



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

Høringsuttalelse vedrørende utredning av kirurgisk akuttberedskap og fødetilbud i Narvik fra Seksjonsoverlege Lars Olav Dahle, Føde/Gyn seksjonen, KK UNN HF Narvik sykehus.

Resymé: Det er gledende at prosjektgruppen er enige på de fleste punkter. Jeg gir full støtte til prosjektgruppens flertall med noen kommentarer. Kapittel 7 er svært godt utformet og godt forankret i vår virkelighet ved UNN Narvik i Ofoten, som jeg har opplevd det i hverdagen gjennom 5 år. Jeg er forundret og forvirret over arbeidsmetode og en del uttalelser fra prosjektleder og hans mindretall. Mange tall og artikler, men en del tvilsomme og tendensiøse konklusjoner.

Begrunnelse for høringsuttalelse fra en Seksjonsoverlege ved berørt avdeling:

Jeg er 65 år gammel, og nærmer meg slutten av min karriere. Jeg har på invitasjon aktivt valgt å arbeide her ved Narvik sykehus i nord siden februar 2012, der jeg har blitt veldig imponert av mine kolleger og medarbeidere, både på sykehuset og i primærhelsetjenesten. Merkelig nok får jeg stadig vekk nye jobbtillbud, men tenker at dette blir min siste faste ansettelse. Jeg bor og har familie i Sverige og i Oslo når jeg ikke er her i Narvik, og er på ingen måte avhengig av UNN's fremtidige veivalg, hverken økonomisk eller angående egen livskvalitet, så jeg tror at jeg kan være noenlunde objektiv uten å skjele til «egen personlig vinning», selv om det ikke er noen hemmelighet at jeg brenner for at kvinner og menn i Ofoten fortjener et godt helsetilbud.

Jeg er også et levende bevis på at det går å rekruttere til Narvik sykehus.

Jeg håper å bidra med noen andre vinklinger, hovedsakelige medisinsk, men også fra andre perspektiv med full åpenhet, som det er oppmuntret til fra vår direktør. Det er for øvrig min erfaring at mange egentlig ikke forstår hva fagområdet «Fødselshjelp og kvinnesykdommer/gynekologi» er for noe, heller ikke alle som skriver eller leser rapporten.

Jeg tenker å holde meg hovedsakelig til vår konkrete virkelighet her i Narvik og UNN-området basert på personlig erfaring. Det blir mest om føde/gyn, men også noe om kirurgien.

De få kliniske «case» som jeg kort refererer til som eksempel er alle pasienter som jeg selv har hatt i løpet av mine år her, altså ikke «andrehandsopplysninger.»

Innledning: Jeg vil gjerne innlede med en takk til alle som har deltatt i dette store arbeidet.

Ikke minst gjelder dette medarbeidere ved UNN Narvik og andre i prosjektgruppa som ikke egentlig har hatt tid avsatt, men som har fullført dette oppdrag med store innhugg i fritid på ettermiddager, kvelder og helger.

Arbeidsmetode: Det har vært positivt at prosjektleder har arrangert møter med hensikt å skape åpenhet og løpende informasjon. Dessverre har den største delen av møtene blitt enveisinformasjon fra prosjektleder uten så mye tid til spørsmål eller diskusjon.

Personlig er jeg ellers litt overrasket over at prosjektleder ikke har passet på å be om et møte med meg for å etterlyse litt historikk og «kjøtt på bena» bak tallmaterialet fra gynekologenes hverdag her med litt spørsmål om tallenes ev. svakhetspunkter, all den tid som han i «sitt» kapittel 6 har ganske

kræftfulle føringer om gynekologenes arbeid i nåtid og eventuell fremtid med eller uten fødeavdeling. Jeg noterer også med stor forundring innholdet i kapitel 9, som sier mye om arbeidsmetode, og som dessverre ikke umiddelbart taler for samråd, lytting og dialog.

Hvem kan man stole på, forresten ?

Helseminister Bernt Høie sa i allmøte våren 2016 i Cafe Pingvinen at «fødetilbudet skal ikke berøres».

Geografi: Viktig å påminne om hva vi er her. **Narvik** (nordsamisk: **Áhkanjárga**)^[2] er tredje største by og kommune i Nordland – og Nord-Norges syvende største by og kommune – etter folketall. Tidligere var Narvik kjøpstad. Per 1. januar 2016 er antall innbyggere i byen 14 279, og i kommunen 18 380. Jeg er oppvokst internasjonalt fra barnsben, og ute i verden er Narvik et sted mange vet om, flere enn de som vet om Oslo eller Tromsø eller Harstad, dette pga. Narviks historie fra andre verdenskrig. Det er mange fjell her, og mye dårlig vær, spesielt på vinteren.

Demografi: Norge har tidligere skilt seg sterkt fra Sverige med en bærende tanke om at folk skal bo i hele landet, og at en forutsetning for dette er infrastruktur og service. Prosjektleder Søreide har brukt mye tid på å lede i bevis at befolkningen ikke kommer til å øke i opptaksområdet. Det er ikke nevnt noe om at fravær av et komplett akutt sykehus skaper uro for unge familier, som kan komme til å velge å ikke bo i vårt opptaksområde, dvs. gi en avfolkning utover det som er «framregnet».

Noen spesielt interessante føringer og/eller kommentarer fra kapitel 6 :

«Nominelt kan man (kirurger og gynekologer) klare seg uten hverandre.»

Kommentar: Gynekologer har krav på kirurgisk sideutdannelse i sin spesialist utdannelse, men kirurger har oftest ingen gynekologisk trening. Vi kompletterer hverandre på en utmerket måte.

s. 85 Akutt medisinere er ingen frelse: Dette med akutt medisinere i Skandinavia er en slags motebølge, og har sikkert en utmerket funksjon ved store sykehus i store byer.

Kolleger som er godt innsatte i dette systemet i Sverige, der man har kommet lengre, sier at akuttmedisineren er veldig god akkurat på det akutte, men har ofte ikke dybde i sin kunnskap til å videreføre behandlinger. Det at Bodø har valgt å stå over tror jeg er klokt, og det er vel tvilsomt om selveste Tromsø har stor nok lokalbefolkning for å motivere denne spesialitet som lokalsykehus.

6.4 Føde og gynekologi (side 92)

Det er ingen direkte sammenheng mellom akutt kirurgi og fødetilbud. Et sykehus som har fødeavdeling trenger «varme operasjonsstuer» - det vil si stuer som er i drift 24/7, og støttepersonell, men ikke kirurger siden det er gynekologer som gjør keisersnitt.

Kommentar: Det er riktig at det er gynekologer som gjør keisersnitt, men også alle andre vurderinger og fødselsoperasjoner som tang eller sugelokke fødsler, reparasjon av fødselsskader osv. Men – det kan oppstå situasjoner der det er en klar og viktig fordel å ha en kirurg på plass.

Noen viktige føringer og/eller kommentarer fra kapitel 7 :

Kapitel 7.2.1: s. 105: Helt enig i disse punkter !

- Dette etter prinsippet «sentralisere det man må, og desentraliserer det man kan»

- Lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø skal tidlig i planperioden defineres tydeligere og vurderes skilt ut fra regionfunksjonene.

Kapitel 7.6 Konsekvenser for andre fagområder og tjenester.

7.6.1.

- Prosjektgruppens flertall vurderer kombinasjonen av indremedisin, kirurgi og anestesi som definisjonen på et akutt sykehus. Den tverrfaglige tilnærmingen disse spesialitetene sammen tilfører den akutt syke pasienten må ikke forringes.

Kommentar: Det som står anført ovenfor er kanskje et akutt sykehus, men i min oppfatning kreves det gynekolog i vakt og en bemannet fødeavdeling for å kunne kalle det et komplett akutt sykehus. Ved et komplett akutt sykehus kan kirurgen ha behov for en gynekolog for å vurdere og behandle uventede funn i abdomen, det lille bekkenet, eller underlivet.

På samme måte kan en gynekolog- og fødelege ha behov for vurdering og hjelp av en kirurg ved uventede funn ved en operasjon, f.eks. ved tarmskader eller ved behov for kombinerte innsatser.

Kapitel 7.3.1: Døgnbehandling (innleggelse)

s. 111

Gynekologi Justering/Tillegg:

Gynekologi er en spesialitet med stor poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale jfr. strategiske utviklingsplan til UNN Tromsø for å få en økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket. Pasienter med behov av døgnopphold etter større benign kirurgi legges inn ved Føde/Gyn avdeling, mens gynekologiske kreftpasienter med behov av innleggelse legges på Medisinsk/Kirurgisk sengepost.

Kapitel 7.3.4 Traumemottak : Veldig bra !

7.4 Føde og gynekologi Innledning s. 114

Kommentar/forslag til omformulering:

Gynekologi er også en akutt kirurgisk spesialitet, der også fødetilbudet inngår. Vurdering av uklar akutt abdomen er ikke fullstendig hos kvinner uten tilsyn av gynekolog. Akutte gynekologiske tilstander hos kvinner har samme kliniske bilde som ved akutt abdomen. Få situasjoner i en kvinnes liv er så tidskritisk som ved blødninger i forbindelse med fødselen. Et sykehus som har fødeavdeling trenger «varme operasjonsstuer» - det vil si stuer som er i drift 24/7, og støttepersonell, samt gynekologer som gjør vurderinger og utfører keisersnitt og andre operasjoner i forbindelse med fødsel.

Det er like viktig å kunne vurdere når man ikke skal operere som å kunne operere ved behov !

Moderne kirurger har ikke trening eller erfaring i gynekologi eller gynekologisk kirurgi, mens alle gynekologer har minst 1 år kirurgi som obligatorisk sideutdanning i sin spesialitet.

Ett komplett akutt sykehus – hva er det?

Jeg tror at i alle fall de fleste kvinner vil være enige i at et komplett akutt sykehus som minimum bør inneholde akutt indremedisin, akutt kirurgi, anestesi, og gynekologi med fødeavdeling.

Dvs. som en vanlig kjøkkenstol med 4 ben.

Dette med gynekologi og fødeavdeling har lett for å bli borte når menn diskuterer akutt sykehus.

Hva er fødselshjelp og gynekologi ?

Gynekologi er for kvinner den kanskje viktigste og mest brukte spesialitet, spesielt i fertil alder, da fødselshjelp er en nøkkelfaktor for kvinners og familiers trygghet.

Det er en spesialitet som er en tydelig kirurgisk spesialitet, noe jeg selv ikke forsto som medisinstudent før jeg begynte på føde/gyn termin. Jeg hadde alltid trodd at fødselslegen ropte på en kirurg om det skulle opereres.

Det fremgår tydelig i rapporten at føde/gyn er en operativ spesialitet, men ikke så tydelig definert.

Det kan dreie seg fra alt fra mindre kirurgi til den største cancer kirurgi i lille bekkenet.

Fødselsinngrep er ikke bare keisersnitt, men andre inngrep som sugeløkke eller tang for å klare en fødsel uten keisersnitt, eller tålmodighet og støtte til den fødende kvinnen, hennes mann, og jordmor for å få til en fødsel uten inngrep der kvinnen får bruke sine egne krefter fullt ut.

Dvs. som en «coach» og støtte for sammen med jordmor å kunne bidra til trygghet for å gi kvinnen mulighet til klare det hun opplever som umulig.

Fødselshjelp dreier seg mye om dette, men hele tiden med beredskap for å skifte strategi til noe mer aktivt når det er påkrevet. Og man vet ikke på forhånd hvordan det kommer til å bli.

Vi er mange som anser at fødselshjelp ikke bare er medisin, men like mye en kunst, «fødselskunst».

Fødselshjelp og gynekologi grenser også mot generell kirurgi/gastro kirurgi, urologi, anestesi, traumatologi, blødningsmedisin/hematologi, barnemedisin, indremedisin, fostermedisin, forebyggende medisin, hormonmedisin, prevensjonsmiddel, psykosomatikk, familiemedisin, psykologi og psykiatri.

Det er den første opprinnelige «organspesialitet» der utøveren forventes å kunne utøve alt fra akutte umiddelbar inngrep med stort tidspress, til lange samtaler som debriefing etter traumatiske fødsler eller andre vanskelige situasjoner. Det er også viktig å støtte en partner som kanskje er livredd.

Alt dette tar tid og omsorg.

Våre underliv har en direkte kobling til våre sjelsliv, dette på godt og vondt.

Og når jeg som lege jobber med sjelen, er det viktig må jeg kunne ta meg god tid, være «langsom».

Det er i den situasjonen like viktig som at jeg kan få ut et barn med keisersnitt på fem minutter når dette er nødvendig.

F.eks. «Case fra virkeligheten» - Kvinne ved termin med flere barn fra før av som kommer akutt som drop-inn via kommunejordmor, pga. alvorlig nedstemthet. Mangel på livslyst, håpløshet, tanker om livets meningsløshet, orker ikke tanken på å føde, ingen glede.

Jeg tok dette på alvor med en gang, lang samtale med pasienten sammen med jordmor. Ble enige med pasientens tillatelse om å henvise akutt til Voksenpsykiatri på samme etasje som føden. Følger med henne bort, samtale med terapeuter, integrering av kroppslig situasjon og psykiske utfordringer. Dette tar den største delen av dagen. Pasienten blir innlagt hos oss for videre støtte og oppfølging, og fødselen går i gang spontant neste dag med en mor som føder fint, gleder seg over sitt barn og kan komme hjem til sin familie i fin form noen dager senere.

For min del en viktig og relevant innsats, men rent matematisk og statistisk «bare» en pasient.

På det lille sykehuset kan en arbeidsdag for øvrig medføre alt fra undersøkelse av spedbarn til eldre damer med alvorlige kreftdiagnoser.

Ellers er vår leveregel som vanlig ifølge lege etikken :

Iblandt kurere – ofte lindre – alltid trøste, og på latin:

Primum est – non nocere: Første bud for legen er – ikke å skade !

OBS !! « Normal fødsel - er en diagnose som settes i etterkant».

Dette sitat fra den verdenskjente og utmerkede Professor i fødselshjelp Ingemar Ingemarsson ved Universitet i Lund i Sverige nær København.

Et annet sitat – «Tiden läker alla sår» kan være sant i blant, men i fødselshjelpens akuttsituasjon kan det også være slik at «Tiden dödar « !

Det er en myte å tro at man kan forutsi og selektere seg bort fra alt på forhånd.

OBS ! Det spesielle med en Fødselshjelper:

Fødselshjelper til en gravid kvinne har ansvar for 2 pasienter – mor og foster - den ene ser man ikke – dette er også unikt. Man kan kun hente opplysninger om fosteret indirekte, f.eks. med ultralyd.

Når barnet kommer ut, har fødselshjelper, anestesilege og ev. barnelege en pasient som man nå faktisk kan se.

Samtidigheidskonflikter på en føde/gyn avdeling –liten som stor.

Det problematiseres ofte på små sykehus, men foreligger også på store sykehus.

Om det er 6 jordmødre på vakt på en stor fødeavdeling og 12 i aktiv fødsel hvorav 8 føder akkurat samtidig er det ikke lett å få det til å gå i hop.

«For store avdelinger» - er det så bra da ?

Det er for øvrig gjort studier som taler for at fødeavdelinger med > 3000 fødsler per år har mange ugunstige trekk. Når avdelingene blir for store kjenner ikke personalet hverandre, og det oppstår akkurat samme problem som når vi har en ukjent vikar i Narvik.

Ingen kjenner hverandre, og plutselig skal alle samarbeide over et dårlig barn.

Før var det vel egentlig bare Haukland i Norge som pga. sin demografi og opptaksområde var «Fødefabrikk» med > 5 000 fødsler, men disse har blitt flere både i Norge og i Sverige etter hvert som man har lagt ned velfungerende store avdelinger for å skape mastodontavdelinger, type «Babels Hus» (P.C. Jersild). Ved noen av disse avdelingene (bl.a. Haukland) setter man på stoppeklokken når mor begynner å presse, og om hun da ikke har født på 60 minutter blir det tang eller vakuumpump uten mulighet for å individualisere. Mange av våre kvinner ønsker ikke dette.

Hva ligger bakom tallene ? Vi som er gynekologer vet at ingen pasient er den andre lik.

Vi vet at en jordmor og en fødselslege kan bruke mange timer på å løse fram en spontan normal fødsel. Jeg har fått mange kommentarer fra gynekologer som sier at kirurger og andre kolleger og allmenhet for øvrig har lite forståelse for at dette er mulig.

«Blør vi saktere ?» Nei – men kvinner blør fortest og farligst!

Globalt er blødninger hos kvinner den store l jæmannen – «the big killer».

Dette gjelder store blødninger som kan oppstå ved spontane aborter eller problem etter legale aborter, men også graviditeter i buken utenfor livmoren som blør kraftig, samt foreliggende morkake med akutt blødning, uventet avløsning av morkake, samt uventede store blødninger etter fødsel med eller uten fastsittende morkake, store rifter i livmorhals eller øvrige deler av underlivet.

Disse tilstand krever strakstiltak av en trent gynekolog/fødselslege.

En god venn av meg er gynekolog, men ble siden også kirurg og har bl.a. arbeidet i trauma-teamet ved Karolinska sjukhuset Solna. Han pleier å si «Jeg og mine kirurg-kolleger liker å tro at vi har en super-akutt spesialitet, men innerst inne vet vi alle at det er gynekologene som har dette.»

Store blødninger er noe man aldri blir god venn med, selv etter 40 år, og håndtering krever minimum ett komplett sykehus som anført, med samkjørte team.

Prosjektleders fremstilling om alternativ for fødetilbud i Narvik :

Når man leser dette avsnittet, er jeg helt enig med at det rent matematisk foreligger de fire alternativ som fremstilles på side 97.

Prosjektleder Søreide og hans mindretall støtter forlaget om videreføring av fødeavdelinga forutsatt at man lykkes med nødvendig rekruttering innen 12 måneder som endelig tidsfrist.

Samtidig bruker han mye plass på å beskrive og motivere jordmorstyrt fødestue, bl.a. med sitat og referanse fra «NICE». («National Institute for Health Care and Excellence».)

Disse er basert på data fra NHS i England, der man for det meste har disse enheter inne i et sykehus, ved siden av et sykehus, eller for seg selv, men knapt med de avstander til sykehus, geografi eller meteorologi som vi har her i vårt område. Det beskrives også hvordan kvinnene skal kunne velge mellom disse alternativ på samme sted.

Dette blir oftest noe som ligner på en s.k. ABC-enhet, der man har f.eks. jordmorstyrt føde enhet på stort sykehus og bare kan åpne døren og rulle pasienten over i til fødeavdeling om behov oppstår.

Fra NICE: Midwife-led units :

Midwife-led units (sometimes called birth centres) are run by midwives. They can be inside or next to a main hospital obstetric unit (called 'alongside') or in a different place (called 'freestanding'). They provide a comfortable environment which is more like being at home. They do not have the same medical facilities as a hospital obstetric unit, but have medical equipment to deal with an emergency for you or your baby.

Den ene angitte elektroniske lenken til NICE fører for øvrig ikke til noe annet enn denne melding: «We can't find this page. It's probably been moved, updated or deleted».

Den andre førte frem til NICE hjemmeside, dvs. «National Institute for Health Care and Excellence». Denne inneholder alt om alt, sikkert veldig bra, men ingen åpenbare data som viser type av enhet, avstand til nærmeste sykehus osv. Jeg tviler derfor på at alt dette i det hele tatt er relevant for oss.

NICE skriver også om «“Gaps in the evidence”, dvs. hull i våre bevisføringer.

Prosjektleders lange innlegg til støtte for jordmorstyrt fødestue kan tolkes, rett eller feil, som at det kan foreligge en taktisk «skinnenighet» i prosjektgruppen med formulering om fortsatt drift av fødeavdeling, men med mange ord og vendinger innpakket som «lik i lasten» som peker i annen retning med tanke på å påvirke oppdragsgivere eller senere beslutningsfattere i retning mot jordmorstyrt fødestue som likeverdig eller bedre alternativ.

Fødestue - et særnorskt fenomen basert på Norsk historie og geografi :

Begrepet fristående fødestue langt fra sykehus er noe som ikke forekommer i våre skandinaviske naboland. Jeg vet med sikkerhet at det ikke forekommer i Sverige eller Danmark. Jeg har nå konferert med kolleger fra Finland, og de har rapportert at dette ikke er noe som forekommer der heller.

Jeg har også under min spesialisering som ung assistentlege jobbet som vikarierende allmennpraktiker i Fagernes, der den gamle erfarne distriktslegen var livredd for fødestua, og ba meg ta ansvar for den de ukene jeg var der.

Jeg har også flere kolleger som etter hvert ble gynekologer/fødselsleger fordi de ble så redde som turnusleger i distrikt med ansvar for fødestue at de følte at de måtte skaffe mer kunnskap.

Jeg er ikke i tvil om at det gjøres en utmerket jobb på de jordmorstyrte fødestuer som finnes i vårt distrikt og i vårt land for øvrig.

Men disse fødestuene har vokst opp på en naturlig måte på plasser der befolkningen er vant til dette, og der jordmødrene også er vant til dette, og aksepterer en situasjon der de føder med jordmor og en

allmennlege i beredskap. Det er ikke alle jordmødre som jobber på store sykehus som passer til å jobbe på små sykehus uten barneleger, og det er ikke alle jordmødre som gjør en utmerket jobb på sykehus som kan eller vil arbeide på en fødestue med alene ansvar for fødsel uten gynekolog i ryggen.

Å tro at man kan uten videre kan konvertere et fødetilbud i Narvik til fødestue er naivt og egentlig som skapt for å skape misforståelser og risikosituasjoner. Det har «alltid» vært Fødeavdeling i Narvik by, og det er befolkningen og personalet vant til. Det er nærliggende å tro at man tror at man har et fødetilbud som før, mens det egentlig er noe helt annet. Å arbeide som gynekolog ved et sykehus der man også har en fødestue uten tydelig vakt struktur og beredskap tror jeg er særdeles lite attraktivt, og for min egen del helt utenkelig.

Fødestue inne i et lite sykehus uten fødeavdeling skaper risiko for at gynekolog på poliklinikk eller i hjemmet uten vakt allikevel innkalles akutt ved uforutsette kompliserte forløp uten å ha det team og den trening som er nødvendig. Se fø. avsnitt om erfaringer fra sommerstengning Narvik-Harstad s. 12.

Om man skulle velger fødestue i Narvik, bør man derfor i min oppfatning legge den i helt andre geografiske lokaler enn sykehuset, for å få den nødvendige tydeligheten – «her er det fødestue, og ikke et sykehus».

Noe annet ville bare være lureri.

Bønner og Legoklosser:

I U.S.A. har man slangbegrepet «Bean counter», dvs. en som teller bønner.

Det brukes omtrent som vi i Norge litt slurvete bruker begrepet «blåruss», dvs. økonomisk skolerte personer som har vanskelig for å se til noe annet enn tall.

Noen av oss er veldig flinke til å telle bønner.

Noen av oss (ikke så mange av oss som stadig vekk jobber «på gulvet») tror at pasienter er som Legoklosser eller skruer, dvs. at alle pasientene med en viss diagnose er like, og at man kan bygge Lego eller Mekano med dem, og at de gjør som vi vil.

Det har i helsevesen i både Sverige og Norge blitt vanlig å hente inspirasjon fra produksjonsindustri, ikke minst «LEAN» eller «Toyota» modellen. Dette er vel og bra, men har store begrensninger.

Derimot henter man merkelig nok ikke så mye inspirasjon fra service industrier som cruise skip, reiseliv, hotell, restaurant, osv., der man har med levende mennesker å gjøre.

Legoklosser og skruer sier ikke «Jeg vil ikke selekteres», annet enn i Disney filmer.

Trygghet – ikke «telle bønner»: Tall og saklighet er viktige og vel og bra, men i vårt vestlige samfunn oppskrytt. Bønnetelling gir ikke trygghet – om man tror det har man gått glipp av det viktigste.

Skal vi spille Yatzy ? - Og spå hvem som vinner ??

Skal vi skape trygghet – eller skal vi skape redsel ?

Kaj Pollack, som er svensk film regissør (bl.a. filmen «Så som i Himmelen») og forfatter (bl.a. bøkene «Att växa genom möten» og «Att välja glädjen») arbeider også med personlig utvikling. Vi hadde utviklingsdag med ham og all vår personal i 2001 når jeg var seksjonssjef for all obstetrik ved Universitetssjukhuset i Örebro. Han sa til våre jordmødre at han av en gammel og svært erfaren jordmor hadde blitt fortalt at hun så sin funksjon hovedsakelig som å «gi trygghet på føderommet for den fødende». Jeg tenker at det samme er sant for en god fødselslege.

Livsfilosofi og vår tilnærming til virkeligheten:

Filosofiprofessor Arne Næss har sammen med Per Ivar Haukeland i 2005 på Universitetsforlaget gitt ut boken: LIVSFILOSOFI – et personlig bidrag om følelser og fornuft. Forfatterne påpeker at vi i moderne kultur er fast i å telle og regne, men at det er mange dimensjoner som mistes ved dette. De gir eksempel på situasjoner som burde vært umulige ut i fra et fornuftsmessig synspunkt, men der følelsene har stor betydning for at vi klarer det allikevel. Arne Næss påpeker at det er gjort svært lite på dette området, og at det er nesten ingen filosofer som har skrevet om følelsenes filosofi siden Spinoza.

Det er disse aspekter som gjør at slaget ved Narvik er verdenskjent, der den tyske okkupasjonsmakten for første gang i annen verdenskrig møtte nederlag. Det er disse aspekter som gjør at vi har en flyvende Pingvin som logo i UNN. God nord-norsk humor !

«Et universitets sykehus i Nord-Norge er like umulig som for en pingvin å kunne fly.» ☺

Det er disse aspekter som gjør at vi har et kultursykehus med en kulturavdeling.

Det er derfor min mor når jeg var 7 år av gammel vane sa til meg «Det er like umulig som å gå til månen», og jeg svarte at de snart skulle være på vei og allerede hadde valgt astronauter.

Det er følelsenes kraft som gjør at kvinner og menn og deres familier vil ha et komplett akutt sykehus, og dette sitter i dypet av sjelen.

Det er derfor befolkningen og personalet her er villige til å gå gjennom ild og vann for sitt sykehus.

Dette er ganske unikt. Mange steder klager befolkningen bare på sitt lokale sykehus.

Bobby Kennedy er kilde til det kjente sitatet: «Some people see things that are and ask why ? I see things that never were and ask “why not ?” Sitatet kommer ikke fra storhjernen.

I et tema nummer for noen år siden i Time magazine om hjernen intervjuet man seriøse forskere som skilte på «the easy question and the hard question” om hjernen. De mente at de kunne løse det «lette» spørsmålet om de fikk 100 år og ubegrenset med penger – F.eks. hvorfor kan vi se fargen grønn ? Det vanskelige spørsmålet var mye verre. Hva er det som gjør at vi «Føler og kjenner gress når vi ser det grønne gresset» ?

De siterte videre Louis Armstrong som en gang fikk spørsmål fra en journalist om han kunne definere begrepet jazz. Louis Armstrong svarte (ordrett): «If you gots to ax the question, you never gets to know...». (Om du må stille det spørsmålet, kommer du aldri til å få vite det.)

Om vi bare lever oppe i hodet, og ikke er både i hjerne og hjerte er vi i min oppfatning fortapte.

Noen sier at den største avstanden er nettopp den mellom «hode» og «hjerte».

Et godt hode alene er et fengsel av umuligheter.

Prosjektleder Søreide har uten tvil et godt hode, men virker dessverre å være begrenset av det.

Det er synd at han ikke passet på å få litt mer «kjøtt på bena» mens han var i Narvik så han kunne begynne å forstå at tall er ganske bleke om man ikke kan sette dem i sammenheng. Det gjelder dels sykehuset, men også at han ikke passet på å gjøre seg kjent med Narvik og omegns store hjerte.

Jeg vet at han har fått tilbud om dette av mine kamerater i prosjektgruppa.

«Bønnetelling» av polikliniske besøk:

En utfordring med å ha en avdeling som føden der det kommer inn kvinner som øyeblikkelig hjelp hele tiden er korrekt registrering, ikke minst når vi har vikarer, både blant jordmødre og leger, og/eller når det er stor aktivitet på vår lille avdeling med få hender.

Vi har arbeidet aktivt med bedre og sikrere registrering av polikliniske besøk og døgnpasienter, og har i 2015 øket våre inntekter med 2,7 millioner kroner pga. mer korrekt koding.

Allikevel tror jeg fortsatt at det skjer en underreportering og «lekkasje av inntekter», og vi at får telt «for få bøtner». Vi jobber videre for å få det så korrekt som mulig.

I tillegg er det en del besøk som tar ganske mye tid og anstrengelse som kanskje ikke fremgår av diagnose koden.

«Bønnetelling» av antall leger og legers arbeidsoppgaver :

Prosjektleder Søreide bruker mye plass og tid på å problematisere at vi er så få faste og så mange vikarer, med så mange viktige oppgaver som krever kontinuitet for å bli optimale for pasientbesøk pga. behov for oppfølging. Dette er jo helt riktig, og kan ikke vedvare uten forsterkning.

Samtidig bruker han mye plass på å problematisere hvorvidt det blir tilstrekkelig mange oppgaver for å gi meningsfullt arbeide dagtid for 4 gynekologer i Narvik. Jeg må si at jeg faktisk ikke vet om jeg skal le eller gråte. Jeg tror at dette er vårt aller minste problem.

Matematikken er litt triksete, ikke minst når han enkelte ganger angir leger i 4-delt vakt, og andre ganger «4 leger til stede», og i blant refererer til nasjonal anbefaling om 4-6 gynekologer totalt.

Men - jeg teller nok bønnere på en annen måte enn Søreide.

Jeg tenker at han må bestemme seg – hvilket område vil han problematisere, egentlig ?

Jeg blir forvirret, helt enkelt, men jeg er sånn sett en enkel sjel uten for mange ekstra kort (eller bønnere) i skjorte ermene.

Jeg tenker at vi med 4 gynekologer ved Føde/Gyn Narvik kan ha 3 i tjeneste dagtid, en på gyn pol, en på operasjon eller fødepol, og en vakthavende med ansvar for avdeling/føde/Ø. Hjelp og ev støtter kolleger ved behov. Den fjerde avspaserer. Om i har en til (dvs. 5) rekker vi å gå på kurs som vil skal, jobbe mer med prosedyrer, og avvikle overlegepermisjoner og overholde AML og HMS, og gi bedre muligheter til å operere sammen. Men vi kommer veldig langt med 4 + 1 LIS.

Søreides mindretall trekker også inn Nordfjord i Sogn og Fjordane der han hevder at det rekker med 0,4 -0,8 gynekologer, avhengig av hvordan man regner. Dette er ikke relevant for Føde/Gyn Narvik. Jeg vil gjerne utfordre Søreides mindretall til å gjøre samme beregninger av antall pasienter/lege/dag med samme matematikk for alle sykehus i Helse Nord for å kartlegge deres innhold av meningsfylte oppgaver. De blir sikkert glade for hjelpen.

DA-situasjonen - Føde/Gyn avdeling i Narvik 2012 :

Når jeg ble rekruttert til Narvik var det sagt at det var tatt en avgjørelse om at Fødeavdelinga skulle bestå. Dette var en forutsetning for at jeg valgte å komme til Narvik.

Når jeg så begynte min ansettelse her i februar 2012, gjorde jeg 23.03.2012 en beregning av vår daværende bemanning. Vi var da fire fysiske personer som delte på 307,4 % stilling, dvs. straks over tre heltider.

Dette var akkurat nok til at vi kunne drive 4-delt vakt beregnet over en måned, der 2 fysiske personer med vekslende arbeidsuker dekket en «linje» fullt ut med dagarbeid og vakter, og de to andre dekket den andre «linjen».

Dvs. rent praktisk 2 faste gynekologer på plass hele tiden, men i denne algoritme var det ikke avsatt tid for ferier, kurs, permisjon osv. Det var kun i disse situasjoner at det ble brukt vikarer.

Jeg skrev også i min egen dokumentering fra 23.03.2012 følgende konklusjon, som ble videreført til ledning for seksjonen Føde/Gyn i Narvik og avdelingen Kvinneklinikken UNN Tromsø:

« I så fall : TOTALT 307,4 % stilling, dvs straks over 3 heltider. Vi vet at vi trenger og kan ta inn vikarer, ev trenger vi en (overlege) til på sikt om vi skal holde lover og regler ??»

Min tanke var at vi skulle benytte anledningen til videre rekruttering av minst en gynekolog til.

Jeg aktualiserte også omtrent samtidig spørsmål om LIS-lege (lege i spesialisering, tidl. ass.lege) til Gyn Narvik med ledning ved KK i Tromsø i samråd med overlege Jon Harr ved rekrutteringsgruppen her.

Ved dette tidspunkt var det også en svært erfaren eldre gynekolog som drev privatpraksis uten driftstilskudd i Narvik sentrum. Han hadde i sin praksis ca. 2-3 000 polikliniske besøk/år.

Et hendelsesrikt år - Føde/Gyn avdeling i Narvik 2014 – kabalen begynner å rakne:

Mars 2014 gikk den privatpraktiserende gynekolog avsluttet sin praksis pga. oppnådd alder 75 år. Vi fikk da en voldsom øket pågang av henvisninger fra fastlegene på pasienter som tidligere hadde gått i den private gynekologiske praksis.

Dette førte til at LIS – tanken ble aktualisert igjen, men sto stille.

Sommeren 2014 var det også sommerstenging i Harstad. Vi drev da som vanlig avdelingen med to overleger på plass, hvorav alltid en av de faste legene og en vikar.

Sommeren gikk bra.

I september 2014 ble uheldigvis den av våre overleger skadet. Han har arbeidet 100 % i Narvik i mange år. Det viste seg etter hvert at skaden var mer alvorlig enn man hadde trodd, og han var derfor sykemeldt fram til sommeren 2015. Derfor akutt start med behov av vikarer med uklar planleggings horisont.

Det var også fortsatt stor pågang av nye gynekologiske henvisninger pga. den nedlagte praksis, og det oppsto da en ganske stor turbulens omkring dette tilbud som ikke lengre var tilgjengelig.

(Se avis artikkel om hjemmel for privat gynekolog i Narvik:

«Det handler om liv og død» med portrett av Hilde Normark og replikk «Det er ikke sant» fra Lars Dahle, dvs. meg selv.

Avisen Fremover, lørdag 5.oktober 2014, side 5.

www.fremover.no/lokale-nyheter/det...om.../1-55-7623282)

Jeg arrangerte da kveldsmøter med vår stedlige ledelse her og distriktets fastleger og kommunejordmor for samråd og implementering av konstruktive samarbeidsformer for å fortsette å ta hånd om kvinnene på beste mulige måte tross vår anstrengte situasjon.

Når vår sykemeldte gynekolog kom tilbake sommeren 2015, sluttet en av de andre, som hadde stilling på 82 %. Han sluttet delvis pga. den store og økede belastningen.

Siden da har vi vært tre fysiske personer – fast 100%, fast 82%, og fast vikar 45,4 %, dvs. totalt 227,4 % = drøye 2,5 stillinger. Resten av behovet har blitt dekket av vikarer.

Vi har opprettholdt praksis med en av de faste i tjeneste nesten alle uker, også ferier og høytider.

Det ble lyst ut en stilling for overlege høsten 2015, og etter dette noen uformelle forsøk til personlig rekruttering uten å lykkes. Gjentatt fremstøt for å få LIS-lege til Narvik hadde fortsatt ikke ført noen vei så sent som desember 2016, tross gjentatte aktive purringer og fremstøt mot avdelingsledelse ved Kvinneklinikken i Tromsø, klinikk ledning i K3K (Kirurgi-Kreft-Kvinneklinikk), UNN-direktøren og direktør i Helse Nord.

Dette har vi i Narvik opplevd som «seigt som sirup», med en følelse at «noe eller noen» i systemet motarbeider Narvik konsekvent.

NÅ situasjon - Føde/Gyn avdeling i Narvik 2017 – LIS lege på engasjement i Narvik :

Vi har nå hatt en situasjon der vi har vært en fast overlege for lite i over 2,5 år, dette i forhold til den allerede lave bemanningen som vi hadde 2012, og i tillegg tap av privatpraktiserende gynekolog med mange pasienter som tidligere har hatt lett å komme til gynekolog og fortsatt ønsker dette.

Vi har imidlertid hatt fortsatt godt samarbeide med våre fastleger, og gjennom regelmessige samarbeidsmøter kunnet stabilisere og håndtere belastningen på gynekologisk poliklinikk.

(Det er fortsatt mange kvinner som ønsker å komme til gynekolog, men som ikke får tilbud. Jeg tror at det foreligger et oppdemmet behov der en eventuell kapasitetsøkning i framtid vil bli mottatt med

glede av pasientene, og gi enda mer «meningsfullt arbeid dagtid» om vi kan tilby dette.)

Den faste vikar som tidligere har arbeidet 1 uke/måned kommer i 2017 å arbeide hos oss i 8 uker. Resten dekker vi med kvalifiserte vikarer, de fleste kjente vikarer som har vært her tidligere, og en del som kommer regelmessig. Vi har fortsatt turnus der det alltid skal være en av de faste i tjeneste. Kurs har ikke vært mulig å gjennomføre for de faste overlegene, annet enn enkelte 1-2 dagers møter, altså noen få unntak som bekrefter regelen. Overlegepermisjon har ikke vært mulig å tenke på. Vi har det seneste året ikke kunnet prøve å rekruttere nye overleger eller en gang tenke på dette pga. av den nå pågående utredningen av fremtiden for Akutt kirurgi og Føde/Gyn tilbudet i Narvik.

Derimot fikk vi gledelig nok et plutselig gjennombrudd i januar 2017 med våre forsøk til å tenke langsiktig. Vi fikk da å få lov til å rekruttere en autorisert lege på tidsbegrenset engasjement som LIS-lege med lokal forankring her i Narvik, dette med god hjelp og velvilje fra avdelingsoverlege ved KK i Tromsø med forankring hos klinikkleder i K3K.

Denne nye kollega begynte hos oss i går 15.03.2016, og er et historisk gjennombrudd for Føde/Gyn Narvik sykehus – den første «assistentlegen» noen gang !

Vi arbeider naturligvis fortsatt for å få opprettet en stilling som LIS på sikt, som da vil bli utlyst på vanlig måte.

Min egen ansettelse er på 82 %, et totaloppdrag med totallønn, men en god stund nå har jeg i praksis arbeidet > 100 % for å klare alle administrative oppgaver, og har måttet bruke store deler av min fritid og friperioder for å kunne arbeide uforstyrret, hvilket er nesten umulig ellers på dagtid.

Og nå avventer vi som kjent avgjørelse om fremtiden for Akutt kirurgi og Føde/Gyn.

Uansett utfall kommer det til å være behov for kirurger og gynekologer i Narvik.

Klinikerens arbeidssituasjon:

En overarbeidet kirurg sa en gang til meg for mange år siden: «Jeg har direktørens ansvar, men løpeguttens arbeidssituasjon».

Det finnes ingen annet yrke der man som overordnet tilbringer sine dager og netter «på gulvet» med blod, svette, snørr, tårer, urin, avføring. Men også får dele stor glede og stor sorg.

Jeg har gjort dette snart i 40 år, og blir nok aldri lei av dette med å stå ved siden av eller sammen med den fødende og se et barn komme ut til sine foreldre.

Jeg kommer nok til å fortsette med dette til jeg henger opp legefakken for godt.

Selektering og «feil» ved selektering – noen aidentifiserte case fra mine år i Narvik:

Vi har mange selekteringskriterier, og liker å tro at vi har kontroll, men vet at dette ikke er tilfelle.

I blant blir pasienten rett selektert, men velger selv feil.

F.eks. Case 1: Komplisert riskogaviditet – Pasienten var selektert til fødsel i Tromsø med stor tydelighet, men hadde stor familie hjemme og hadde motvilje mot selekteringen. Hun hadde fått tydelig beskjed fra oss alle at hun burde reise opp til Tromsø som foreslått. Hun dukket plutselig opp på føden en fredags kveld i med kraftige rier, og livmorhals var åpen for 7 cm, så det var for sent å transportere. Jeg har lang erfaring av kompliserte fødsler, men har allikevel stor respekt for dem. Det var ikke annet å gjøre enn at jeg fikk tilbringe hele kvelden på fødeavdelinga, men alt gikk bra med god beredskap fra anestesi og operasjonslaget, som fikk være i operasjonsavdelingen i beredskap til alt var klart.

Case 2: Kvinne som kom inn i fødsel. Hun hadde kompliserende grunnsykdom og var blitt selektert til Tromsø og det var planlagt at hun skulle føde der. Ved et poliklinisk besøk i Tromsø for noe annet hadde hun spurt en lege om hun ikke kunne få føde i Narvik. Legen hadde sagt ja, men visste ikke om

hennes grunnsykdom, og tok avgjørelsen uten å konferere med oss eller informere oss. Hun kom også inn først med pågående fødsel og kunne ikke overføres.

Erfaring fra sommerstenging – mine erfaringer siden 2012 – noen andre tall:

Sommerstengninger er ikke noe som vekker entusiasme, hverken hos de fødende eller hos personalet, men har vært gjennomført årlig i de årene jeg har vært her.

Sommerstengningen har oftest gått over 6 uker, vanligvis kalenderuke 26-31.

Sommeren 2012, 2014, og 2016 var fødeavdelingen i Harstad stengt.

Sommeren 2012 pga. personalmangel, 2014 pga. ombygging, 2016 pga. direktiv om alternerende stengning.

Vi har da i Narvik overtatt fødsle fra Harstad, med forsterket jordmørtjeneste, men ellers fortsatt drevet avdelinga med 2 gynekologer i vakt som vanlig, en fast og en vikar.

Sommer 2013 og 2015 var det vi som har vært stengt.

2013 pga. ombygging på operasjon og fødeavdeling i Narvik, og 2015 pga. direktiv om alternerende stengning.

Vi har da drevet åpen gyn. pol her hele sommeren med kun en fast gynekolog i tjeneste.

Sommer 2016 hadde Harstad stengt fødeavdeling men åpen gyn. pol, og de hadde da 2 leger i tjeneste i hele stengningsperioden. (3 uker 2 overleger, og 3 uker 1 overlege + 1 LIS.)

Sommeren 2016 – ved sommerstengt avdeling i Harstad ble det i 5 tilfeller vurdert at kvinner selektert til fødsel i Narvik eller Tromsø måtte uplanlagt føde i Harstad etter vurdering at fødselen hadde begynt, og at de ikke kunne utsettes for transport med risiko for transport fødsel.

En av disse var prematurfødsel, hun fikk rier og skulle overflyttes til Tromsø med ambulanshelikopter, men helikopterlegen vurderte etter undersøkelse at fødselen var kommet for langt for transport, og pasienten forble i Harstad for fødsel ved Harstad sykehus. Etter fødsel satt morkaken fast og mor fikk en stor kompliserende blødning på 2 liter som krevde umiddelbart tiltak av tilkalt gynekolog.

Tre var kvinner med normale graviditeter som fødte uplanlagt ved Harstad sykehus.

En kvinne fødte uplanlagt i hjemmet i Harstad.

I tillegg til disse fem var det en planlagt hjemmefødsel i Harstad.

Dette er dessuten sommertid i midnattssolens rike – så bråkjekke utsagn om at det er så ukomplisert med forflytninger er kanskje ikke så ukomplisert allikevel, ikke minst om man legger til vintertid og storm.

Nedlagt fødeavdeling i Narvik – kan komme til å koste liv og helse:

En lørdagsmorgen på vakt kom en ung kvinne inn til Narvik sykehus med akutt og prematur avløsning av morkake med blødning.

Mor hadde våknet med stor blødning mellom bena hjemme i sengen i Narvik uten forvarsel, ambulanse ble alarmert. Jeg var på plass med anesthesi/operasjons team når hun kom, mye blod mellom bena.

Man kunne ikke høre fosterlyd i det hele tatt. Jeg gjorde ultralyd med en gang og kunne se langsom men sikker hjerteaktivitet. Det gjordes umiddelbart keisersnitt, barnet ute innen 10 minutter, og var da livøst, men vår dyktige anestesilege kunne resuscitere og ventilere barnet i hele den tid det tok for henteteam fra nyfødt intensiv i Tromsø å komme.

Han satt tålmodig og omsorgsfullt i flere timer med den lille.

Morkaken ble hentet ut i forbindelse med keisersnittet, og blødningen ble stoppet, men kvinnen fikk

naturligvis tross dette anemi etter operasjonen som ble behandlet.

Det gikk bra for mor og barn, og dette case ble av overlege ved nyfødteintensiv avdeling i Tromsø presentert på perinatal møte i Tromsø året etter som eksemplarisk og utvilsomt livreddende innsats med godt utfall.

Dette barnets liv hengte i en tynn tråd, og hadde uten tvil ikke overlevd om det hadde gått så mange minutter til, eller om vi ikke hadde så godt organisert tilbud på plass.

Usikkert også om mor heller hadde overlevd en transport til Harstad.

Rekrutteringsprosess – krever full støtte:

Jeg støtter som sagt flertallets vurdering angående videreføring av fødeavdeling og akuttkirurgisk tilbud i Narvik.

Videreføring av fødeavdelingen kommer til å kreve en svært aktiv rekrutteringsprosess med full støtte fra UNN-styre, UNN-direktør, Klinikkløst for K3K og Kvinneklinikken Tromsø, samt lokal rekrutteringsgruppe.

Vi som leder avdelingen her er fullt opptatt med daglig drift, og må fokusere på dette, men deltar gjerne med innspill, utforming av annonser, som bør gå til alle nordiske tidsskrifter.

Det må være krav på skandinavisk språk.

Om det ikke er full oppslutning, eller oppstår bevisst eller ubevisst trenering av uklare grunner eller fra lite entusiastiske embetsmenn eller embetskvinner i organisasjonen blir det naturligvis en umulig oppgave. Det er derfor viktig å gå «All-In» for å lykkes.

Alle involverte i hele linjen må ha «rent mel i posen» og være oppriktige.

Ellers er det meningsløst å prøve.

For fem år siden var det en ganske prekær situasjon angående bemanning av gynekologer ved vårt søstersykehus i Harstad. Man hentet da ideer og inspirasjon fra samme rekrutteringsgruppe ved Narvik sykehus som rekrutterte meg. Det ble også satset på LIS-leger, og dette har båret frukt, og vi gleder oss over at våre venner i Harstad har kommet i god bemanningsbalanse. Det viser at rekruttering og oppbygging er mulig om det finnes vilje fra ledelsen.

I den samme perioden har det ikke blitt satset på Narvik på tilsvarende måte.

Det må gjøres nå om vi skal bestå. Jeg anser at begge våre fine fødeavdelinger bør videreføres til glede for kvinnene i Ofoten og Sør-Troms, men om det bare er en avdeling som skal få fortsette som fødeavdeling, burde det rent geografisk ikke være en selvfølge at det er Narvik som bør legges ned. Den nåværende bemanningsubalansen er jo et resultat av den foregående historikken med ensidig satsning på Harstad, og likegyldighet overfor Narvik.

Narvik sykehus er et flott sykehus med mange entusiastiske og dyktige medarbeidere.

Narvikværing er vennlige og rause, og naturen er flott.

Vår befolkning fortjener å ha et komplett akutt sykehus også i fremtiden.

Narvik, 16.03.2016

Lars Olav Dahle
Seksjonsoverlege
Føde/Gyn seksjon, Kvinneklinikken
UNN HF Narvik sykehus

Tillegg:

Litt mer om faglig bakgrunn for høringsuttalelse fra en Seksjonsoverlege ved berørt avdeling:

Jeg ble invitert/rekrutert/»headhunted» til Narvik sykehus høsten 2011 av den daværende rekrutteringskomiteen her i Narvik, under ledelse av overlege Jon Harr, seksjonsleder Kari Fiske (begge Narvik) og avdelingsoverlege for Kvinneklinikken Ingard Nilsen (Tromsø).

Jeg begynte min ansettelse her i februar 2012, og ble da bedt om å overta oppdraget som seksjonsoverlege her av min tapre og hardt arbeidende kollega Mario Rexer, som hadde hatt oppdraget i mange år, og ønsket avlastning.

Jeg begynte mitt første assistentlege vikariat ved fødeavdeling som medisinstudent sommeren 1977 i Motala i mellom-Sverige, og har dermed snart 40 års erfaring fra store og små Kvinneklinikker både i Norge og Sverige.

Jeg merket da at dette lille sykehus i Sverige hadde en mye mer moderne og gjennomtenkt drift enn det jeg hadde sett på nært hold på Rikshospitalet i Oslo. Under min spesialist utdanning hadde jeg 2 års tjenestegjøring ved kirurgisk avdelinger etter turnus, dvs. 1 år mer enn minimumskravet i min spesialitet, i tillegg til erfaring fra anestesi og gynekologisk kreftavdeling.

Siden jeg ble spesialist i 1987 har jeg arbeidet ca. 25 år ved forholdsvis store Kvinneklinikker (ca. 2300 -2500 fødsler pr. år), med tilhørende nyfødt avdelinger. 15 av disse årene har vært ved såkalte tertiær avdelinger på Universitetssykehus, der vi tok imot de mest kompliserte og tidligste graviditetene, med opptaksområder for risikofødende på ca. 1 million kvinner, der jeg også har vært aktiv med forskning og pedagogikk for medisinstudenter.

I 2,5 år var jeg seksjonsansvarlig overlege for all obstetrikk ved Universitets sykehuset i Örebro.

Jeg har for å holde kontakt med Norge parallelt med dette hatt jevnlig kortere oppdrag ved en del mindre sykehus, bl.a. Volda i Sunnmøre, som også i mange år har kjempet for sitt sykehus og sin fødeavdeling.

Jeg har også hatt oppdrag som skipslege og ekspedisjonslege for overvintring på Antarktis, og har dermed beholdt en bredde innenfor primærhelsetjeneste og vet hva det vil si å sitte alene med medisinske problem langt fra folk.

Dette for å belyse at jeg i snart 40 år har arbeidet mer en heltid, og lært meg at kvalitet på en virksomhet ikke er avhengig av størrelsen på sykehuset. Jeg har tvert om lært meg mye av kloke kolleger ved vikariat på mindre avdelinger, og møtt utrolig motstand når jeg skulle ta med meg nye kunnskaper fra det lille sykehuset og prøve å innføre noe nytt på det «store fine sykehuset».