet en egen målbeskrivelse for faget. Denne målbeskrivelsen er nå under revidering innen hver spesialitet hos de respektive spesialitetskomiteene. På Legeforeningens nettsider under «utdanning» og deretter «spesialistutdanning» finner man nyttige retningslinjer og formularer. Det er viktig å sette seg inn i spesialistreglene på et tidlig stadium i spesialiseringen. Ved uklarheter kan man henvende seg til det lokale utdanningsutvalget på avdelingen eller til Ylf-tillitsvalgt. Alle utdanningsavdelinger skal ha et utdanningsutvalg bestående av lege i spesialisering og overlege. Utdanningsutvalget skal fungere som et bindeledd mellom lege i spesialisering og avdelingens ledelse.

Spesialisering og autorisasjon som lege

Spesialiseringen bygger på norsk autorisasjon som lege og gjennomført turnustjeneste eller likeverdig tjeneste. Det finnes noen unntak som forutsetter at SAFH (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) har samtykket i utsettelse av turnustjenesten: Tjeneste før utført turnustjeneste ved sykehus teller med 1/3 verdi, tjeneste etter ½ års turnustjeneste ved sykehus teller med 1/2 verdi og tjeneste etter ett års turnustjeneste ved sykehus teller med 2/3 verdi. Tjenesten kan også telle med full verdi etter dispensasjon ved ufrivillig utsettelse av turnustjenesten. Når ny turnustjeneste trer i kraft fra 2013 vil tilsvarende denne telle som første obligatoriske ledd i spesialistutdanningen.

Godkjent utdanningsavdeling

Det er et vilkår for å få tellende tjeneste at utdanningen er gjennomført ved godkjent utdanningsavdeling. Godkjente utdanningsavdelinger deles inn i gruppe I- og gruppe II-avdelinger (unntak: psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, patologi, klinisk farmakologi, allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin). Til gruppe I-avdelinger tilhører avdelinger ved universitetssykehus, større sentralsykehus og visse spesialsykehus. Hensikten med gruppe I-tjeneste er å få erfaring fra en akademisk avdeling og således få innsikt i forskningsarbeid. Gruppe II-avdelinger omfatter øvrige godkjente utdanningsinstitusjoner. Vanligvis kreves halvannet år tjeneste på gruppe I-sykehus (unntak: geriatri ett år, og psykiatri, arbeidsmedisin, allmennmedisin og samfunnsmedisin som ikke har gruppe-I). Det er utarbeidet egne krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger. Det stilles bl.a. krav til utdanningsinstitusjonenes struktur, herunder faglige nivå og krav til supervisjon. Videre er det krav til pasientgrunnlag, utdanningsplaner, utdanningsutvalg og veiledningsopplegg.

Godkjent utdanningsstilling

For å få tellende tjeneste, skal utdanningen være gjennomført i godkjent opprettet utdanningsstilling. Stillingen skal ha et NR-nummer (Nasjonalt råd nummer). Unntaksvis kan tjeneste som ikke er gjennomført i godkjent utdanningsstilling telle med til spesialiteten. Ved spørsmål om forhåndsgodkjenning av den enkelte leges utdannelse/tjeneste, prosedyrer og kurs etter gjeldende krav innen den enkelte spesialitet, henviser Helsedirektoratet til Helsepersonellovens § 53 som slår fast at spesialistgodkjenningen skal være en konkret og samlet vurdering. Helsedirektoratet forstår bestemmelsen dit hen at det ikke er anledning til å godkjenne deler av utdanningen underveis i utdannelsesperioden. Det er således ingen offentlig instans som f.eks. kan gi råd om evt kategoriopprykk underveis i utdanningen.

Deltakelse i alle aspekter av tjenesten

For at tjenesten skal telle til spesialiseringen, kreves det at man har deltatt i alle aspekter av tjenesten. Dette gjelder bl.a. full deltakelse i avdelingens vaktplan der hvor slik er etablert. Unntak er gravide i siste trimester, fordi det her foreligger en tariffavtalt rettighet til vaktfritak. Det forutsettes deltakelse i

internundervisning, veiledning og øvrige utdanningsmessige aktiviteter som spesialistreglene krever.

Kurs

Kursdeltakelse kreves i henhold til den enkelte spesialitet, vanligvis 150-250 timer. Det skilles mellom obligatoriske kurs og valgfrie kurs. Kursene skal være godkjent for spesialistutdanning (enkelte kurs er bare godkjent som etterutdanning for spesialister, og ikke som del av spesialistutdanningen). Kurs i administrasjon og ledelse er obligatorisk for alle spesialiteter med unntak av allmennmedisin og arbeidsmedisin. Det kreves også prosedyrelister i henhold til den enkelte spesialitet. Fra 1. mai 2011 er det obligatorisk med nettkurs i sakkyndighetsarbeid for alle sykehusspesialiteter.

Internundervisning

Med internundervisning menes strukturert legespesifikk undervisning på minimum to timer per uke i minimum 36 uker i året. Undervisningen er obligatorisk for lege i spesialisering og skal inngå i legens tjenesteplan. Minst en overlege må delta i undervisningen. Internundervisningen skal bidra til den faglige utviklingen. Undervisningen kan f.eks. inneholde en kombinasjon av problembasert læring, forelesninger, gjennomgang av akuttmedisinske problemstillinger, prosedyrer, pasientkasuistikker og litteraturmøter.

Utdanningsplan

Lege i spesialisering og veileder skal utarbeide en skriftlig individuell utdanningsplan. Denne planen skal gi oversikt over legens bakgrunn, kunnskaper og ferdigheter i forhold til spesialitetens målbeskrivelse. Den skal skissere læringsplan og program for hele utdanningsperioden, og tjene som grunnlag for evaluering av tjenesten. Utdanningsplanen må jevnlig oppdateres. På Legeforeningens nettsider finnes et standardformular for individuell utdanningsplan.

Veiledning

Utdanningsutvalget skal sørge for at det umiddelbart etter tiltredelse i stillingen blir oppnevnt en fast veieleder for den enkelte lege. Veiledningen skal bestå av planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder. Planlagt veiledningsmøte forutsettes gjennomført minst én gang per måned (i enkelte spesialiteter hyppigere). Spesielt i starten av spesialiseringen er hyppige og regelmessige veiledningsmøter nødvendige. Samtalen skal ta utgangspunkt i situasjoner og problemstillinger som man møter i det daglige arbeidet, og innebære en drøfting av handlinger, teoretiske begrunnelser og etiske overveielser. Veileder skal holde seg informert om alle sider ved legens faglige progresjon og funksjon på avdelingen for å kunne gi tilbakemeldinger og råd underveis.

Supervisjon

Lege i spesialisering skal ha fortløpende faglig supervisjon av spesialist. Dette bygger på «mester-svenn»-modellen. Supervisjon er ikke det samme som veiledning. Supervisjon foregår i det daglige kliniske arbeidet. Spesialisten skal fungere som rollemodell for etiske holdninger, kommunikasjon, informasjon og samhandling med andre yrkesgrupper. Dersom avdelingen kun har ansatt én spesialist, må den sørge for vikar i spesialistens fravær.

Fordypningstid

Fordypningstiden er tariffavtalt i A2 § 4-1/ særavtalen i VIRKE § 4-1. Den sentrale avtalen har ikke tidfestet hvor mye tid som skal være avsatt, men at fordypningstiden skal fremgå av tjenesteplanen. B-delsavtalen regulerer hvor mye tid som skal settes av. Flere B-dels avtaler har nedfelt fire timer/ uke. Fordypningstiden skal planlegges mellom legen og veileder og kan inneholde f.eks. litteraturstudier, forskningsprosjekter, praktisk opplæring i prosedyrer, etc. Kursvirksomhet, veiledning og internundervisning er ikke fordypningstid.

Evaluering, faglig progresjon og vurdering av egnethet

Veileder skal i samarbeid med lege i spesialisering fortløpende evaluere den faglige progresjonen i henhold til målbeskrivelsen og den individuelle utdanningsplanen. Det er anbefalt at man innen halvgått tid av tilsettingen på avdelingen, og minst én gang i året (varierer avhengig av spesialitet), oppdaterer den individuelle utdanningsplanen og samtidig foretar en evaluering av legens kunnskaps- og ferdighetsnivå. Evalueringen skal gi grunnlag for nødvendige justeringer i legens egeninnsats, veileders rolle eller avdelingens utdanningstilbud, slik at legen får fylt sitt utdanningsbehov. Det skal også gjøres en sluttevaluering før tjenesten avsluttes på avdelingen. Dersom tvil om tilfredsstilt utført tjeneste, skal det innkalles til et møte mellom legen, veileder og eventuelt andre overleger. Legen skal ha anledning til å ha med tillitsvalgt. Møtet skal protokollføres og resultere i en skriftlig avtale om hvilke tiltak som skal iverksettes for å hjelpe legen. Det kan dreie seg om intensivering av faglig veiledning, systematisk oppfølging av journalarbeid, etc.

Fravær

Utgangspunktet er at alt fravær fra tjenesten går til fratrekk i beregningen – uansett årsak. Dvs. at også svangerskapspermisjon og sykefravær skal trekkes fra tjenesten. Noen vil kanskje si at det er urettferdig at sosiale rettigheter her «brukes i mot

en», men når man ikke er i jobb, er man heller ikke i en aktiv læringssituasjon. Permisjon for kursdeltakelse og permisjon i forbindelse med arbeid som tillitsvalgt i Legeforeningen regnes imidlertid ikke som fravær. Ferie kan ikke tillegges den attesterte tjenestetiden for å forlenge denne dersom ferie ikke ble tatt i løpet av tjenesten. Ferieavvikling gir imidlertid ikke trekk i tjenestetid for ferie som er avviklet, da feriefritid er en rettighet som fremgår av arbeidsforholdet. Dersom man har vært sykemeldt fra deler av tjenesten (f.eks. fra vakter, bestemte arbeidsoppgaver eller fra nattarbeid), blir dette vurdert samlet når spesialistsøknaden vurderes av Helsedirektoratet

Minstekrav til tjeneste/ deltidsstilling

For å få tjenesten godkjent 100 % til spesialiteten er det et vilkår at man har minst 35,5 timers arbeidsuke, eller 37,5 timer hvis det ikke er vakter mellom kl 20.00 og 06.00. 35,5 eller 37,5 timers uke kalles alminnelig arbeidstid. Pliktig utvidet arbeidstid på 2,5 timer (PUA) kommer i tillegg. Dette gjelder uavhengig av lengden på tjenesteplanen. Tjeneste i deltidsstilling kan godkjennes dersom deltidsstillingen er på minst 50 %, men da med tilsvarende redusert verdi. Dette gjelder for hele spesialiseringen. Grunnlaget for 50 % må sees i forhold til en tjenesteplan på 35,5 timer/ 37,5 timer. Det er altså ikke lengden på avdelingens tjenesteplan som er utgangspunktet for deltidsberegningen, men minstekravet til alminnelig arbeidstid.

Minstekrav til varighet på stilling

Tjeneste av varighet under tre måneder teller ikke til spesialiseringen, med mindre den har funnet sted i direkte tilknytning til tilsvarende tjeneste ved samme avdeling.

Utlyst/ ikke utlyst tjeneste

Utgangspunktet for å få tellende tjeneste er at stillingen skal være lyst ut. Det tillates imidlertid inntil tolv måneders tjeneste i ikke utlyst stilling til hovedutdanningen. Sideutdanning og obligatorisk tjeneste i annen spesialitet trenger ikke å være utlyst. Dersom man har vært i et vikariat som har vært utlyst med mulighet for forlengelse, er det anledning til å benytte forlengelse i stillingen for samme periode, men maks. ett år, som utlyst tjeneste selv om sistnevnte tjeneste ikke er utlyst. Dersom det etter utlysning oppstår ledighet i samme type stilling ved avdelingen, vil det ikke være nødvendig å lyse ut denne stillingen for at den skal telle som utlyst. Det er da tilstrekkelig at det gis en henvisning til den utlyste stillingen. Forutsetningen er at det gjelder samme type stilling som er ledig for samme tidsrom, eller for kortere tidsrom.

Konstituering som overlege/ vikariat i overlegestilling

Dersom man som lege i spesialisering konstitueres som overlege ved samme avdeling, vil tjenesten telle med i spesialiseringen. Forutsetningen er at spesialistreglene følges (delta i internundervisning, motta veiledning, supervisjon, mv). Rettigheter som følger av tariffavtale endrer seg imidlertid med stillingskategori. Dette betyr at man ikke lenger har krav på fordypningstid, men at man starter «opptjening» til overlegepermisjon. Den konstituerte overlegen må beholde sitt NR-nummer og skal ikke si opp sin utdanningsstilling.

Forholdet mellom overleger og leger i spesialisering

Det kan ikke være mer enn to tellende stillinger for leger i spesialisering for hver overlege avdelingen har innenfor sin spesialitet.

Forskningstjeneste

Forskningstjeneste kan telle til alle spesialiteter. Hvor mye som er tellende varierer noe fra spesialitet til spesialitet. For medisin og kirurgi teller f.eks opp til 6 mnd. Det kan dreie seg om lege i stipendiatstilling, i fordypningsstilling (forskningsdelen) eller tilsvarende, eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50 % stilling. Forskningstjenesten vil gi tellende tjeneste etter stillingsbrøk. Tjenesten må ha relevans til den medisinske profesjonen og må dokumenteres med attest som beskriver det vitenskapelige arbeidet (rapport, artikkel, avhandling eller lignende), herunder at målsettingen for forskningstjenesten er oppfylt. Forskningstjeneste som er gjennomført før autorisasjon må ha ført frem til en akademisk grad (doktorgrad, mastergrad eller lignende), og det er kun tid brukt til forskningskomponenten i graden (avhandlingen eller oppgaven) som vil telle. Veileder må også attestere hvor mange fulltids månedsverk som er nedlagt i forskningskomponenten i den vitenskapelige graden. Gjennomført forskerlinje som del av medisinstudiet i Norge teller fra 6 – 12 mnd som forskningstjeneste avhengig av spesialitet.

Tjeneste i forsvaret eller tjeneste som sivilpliktig lege

Tjeneste i forsvaret eller som sivilpliktig lege kan telle til spesialiseringen forutsatt at tjenesten fyller spesialistreglenes krav. Det gjøres en individuell vurdering basert på det faglige innholdet i tjenesten og tjenestestedets utdanningsmessige verdi.

Utenlandsk tjeneste

Tjeneste i utlandet anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk spesialitet. Det betyr at utdanningen må være i samsvar med norske spesialistregler. Det gjøres en individuell vurdering.

Grenspesialiteter

For grenspesialiteter innen medisin og kirurgi kreves generell utdanning i den aktuelle spesialitet, samt tjeneste i den aktuelle grenspesialitet. 2 ½ år av grenspesialiseringen kan imidlertid inkluderes i den generelle utdannelsen ved arbeid i godkjent institusjon. I tillegg kommer utvidede prosedyrelister og kurstimer. Krav til gruppe I-tjeneste gjelder også for grenspesialiteten.

Attest

All tjeneste som skal telle i formell spesialistutdanning må være godkjent av avdelingens leder og medisinskfaglig ansvarlig overlege. Dette gjelder også prosedyrekrav, attestasjonsskjemaer og operasjonslister. Det skal fremgå av attesten hvilke deler av faget det er gitt opplæring i, at legen har mottatt veiledning, hvem som er veileder og at supervisjon er gjennomført. Fravær skal føres opp på attesten. Likeså skal det fremgå av attesten om stillingen har vært utlyst. Det må også stå at tjenesten har vært tilfredsstillende utført. Dersom man f.eks. har vært deltidssykemeldt i deler av tjenestetiden, er det viktig at det fremgår av attesten hvilken tjenesteplan man har gått i, og om man eventuelt har vært sykemeldt fra enkelte deler av tjenesten (f.eks. vakter). Slik kan man regne ut om man kan få deler av tjenesten godkjent. All tjeneste skal attesteres på standardattest, som for øvrig er å finne på Legeforeningens nettsider.

Søke spesialistgodkjenning

Ved søknad om spesialistgodkjenning skal skjemaet «Spesialistgodkjenning leger « benyttes. Skjemaet finner du gjennom Legeforeningens hjemmesider under «utdanning», «spesialistutdanning» og «skjemaer.» Attester, kursbevis, operasjonslister, ferdighetslister og sjekklister skal vedlegges. Det varierer fra spesialitet til spesialitet hvilke vedlegg som kreves. Søknaden sendes per post til Helsedirektoratet, postboks 7000, St, Olavs plass, 0130 Oslo. Brevet behøver ikke å merkes særskilt. Da Helsedirektoratet overtok ansvaret for godkjenning av spesialister 1. oktober 2011 ble det innført gebyr for behandling av søknad om spesialistgodkjenning. Gebyret betales direkte inn på Helsedirektoratets konto og merkes med en kode avhengig av formålet med søknaden. P.t. er gebyret for generell spesialistgodkjenning kr 4500,- (kode 900) og grenspesialisering kr 3000,- (kode 910). Det må sendes inn ett søknadsskjema for hver spesialitet man ønsker godkjenning i. Det er ikke anledning til å søke om forhåndsgodkjenning. Søknaden vil først bli vurdert når denne anses komplett. Ved eventuelle mangler vil Helsedirektoratet anmode søker om å komplettere. Helsedirektoratet kan anmode Legeforeningen om faglig vurdering ved behandling av søknaden. Dersom behandlingen tar mer enn en måned, skal Helsedirektoratet sende et foreløpig svar med opplysninger om antatt saksbehandlingstid.

Dersom søknad om spesialistgodkjenning ender med avslag, kan klage sendes Helsedirektoratet innen tre uker etter vedtaket har kommet frem. Hvis Helsedirektoratet ikke finner å endre vedtaket, sendes klagen til Statens helsepersonellnemnd (HPN), som klageinstans.

Helsedirektoratet opplyser at nærmere 80 % av søknadene de mottar (gjelder flere yrkesgrupper) anses ufullstendige. Dersom søknaden har mangler, vil Helsedirektoratet anmode søker om å komplettere denne. Når søknaden er komplett, vil vilkårene for spesialistgodkjenning vurderes. Ved behov for fornyet vurdering av søknaden vil det tilkomme et tilleggsgebyr på kr 1000,-. Les derfor veiledningen på søknadsskjemaet nøye for å unngå unødig tidsspille og utgifter i søknadsprosessen.

HELSEDIREKTORATET

1. oktober 2011 overtok Helsedirektoratet ansvaret for spesialistgodkjenning av leger, tannleger, optikere og for resertifisering av allmennleger. Oppgaven var tidligere delegert til private yrkesorganisasjoner (herunder Legeforeningen), men er etter Stortingets beslutning tillagt Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har i denne sammenheng uttalt at spesialistgodkjenningen vil være et prioritert satsningsområde fremover.

Samarbeid med yrkesorganisasjonene

Helsedirektoratet har ansatt fem personer som skal behandle søknader om spesialistgodkjenning. Disse saksbehandlerne vil hente inn faglige råd fra yrkesorganisasjonene etter behov. Helsedirektoratet laget avtaler med yrkesorganisasjonene om sakkyndig bistand til spesialistgodkjenning i 2011. Avtalene innebærer at Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening og Norges optikerforbund blir leverandør av sakkyndige bistandstjenester for spesialistgodkjenning på hvert sitt fagområde.

Årsak til overtakelsen

Stortingets vedtak om endring av Helsepersonellslovens paragraf 53 fra 18. juni 2009 innebærer at Helsedirektoratet ikke lenger kan delegere ansvaret for spesialistgodkjenning og resertifisering til de private yrkesorganisasjonene. Helsemyndighetene begrunner omleggingen bla med at det i andre land er vanlig at helsemyndighetene har ansvaret for å godkjenne spesialister.

Arne Carlsen

arne.carlsen@lyse.net

Mitt funn

Katrine Brække Norheim disputerte den 15. juni 2012 for ph.d-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Biological mechanisms of chronic fatigue in primary Sjøgren`s syndrome.»

Hva var bakgrunnen for prosjektet?
«Den autoimmune sykdommen primær Sjøgrens syndrom angriper spytt– og tårekjertler, i tillegg til ledd, muskler og indre organer. Det er i all hovedsak kvinner som blir rammet, og 75 % av pasientene er rammet av fatigue i en slik grad at det påvirker livskvaliteten. Vi ønsket å se på om vi kunne vise en sammenheng mellom biologiske faktorer og fatigue med spesielt fokus på immunforsvaret.»

Hva er ditt viktigste funn?
«Mitt viktigste funn er nok at det pro-inflammatoriske cytokinetinterleukin 1 er involvert i fatigue hos mennesker med primær Sjøgrens syndrom, og at fatigue hos denne pasientgruppen kan reduseres ved å gi en cytokinhemmer (i dette tilfellet interleukin 1–hemmer). Jeg har også undersøkt oksidativt stress og genvarianter hos denne gruppen, men kunne her ikke påvise sikker sammenheng med fatigue.

> «spesielt fascinerte det meg hvordan immunologiske forhold kan påvirke adferd»

Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet?
«Jeg ble rekruttert av en tidligere prosjektmedarbeider. Jeg hadde umiddelbart sansen for prosjektet, spesielt fascinerte det meg hvordan immunologiske forhold kan påvirke adferd. Jeg visste også at veilederen og forskningsgruppen var svært god, med flere publikasjoner og disputaser innen temaet.»

Hadde du dette som fulltidsstilling, og hadde du eventuelt noe annet arbeid ved siden av?
«Jeg har vært fulltidsstipendiat i 3 år, finansiert av Helse Stavanger. I korte perioder innimellom har jeg jobbet i fullt klinisk arbeid ved medisinsk avdeling, SUS.

Foto: Privat

Hva har du tenkt å gjøre videre?
«Akkurat nå er jeg i svangerskapspermisjon med mitt tredje barn, og trives svært godt med det! Jeg har søkt om post doc-midler, og planen er å forske 50 % av tiden og jobbe 50 % ved medisinsk avdeling for å fullføre spesialiteten i indremedisin.»

TIPS TIL AKTUELLE KANDIDATER?

Ta kontakt med radaktøren på hannevaleur@gmail.com

Arne Carlsen

arne.carlsen@lyse.net

Helsetjeneste er risky business

Høstens trinn II-kurs for Ylf–tillitsvalgte ble arrangert på Hotel Ernst i Kristiansand 24.–26. oktober og samlet 72 tillitsvalgte fra hele landet. Spesielt gledelig var det at Sørlandet Sykehus i år var sterkt representert, og at vi fikk se mange nye fjes i tillitsvalgtsammenheng.

Styret og kurskomiteen hadde lagt opp til et tettpakket program for de tre dagene.

Naturlig nok ble årets forhandlinger evaluert, og en gjennomgang av de ulike B-delsforhandlingene og forhandlingsresultatene ved de tilstedeværende foretakstillitsvalgte var dessverre mindre oppløftende. Gjennomgående var at årets forhandlinger har vært svært vanskelige og endte opp med sentral bistand ved flere foretak. Dette ble også diskutert i plenum, og det dukket naturlig nok opp flere spørsmål og innspill om hvor vidt den nåværende modellen er den mest hensiktsmessige.

Ylfs leder Johan Torgersen hadde også en gjennomgang om arbeidstid og arbeidsbelastning, og presenterte dramatiske og interessante funn om blant annet den betydelig økte forekomsten av trafikkulykker og nestenulykker som involverer arbeidstakere som jobber lange perioder uavbrutt og får påvirket sin naturlige søvnrytme. Det er sannsynligvis ikke særlig smart å leie femåringen sin over veien like ved Ahus i 8:30-tiden en ukedag…

Dag 2 var viet temaet som reflekteres i overskriften.

Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) advokat og seniorrådgiver Tore Grøtholm orienterte om NPEs rolle og arbeidsmåte, og da spesielt i prosesser som involverer leger med henblikk på erstatningskrav. Fersk statistikk viser at NPE hadde enorme 13051 saker i perioden 2007 ¬– 2011, hvor pasienten fikk medhold i rett til erstatning på bakgrunn av behandling hos

FOTO: MARIE SKONTORP/HANNE VALEUR

helsepersonell i 1/3 av tilfellene (med en betydelig overvekt av ortopedi – 50 % av sakene). For statistikkinteresserte finnes det mye interessant på NPEs hjemmesider.

Ylfs egen jurist, Synne B. Staalen, informerte om hvordan Legeforeningen bistår medlemmer som blir involvert i tilsynssaker (noe ca.¼ av oss kommer til å oppleve i karrieren), og gangen i en tilsynssak ble presentert – sett fra legens og Legeforeningens side.

Ass. direktør i Helsetilsynet Jørgen Holmboe redegjorde for Helsetilsynets rolle som utøvende myndighet. Tallene nevnt ovenfor virker svært store, men kan kanskje bli lettere å forstå når en tar 800000 sykehusopphold, 5 millioner røntgenundersøkelser og 15 millioner allmennlegekonsultasjoner årlig i betraktning! Vi ble presentert sløyfen via Fylkeslegen til Helsetilsynet, og hvordan 2200 hendelser i året etter saksgang ender opp i 240 formelle reaksjoner fordelt på 40 tilfeller av kritikk mot virksomhet, 100 advarsler til helsepersonell og 100 rettighetstap for helsepersonell.

«Det er sannsynligvis ikke særlig smart å leie femåringen sin over veien like ved Ahus i 8:30-tiden en ukedag…»

Intet besøk i Kristiansand er komplett uten et besøk i Dyreparken. Vi fikk en guidet tur i smågrupper etter stengetid (noe som stod kraftig i kontrast til mitt siste besøk her i juli, hvor jeg var omgitt av ca. 100000 rabiate barn i Kaptein Sabeltann–utstyr, inkludert to av mine egne). Til de som lurer på det; Julius lever ennå, er kjernesunn og flokkleder i en staut alder av 33 år!

Kvelden ble avsluttet med en hyggelig middag i dannede former.

Fredag fikk vi en gjennomgang av statusen i arbeidet med faste stillinger og turnustjenesten. Begge temaer engasjerer Ylfs medlemmer fremdeles meget sterkt, og styret tar med seg alle innspill for å bidra til å gjøre begge prosessene så gode som mulig. Styret redegjorde også kort for sitt løpende arbeid og arbeidsformen vi har valgt.

Sørlandet viste seg fra sin beste side denne oktoberuken, og om noen skulle lure på om Kristiansand er verdt et besøk også utenom sommeren, kan dette absolutt bekreftes!

Idealisten

Tonje Tvinnerheim

tonje.tvinnereim@gmail.com

FOTO: PRIVAT

Håkon Angell Bolkan

Alder: 40

Bosted: Trondheim

Arbeidssted: 50% LIS Kirurgisk klinikk St. Olavs Hospital, 50% PhD-stipendiat NTNU Institutt for komparativ medisin.

Organisasjon: Leger Uten Grenser (Médicines Sans Frontières – MSF)

Hvordan oppsto engasjementet ditt, og hvorfor valgte du å engasjere deg i akkurat Leger uten Grenser?

Det startet nok med reisevirksomhet i studietida. Jeg reiste to perioder i Sør- og Mellom-Amerika, og utviklet en interesse for andre kulturer. Jeg synes historie og geografi er spennende, og det var en tiltrekkende tanke å kunne virke i et større perspektiv enn Norge. Valget falt på Leger Uten Grenser (LUG), rett og slett fordi det ikke var så mange andre muligheter. Dessuten har jeg tro på det å bruke media bevisst på den måte LUG gjør. Legegjerningen er ofte ikke nok til å provosere fram forandringer. LUG skiller seg ut fra andre organisasjoner ved at de har en bevisst strategi på dette. For å bedre tilgang til helsetjenester i områder LUG arbeider må det også politisk press til, og oppmerksomhet i media er avgjørende.

Jobber du for en humanitær organisasjon eller kjenner du noen som gjør det? Tips oss gjerne om aktuelle intervjuobjekter til denne spalten! Mail til hannevaleur@gmail.com.

Hva innebærer et engasjement i Leger Uten Grenser, og hva slags oppdrag har du hatt?

Inngangsporten er feltarbeid. Helt konkret innebærer det at du tar på deg oppdrag utenlands og forplikter deg i opp til ett år. Videre må du være svært fleksibel og villig til å jobbe i ustabile omgivelser med mange forskjellige oppgaver som kan endre seg fra dag til dag. Alt dette for dårlig lønn og komfort. Som lege i felt er oppgaven å gi pasienter medisinsk behandling der behovene er størst. En av grunnpilarene er nærhet til pasientene og lokalbefolkningen, og at du jobber side om side med lokale helsearbeidere. Leger uten spesialisering må ha tropemedisinkurs og 2 års arbeidserfaring. Dette er et forpliktende engasjement, det må være gjennomtenkt og man bør ha en genuin interesse for denne type arbeid.

Mitt første oppdrag var i Indonesia, hvor jeg var i 5 mnd. Oppgaven var å overbevise lokale leger og helseadministrasjonen i et distrikt om at de måtte endre sine protokoller for behandling

av malaria. Det var en stor utfordring for en som aldri hadde sett en malariapasient før! Jeg har også hatt oppdrag i Kashmir i Pakistan som en del av katastroferesponsen etter et større jordskjelv i 2005, og jeg har vært flere perioder i Sierra Leone.

Hvordan har du kombinert engasjementet ditt med dagligliv og jobb? Praktiske og økonomiske aspekter?
Det er vanskelig å ta med familie eller kjæreste i felt de første gangene, men etter å ha opparbeidet erfaring er det mulig. Økonomisk handler det i stor grad om prioriteringer. Du tjener betydelig dårligere enn hjemme, men dersom du for eksempel leier ut huset og ellers ikke har dyre lån og andre kostbare prosjekter hjemme, lever du helt greit i felt. Du får økonomisk kompensasjon som dekker studielån og litt til. De fleste går vel cirka i null, eller kanskje litt i minus. Men jeg har aldri spist så mye hummer som i felten!

Faglig sett lar det seg kombinere. Det norske spesialiseringssystemet er et av de mest fleksible i verden. Du får stort sett permisjon til slike oppdrag. Vi opplever at det blir stadig enklere, ettersom denne typen arbeid er blitt mer anerkjent blant kollegaer og sykehusledelser de siste årene. Kollegaer fra andre land gjør et langt større offer; de må ofte si opp stillingene sine for å reise ut.

Har du hatt faglig utbytte av ditt arbeid i Leger Uten Grenser?
Enormt! Jeg syns jeg er blitt en bedre kliniker, og en betydelig bedre lagspiller. Du får en annen forståelse for hele teamet du jobber med, at alle yrkesgrupper er viktige, og hvor sårbart det er hvis de ikke fungerer sammen. LUG har nok en flatere struktur enn det jeg opplever på sykehusene her hjemme. Det er mer «vi» og mindre «jeg.» Jeg har ikke hatt behov for at noe av tjenesten min ute blir tellende til spesialiteten, men jeg kjenner til flere som har søkt og fått noe tjeneste godkjent.

Jeg gikk inn i styret til LUG i Norge i 2008, og har senere også vært president i 2,5 år. Å være styremedlem er et frivillig verv, presidentvervet var delvis kompensert. Årene ute og vervene har naturligvis vært arbeidskrevende, og dermed har min egen spesialisering tatt litt lengre tid.

Vil du anbefale andre å engasjere seg? I så fall hvorfor?
Enhver norsk lege hadde hatt godt av å jobbe i omgivelser med store behov og lite ressurser. Jeg tror du blir bedre til å velge det som er viktig, og du blir mindre villig til å bruke tid på uvesentligheter. Mye av det helsevesenet her hjemme beskjeftiger seg med har ikke noe med sykdom å gjøre, og vi legene bidrar til den utviklingen. I et globalt perspektiv er vårt helsevesen ekstremt, fordi vi har unormalt mye ressurser og tilbud! Det blir sagt at behovet for helsetjenester alltid er høyere enn tilbudet. Kanskje det er det store tilbudet som genererer behovet? Jeg opplever ikke det å reise ut på oppdrag som noe offer, det har alltid gitt meg mer tilbake. Opplevelsen av å være 10-15 svært dedikerte mennesker fra ulike nasjonaliteter, kulturer og religioner som jobber tett sammen med samme mål og tanker er fantastisk! Selv i ekstreme situasjoner som i jordskjelvet i Kashmir, føltes det positivt.

Vil du fortsette å være engasjert i denne aller andre organisasjoner?
Ingen ting tyder på noe annet. Når pasientene ikke har noen andre en deg, er det lett å føle seg betydningsfull – det er noe du kan bli avhengig av. Her hjemme er det ofte kamp om pasientene. Sånn er det ikke ute. Her hjemme må du ofte bruke lang tid på å løfte litt. Der pasientene mangler det meste, skal det lite til for å starte prosesser eller bygge systemer som kan bli svært viktig for veldig mange. Der behovene er størst, kan du også utrette mest.

MEDECINS SANS FRONTIERES
LEGER UTEN GRENSER

LEGER UTEN GRENSER

En nøytral og uavhengig medisinsk hjelpeorganisasjon som har som mål å redde liv og hindre nød.

Grunnlagt av leger og journalister i Frankrike i 1971.

Gir nødhjelp til mennesker i krig, kriser og katastrofer, og til andre som mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester.

En viktig del av arbeidet er også å rette verdens oppmerksomhet mot alvorlige humanitære situasjoner som i alt for liten grad dekkes av internasjonal presse. Organisasjonen varsler om overgrep og glemte kriser, under mottoet «Fordi færre dør når flere vet.» Formålet er å fremprovosere en endring for de befolkningsgruppene som er rammet.

Til enhver tid jobber flere titalls tusen hjelpearbeidere på Leger Uten Grensers nødhjelpsprosjekter i sine egne hjemland. I tillegg sender organisasjonen hvert år ut flere tusen internasjonale feltarbeidere; leger, sykepleiere, logistikere, administratorer og andre.

Medlemmene forplikter seg til å respektere sine yrkesetiske retningslinjer og å opprettholde full uavhengighet fra politiske, økonomiske og religiøse krefter.

- Finansieres hovedsakelig gjennom private givere.
- Driver prosjekter i mer enn 60 land.
- I 2012 hjalp de mer enn 15 millioner mennesker.
- Les mer på www.legerutengrenser.no eller www.msf.org

Richard André Våge

Turnuslege

FOTO: AQWIS, WIKIMEDIA COMMONS

Turnustenesta ved Haukeland universitetssykehus

Ei spørjeundersøking på Haukeland universitetssjukehus (HUS) synar at rettleiing, opplæring og arbeidsmiljø har store utfordringar. Likevel; Det finst håp!

Det hadde lenge synt seg etter mykje diskusjonar at det var utfordringar i Kirurgisk klinikk, HUS. Som tillitsvald følte ein det naudsynt å kartleggje desse systematisk. Dette var bakgrunnen for ei spørjeundersøking som vart sendt til alle turnuslækjarane. Undersøkinga har heilt klart nokre svakheiter, all den tid ein berre har 18 respondentar (100 % svar) på læringsutbytte og 16 respondentar (88,9 % svar) på generelle forhold. Likevel gjev den eit inntrykk, og ut frå alle diskusjonar og enkelthistoriar er nok ikkje dette enkeltståande for Kirurgisk klinikk, HUS. Imidlertid kan ting forbetrast, heldigvis! Her kan tillitsvalde nytte nettopp spørjeundersøkingar som eit viktig verkemiddel.

«Vi møttast 5 minutt på gongen»

Rettleiing er av grunnleggande viktigheit. Skal ein vere ein fagleg dyktig lækjar, må ein òg få beskjed når ting kan gjerast betre. Det var difor nedslåande lesing at heile 31,3 % aldri hadde hatt eit møte med sin rettleiar. Ein turnslækjar skriv om det einaste rettleiingsmøtet at ein «møttast 5 minutt på gongen» for signering av tenestekort.

Likevel vil mange kunne hevde at den viktigaste tilbakemeldinga skjer undervegs i det kliniske arbeidet. Når det då synar seg at 75 % aldri har fått tilbakemelding frå ein overordna lækjar er det alvorleg. Korleis skal ein då ha moglegheit til å verte betre?

På den andre sida skal turnuslækjarar ha opplæring i si stilling. Dette er jo som eit utgangspunkt eit krav i lova. Det er difor vanskeleg å forstå korleis heile 93,8 % aldri har fått opplæring i si stilling. Når ein då ser at gjentekne kull ofte opplever at fyrste dag på jobben er vakt i akuttmottak utan opplæring, er det klart at ein snakkar om dårleg planlegging.

Læringsutbyttet er best på legevakt!

Ein gjekk grundig gjennom kor ein opplevde best læringsutbytte. I Kirurgisk klinikk, HUS, er det slik at turnuslækjarane har fylgjande element i tenesta si: Elektivt mottak, akuttmottak, post og lækjarvakt. På lækjarvakta høyrer ein til sår og røntgen som kirurgiske disiplinar.

I undersøkinga var elementa rangert med «karakter» frå 1-6 der 6 er best.

Dei einaste som kom godt ut i høve læringsutbytte var akuttmottak og lækjarvakt. Her oppnådde akuttmottaket 4,78 og lækjarvakta 4,33. Elektivt mottak og sengepost var imidlertid nedslåande, og hadde respektive 2,61 og 2,12 som resultat.

Det som gjer situasjonen verre er at turnuslækjarane heile tida vert flytta til «stasjonar» der dei har dårlegast læringsutbytte. 50 % vart ofte flytta, og 16,7 % vart særs ofte flytta. Som regel vart ein då flytta til elektivt mottak kor fagleg utvikling er minimal.

Kirurgi = operasjon?

Det var mange som hadde forventning om at dei skulle få ta del i operasjonar som turnuslækjar i Kirurgisk klinikk. Det er vel ingen som tvilar på utbyttet av å ha sett ein appendektomi eller cholecytektomi. Alminnelege operasjonar er noko alle bør ha innsikt i for å kunne gje pasienten ei viss grad av informasjon og forventning til det førestående.

På vårt kull var det heile 38,9 % som aldri hadde vore på ein operasjon. Av dei som hadde vore på 1-3 operasjonar, var det òg 38,9 %. Dei hadde stort sett berre observert, og ikkje vore i felt. Det inneber at nesten 80 % aldri har vaska seg sterilt, stått i felt, og dermed fått djupare innsikt i ei einaste prosedyre. Ein kunne kanskje forventa andre tal i ei kirurgisk turnusteneste?

Arbeidsmiljø

Fordelen med eit stort sjukehus er at ein er ein god gjeng. Heldigvis har ein mange andre turnuslækjarar som ein kan vere sosial, prate og diskutere med. Likevel er det lett å «drukne.» Faktisk var arbeidsmiljøet noko av det ein som tillitsvald hadde forventa skulle kome godt ut. Det enda midt på treet. Gjennomsnittssvaret vart 3,86 (der 6 fortsatt er best).

> «Altfor lite oppfølging, altfor mye kjeft fra overordnete, men takket være snille assistentleger har vi holdt motet oppe»

Like fullt er det alvorleg at 25 % opplevd eit dårleg arbeidsmiljø. Dette er ¼ av alle turnuslækjarar som då ikkje opplever at det er «ein god dag på jobben.» Dette talet er for høgt.

Ei av årsakene kan vere at vårt kull opplevde somme konfliktar på arbeidsplassen. Faktisk heile 56,2 % hadde opplevd ei eller anna form for konflikt. Det som er trist er at 63,7 % opplevde at desse vart dårleg eller ikkje tilfredsstillande handtert av leiinga.

Av andre ting kan noko så enkelt som tilfredsstillande sovemoglegheiter vere avgjerande. Som tillitsvald veit vi at det ofte er folk med kronisk sjukdom og gravide som absolutt har behov for dei få timane (om nokon) som er mogleg å kvile. Då er det ikkje greit at ein får tilbod om ein sofa eller ei feltseng.

Er det vits å gjere noko?

JA! Eg er grunnleggande overbevist om at alle tillitsvalde kan vere med å påverke prosessen for forbetring. Som alltid i medisinen vil det vere rom for dette. Vår oppgåve er å ivareta våre medlemmar sitt behov, og syte føre at læring og arbeidsmiljø stadig vert betre.

Ei spørjeundersøking som denne kan vere eit viktig middel for å synleggjere behov og status, og ikkje minst for å seie kva som er det viktigaste å ta tak i. Det er ikkje noko poeng i å vente på at t.d. arbeidsgjevar skal kartleggje. Ting tar tid, men det er ikkje alltid vi kan vente.

Eg trur nok at denne situasjonen ikkje er unik for Kirurgisk klinikk, HUS. Truleg kan resultata generaliserast til fleire av dei større sjukehusa. Kan andre tillitsvalde nytte resultata for å sjå kva som kan gjerast betre på dykkar sjukehus?

Mi røynsle er at enkelte av funna i spørjeundersøkinga fekk konsekvensar for vår arbeidskvardag. Det har vore gjort endringar i organisering, og det har vore teke inn fleire turnuslækjarar for å sikre kontinuitet og læringsutbytte på sengepost.

Men dette var på tide! I 2007 hadde Bergens Tidende (BT) eit oppslag om at Legeforeningen hadde sett Haukeland på ei obs-liste. Klinikkdirektøren sa den gong at «målet er at vi neste år skal komme med [på] listen over de beste turnussykehusene i landet.» Kanskje kan dette skje i 2013?

Og ja; Vi fekk ny seng til slutt!

Yngre legers forening ønsker velkommen til

Trinn II-kurs og tariffkonferanse

5. – 7. februar 2013

Quality Spa & Resort Holmsbu
Gå inn på www.ylf.no for mer informasjon og påmelding!

Syk humor

– Finnes det grenser for hva man kan tulle med?

Hver fredag drar de unge komikerne i «Kollektivet» kvelden i gang på TV2. Her tøyses det med det meste, og ikke sjelden sketsjes og vitses det om hypokondere, syke mennesker og bruken av velferdsgoder. Forum tok en prat med de fem spøkefuglene om hvor grensene bør gå og om det egentlig er gøy med sykdom og elendighet.

Kollektivet består av Cecilie «Cess» Steinmann Neess, Fridtjof Stensæth Josefsen, Sebastian «Seb» Trulsrud Brynestad, Kevin Vågenes og Jakob Schøyen Andersen. Gjennom snart tre sesonger har seerne fått stifte bekjentskap med en rekke karakterer som sliter med store og små plager. Vi har blant annet fått møte Jocelyn som krever gratis bind og sykemelding av legen sin fordi hun har menstruasjon, utbrente Cato som ringer og ber om luftambulanse for å komme seg til legen og fornye sykemeldingen og de psykiatriske pasientene som gjennom sine utagerende symptomer er opphavet til musikksjangeren dubstep.

Finnes det egentlig noen grenser for hva man kan tulle med når det gjelder sykdom?

Jakob: Det kommer jo alltid an på hvordan man tuller med det. Man kan tulle med nesten alt. Selve sykdommen er det jo ikke noe gøy å tulle med, det er mer folks forhold til sykdommen.

Seb: Det meste kan tas med humor hvis det gjøres riktig og smakfullt, men det er ikke gøy å gå til personangrep på syke mennesker.

Cess: Jeg syns det er gøy med folk som tror de er syke, sånn litt hypokondere. De som mener og tror de har en sykdom, som sikkert dere leger møter en hel del av, hvor dere bare må gi resept

INTERVJU

Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com

KOLLEKTIVET

Fredager kl 17.55 på TV2 eller gratis på TV2 SUMO. De fleste av sketsjene og musikkvideoene ligger også ute på youtube.

på fluortabletter og si noe støttende. Men det morsomme er jo hvordan de takler sykdomsfølelsen.

Seb: Man kan le av en rar person som er syk, men det kan også være «slap-stick» gøy med noen rare sykdommer. Men det kommer jo til en alvorlighetsterskel hvor det ikke er noe gøy å le av bare sykdommen. Du skal være jævlig smart med det du sier hvis det skal være gøy å tulle med for eksempel kreft eller aids.

Cess: Men hvis man tuller med sånt, så tuller man heller med apparatet rundt som folk kjenner seg igjen i. Den hjelpen man får, de menneskene man møter i skranken når du skal hente sykemeldingen… Det går jo alltid på de karakterene som opptrer rundt sykdommen.

Fridtjof: Også er det lov å tulle med den statusen sykdom har i samfunnet. I sketsjen «Hot diseases» tuller vi med at noen sykdommer er trendy akkurat denne sesongen, at de gir deg en sterk identitet og oppmerksomhet. Sånn som stress, bipolaritet og forkjølelse.

Jakob: Og da tar vi jo tak i en trend innenfor at flere og flere har behov for å vise at de sliter med noe.

Fridtjof: Også har du jo de menneskene som utnytter sykdommen sin. Vi har blant annet en sketsj med en dame som kommer på jobben selv om hun er forkjøla for å få medfølelse og pleie, men som da smitter alle de andre på kontoret.

Seb: Generelt tror jeg det er en iboende frykt hos alle mennesker for å få diverse sykdommer. Når man tar det ut av det gravalvorlige og tøyser litt med det, tror jeg det kan være deilig for hvem som helst og tenke på det på en litt annen måte og få det positivt ladet.

Tror dere noen blir fornærmet av sketsjene deres?

Seb: Jeg tror det er mange som klarer å se hva vi tøyser med selv om de selv er rammet av den sykdommen. Også er det de som ikke klarer å se hva vi tøyser med og blir sure. Også finnes det alt i mellom der et sted. Det er umulig å lage humor på annet enn det som er helt stuerent uten å tråkke noen på tærne.

Jakob: Veldig mange syns alt er greit helt til de faktisk selv kjenner noen som sliter med det.

Seb: For å ta et konkret eksempel: Vi hadde en serie om en skolerådgiver som het Birte som var veldig «bæd» og tullet med alt man ikke skal tulle med – mobbet feite folk, homofile, kvisete, stygge etc. Folk hyllet det, men så hadde hun en stygg vits om epilepsi, og da fikk vi plutselig en sint mail fra en av Birtes største fans som skrev «mannen min har faktisk epilepsi!» Nå liker hun ikke Birte lenger. Da må du faktisk gå i deg selv.

Cess: Men det er jo sånn nordmenn er. Vi gir jo aldri penger til Kreftforeningen før vi selv har mistet noen i kreft, og da syns vi alle som ikke gir er forferdelige mennesker.

«Vi gir jo aldri penger til Kreftforeningen før vi selv har mistet noen i kreft, og da syns vi alle som ikke gir er forferdelige mennesker»

Hvor henter dere inspirasjon til disse karakterene?

Seb: Det kommer fra mange steder, ting man har opplevd som man syns er gøy.

Jakob: Vi kjenner oss alle sammen igjen i å syte og klage over små skavanker. Det er veldig lett å finne sin indre syter. Ofte når vi tar folk, så tar vi jo selvmedlidenheten. Grunnen til at vi føler at vi kan tøyse med det, er at vi har det sånn selv og har klagd over veldig små ting.

Hvilke diagnoser kan være morsomme i seg selv?

Seb: Ta for eksempel krokfinger. De har faktisk en egen nettside: Krokfinger.no. Der får du mye god informasjon. Du kan merke at du har krokfinger ved at det er vanskelig å få på seg en hanske eller holde en gaffel. Hva med å bare se på hånda?

«Kollektivet» retter også et humoristisk, men kritisk blikk på velferdsstaten. I traileren «De friske» møter vi en hær av

fastleger som på oppdrag fra helseministeren jakter på friske folk for å gi dem en diagnose. Ingen i velferdsstaten Norge skal få lov til å kalle seg helt friske.

Mener dere vi blir sykeliggjort av helsevesenet?
Jakob: Det kommer nye diagnoser for alt, og det er uvanlig å være helt frisk. Det er den sketsjen du nevner en kommentar på.

Er vi blitt for bortskjemte?
Jakob: Ja, jeg merker jo at jeg selv er blitt det. Det er bare noe så komisk over alt det man klarer å finne problemer ved når man har det så bra.

Seb: Også det med sykemeldinger: Du kan være syk fra jobben men være på byen i helgen – da er du ikke syk. De som kjenner litt på morrahosten og blir hjemme – det er de vi vil til livs. Det blir bare ødeleggende, og det er jo ikke det velferdsstaten er til for.

Når kommer legene til å få gjennomgå?
Cess: De har jo fått gjennomgå litt allerede.

Kevin: Vi har blant annet en sketsj som heter «Leger uten behandlingsgrenser» hvor det er leger som reklamerer for klinikken sin hvor alle «fortjener en diagnose.»

Cess: «Kjenner du noen ganger at det rykker litt i øyet, eller at det gjør litt vondt i fingeren eller at du er litt tørr i halsen når du våkner? Da kan du ha alvorlige sykdommer.» Vi tar jo legene litt fordi det virker som om mange leger nå bare ikke gidder, og heller deler ut piller over en lav sko i stedet for å faktisk prøve å finne andre måter for å hjelpe folk. Får dere leger provisjon på sykemeldinger?

Eh, nei…

Seb: Men internettet har faktisk en stor del av ansvaret for at folk blir sykere. Det dummeste du gjør er å gå inn å google det hvis du har en liten plage. Så finner du en sykdom som passer, også merker du bare at de andre symptomene til den sykdommen dukker opp en etter en.

Fridtjof: Der er jeg ikke helt enig. En gang jeg hadde svelget en negl og følte at den satt fast i halsen – jeg ble dritstressa da, og tenkte at den kom til å trenge seg gjennom spiserøret eller no – så gikk jeg på nettet og spurte lommelegen. Og da fikk jeg vite at det var helt ufarlig. Så da ble jeg rolig.

Kevin: Jeg hadde en sånn rar prikking i foten en dag, og da fant jeg ut på google at jeg hadde restless legs. Da jeg gikk til fastlegen og fortalte dette, fikk jeg faktisk forbud om å google sykdommer.

Og til slutt et mer filosofisk spørsmål: Er det virkelig sånn at en god latter forlenger livet?
Unisont og halventusiastisk: JAAAaaa!

Cess: Mennesker som ler har jo et bedre liv – trives, smiler og har det godt og kan overvinne vanskelige ting. Glade mennesker klarer mer.

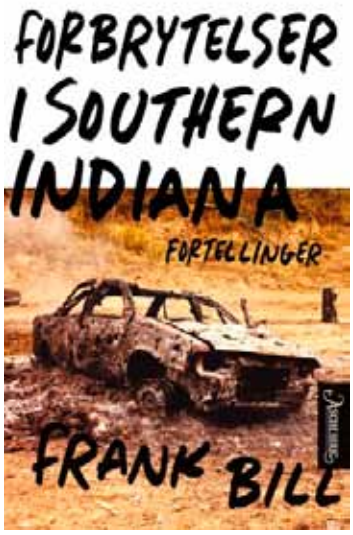
Kevin: Nooo. Rent fysisk, at en latter forlenger livet… Buuullshit…

Seb: Kan det være sånn at det er motsatt? Når du får ordentlig lættis, så frigjøres det vel en del endorfiner og sånn i hjernen. Kan ikke det være en slags slitasje? Hvis du ler for mye så blir du slappere ellers.

K: Er det ikke sånn at mange dør på julaften når man ler så mye?

Og da lar vi det bli den avsluttende julehilsenen fra denne gjengen!

Forbrytelser i Southern Indiana



FORBRYTELSER I SOUTHERN INDIANA

Frank Bill
Aschehoug
2012

For mange er USA shopping, kos i Disneyland og billige Apple-produkter på 5th Avenue. Denne novellesamlingen gir en helt annen fremstilling av det amerikanske samfunnet. Vi får bli med på et dypdykk i den mørkeste delen av den amerikanske bakgård – her døde «The American Dream» for en generasjon siden.

Handlingen foregår i lutfattige fjellandsbyer i det sørlige Indiana. Hverdagen er hard, det er langt mellom arbeidsplassene, og mange familier livnærer seg av metamfetaminproduksjon i større eller mindre skala. Familiestrukturen er i beste fall uoversiktlig, og barna behandles like horribelt som de voksne. Vold, våpen og hat er det daglige brød. Dette er beskrivelsen av «white trash» uten noen som helst form for HBO–romantisering.

Nesten uten unntak handler hver av de 17 novellene om ett eller flere drap. Enkelte personer går igjen, men de blir færre og færre etter hvert som boken skrider fram. Gjengoppgjør og generasjonsoverskrivende familiekriger er mer regelen enn unntaket, og det lokale politiet ser en etter en av innbyggerne bli drept, uten selv å kunne (eller ønske å?) trenge gjennom muren av taushet og blodhevn, PTSD og rus.

Språket i novellesamlingen er direkte og muntlig. Historiene er korte, og sidene kastes ikke bort på malende landskapsbeskrivelser. Persongalleriets handlinger bygger på en gammeltestamentlig logikk og et menneskesyn som for den gjennomsnittlige (og opplyste?) nordmann er helt uforståelig. Svært fascinerende, av og til gripende. Til tider nesten for ærlig og brutal.

Boken fortjener å bli lest av mange. Kanskje er den litt for voldelig, men jeg opplever ikke volden som spekulativ – mye mer som en beskrivelse av et samfunns desperasjon. Også dette er livet i verdens rikeste og mektigste land…

– Arne Carlsen

FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/KAISERSOSA57

REDAKTØRENS HJØRNE

Hanne Støre Valeur

Adventstid og ventetid

Vi er inne i adventstiden. For de som følger kristne tradisjoner, er adventstiden en nedtelling mens vi venter på julehøytiden, eller egentlig «Herrens nedkomst.» I moderne dager består gjerne adventstiden av et så tettpakket program med juleavslutninger, gaveinnkjøp, julebord og gløggslurping at vi sjelden får anledning til å vente på noe som helst. Julekvelden kommer gjerne som julekvelden på kjerringa.

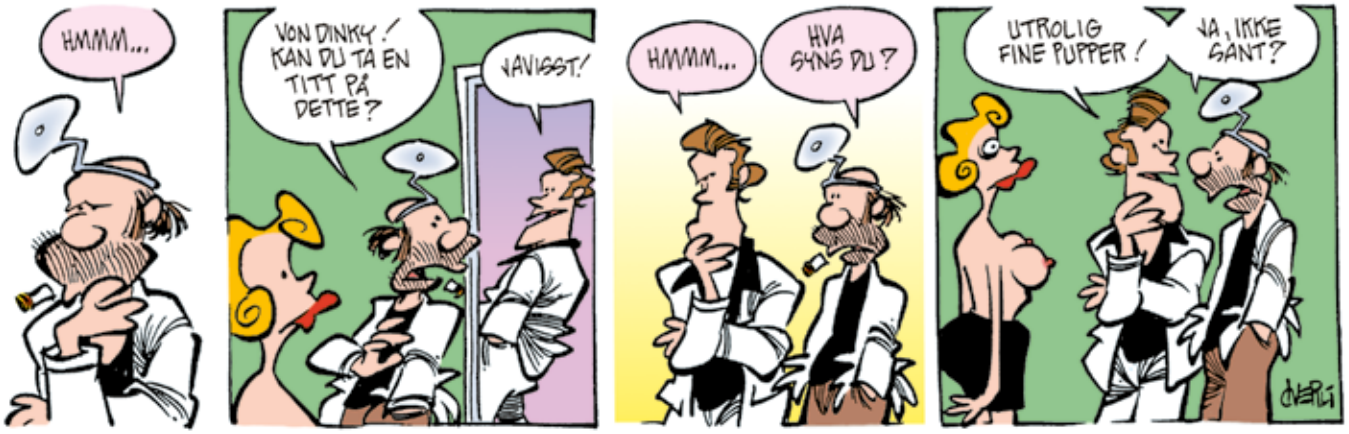
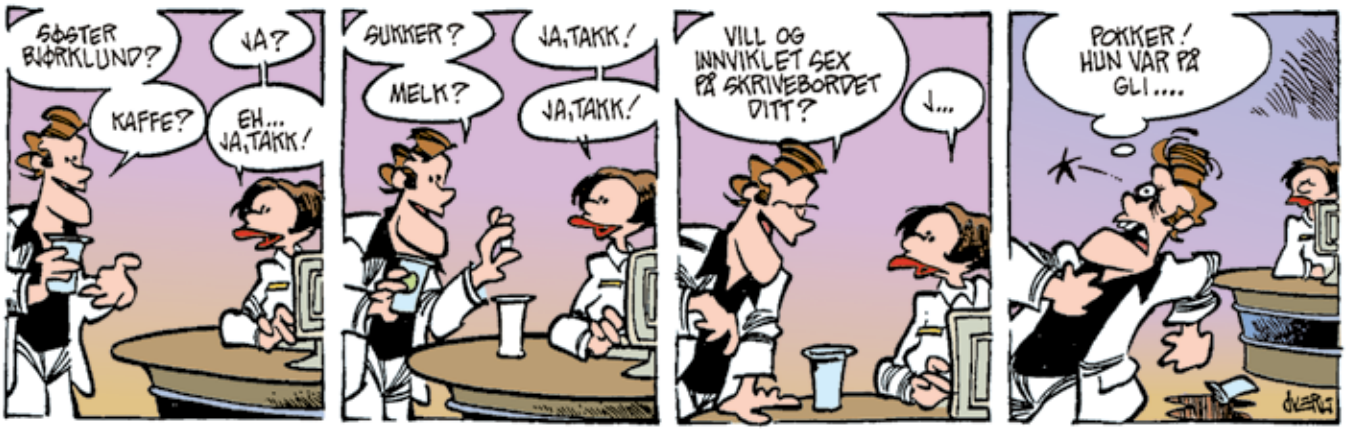
I helsevesenet derimot, er vi veldig vant til å vente. Vi venter på prøvesvar, vi venter på at bakvakt skal svare på callingen, vi venter på ledig undersøkelsesrom. En ikke ubetydelig andel av oss har ventet eller venter på turnustjeneste. Vi venter på at herr Hansen skal lirke av seg de lange underbuksene, vi venter på varmt vann i springen, vi venter på at politikerne snart skal innse at HelseNorge ikke kan gå på sparebluss i evigheten. Mange har ventet i mange år på at Bente Mikkelsen skulle takke for seg. Heldigvis fører ofte vår ventetid frem.

Men på helsevesenets store venterom er det først og fremst pasientene som får føle på ubehagelige ventetider. De venter på innkalling til time, de venter på legevisitten, de venter på prøvesvar som vil avgjøre fremtiden deres. Ofte ender ventetiden i en konsultasjon som kun utløser en ny ventetid. All denne ventetiden er dessverre alt for ofte preget av frustrasjon, angst og usikkerhet. Som leger er det viktig at vi ser den ekstra lidelsen ventetid kan påføre pasienten, og gjør det vi kan for at ventetiden blir så kort og behagelig som mulig. God informasjon som gir realistiske forventninger om lengden på ventetiden og mulige resultater, vil også kunne bidra til å gjøre ventetiden lettere og skuffelsene mindre.

Vår egen ventetid i jobbhverdagen kommer vi nok aldri unna. Så da gjelds det å bruke ventetiden på noe nyttig. Her er 5 tips til ventetiden fra meg:

1. Gå inn på www.helsebiblioteket.no og registrer deg som bruker (hvis du ikke allerede har gjort det). Gjør deg kjent med de ulike kunnskapsdatabasene som finnes her, så er kunnskapen lettere tilgjengelig når du senere trenger den raskt.
2. Sjekk ut Ylf sine nettsider på www.ylf.no. Finner du det du forventer? Savner du informasjon? Er det noe vi kan bli bedre på, ser vi gjerne at du sender en tilbakemelding til ylf@legeforeningen.no.
3. Tenk gjennom når du sist hadde veiledningssamtale med veilederen din. Er det lenge siden, kan du sende en mail for å avtale ny samtale.
4. Gå inn på www.legerutengrenser.no og sjekk deres liste over glemte kriser. Kanskje du kan ønske deg en donasjon til Leger uten grenser til jul i stedet for ny nesehårstrimmer?
5. Skriv et julekort til noen du vet fortsatt venter på postmannen hver dag.

Riskhospitalet

av ØVERLI

distr. strandoverli@yahoo.com