

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 4 / 2012

TERNINGKAST-KULTUREN HAR NÅDD LEGEKONTORET

Hva gjør det med lege-pasient- forholdet?



SIDE 3-11 ►

BOKEN OM BREIVIK:

«Det etiske overtramp knyttet til ...
videreformidling av taushetsbelagt
helseinformasjon er imidlertid
en stor svakhet.»

SIDE 16-17 ►

SYKEHJEMSLEGER I OSLO

Fortsatt liten tid til faglig opp-
datering og kvalitetsarbeid, til tross
for utvidede legestillinger

SIDE 12-15 ►

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

JOURNALEN

Tidsskriftet Journalen er medlemsblad for Oslo legeforening og utkommer fire ganger i året.



PER HELGE MÅSEIDE
REDAKTØR
Tlf: 95 20 13 14
perhm@medisin.uio.no



ELLEN RENBERG
REDAKSJONSSEKRETÆR
LAYOUT
Tlf: 40 64 82 82
ellen@svovel.no



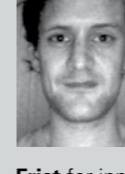
KRISTIN MACK-BORANDER
JOURNALIST
krimack@live.no



CHARLOTTE LUNDE
JOURNALIST
charlottelunde@mac.com



ANE BRANDTZÆG NÆSS
JOURNALIST
ane.b.naess@gmail.com



ASLAK LIMA BRAUT
JOURNALIST
alibraut@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 1/2013 er 1. februar 2012.

ANNONSER:
Media-AaMarketing
Postboks 240, 1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 / 90 04 32 82
media.aardal@c2i.net

POSTADRESSE:
c/o Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

TRYKK: Merkur-Trykk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.legeforeningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

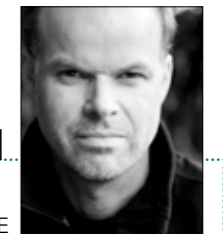
Redaksjonen avsluttet 21. november 2012.
Forsideill: Svovel/Colourbox

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekstreklameplakaten.



Ettertrykk og elektronisk videre-distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.

REDAKTØREN



PER HELGE MÅSEIDE

En lege for meg – og deg?

Da jeg var liten var det alltid en årlig tur til tannlege Brunstad på Sinsen. Han var valgt av min far mye på grunn av at de begge var sunnmøringer. Brunstad sørget for å oppdage små hull før de ble for store, men reddet meg også fra forebyggende boring, da dette plutselig kom på moten.

Dessverre var det ikke lett å finne ny tannlege i turnustjenesten på Vestlandet. Da en del av en fylling falt ut, ble jeg lettet da jeg til slutt fant en tannlege som kunne gi meg time på dagen. Men da jeg nevnte dette for naboen, fortalte han imidlertid en skrekkehistorie som førte til at jeg ikke turte annet enn å avbestille. Det er en av de dyreste telefonsamtalene jeg noen sinne har tatt.

Nettstedet **Legelisten.no** har utløst nærmest raseri blant fastleger som har fått negative kommentarer. Selv om dette selvsagt er vondt for de legene det gjelder, er det interessant at Anna Stavdal påpeker likheten med Gallup-kåringene som fastlegene benytter til egen-reklame.

At det kan være vanskelig for pasienter å finne en god lege er noe vi må ta på største alvor. Historien til Anne Fi Troye, som mistet sin datter av kreft, er sterk lesning. Nettkåring av leger kan ses på som en del av en ønskelig demokratiseringsprosess i helsevesenet, der pasientene gis større innflytelse. Men utviklingen kan selvsagt tippe for langt, og medisinstudent Erik S. Christensen har et poeng når han advarer mot at pasienten kan bli sjefen i lege-pasientforholdet. Det er ikke vanskelig å se for seg at leger som i iveren etter popularitet, eller i redselen for å bli uthengt, kan vri praksisen i retning av unødige undersøkelser og overbehandling, samt et større frislipp av trygdeytelser. Forskerne Tor Johan Ekeland og Mia Vabø setter terningkast-kulturen i en større sammenheng, og advarer mot en «instrumen-

tell, ytrestyrt og defensiv middelmådighetskultur», og at vi får «flinke» leger i betydningen flinke til å etterleve systemkrav og all slags målinger, i stedet for å være genuint dyktige til å utøve faget sitt. Det er en utvikling hverken pasientene eller samfunnet er tjent med.

Et nettsted som **Fastlegen.no** kan bli mer attraktive for pasientene ved å tilby mer kvalitetsikret informasjon. Men det kan også være med på å legitimere en utvikling i retning av en mer markedsstilt legerolle, der lege-pasientforholdet får karakter av en vare som pasienten kan bestille. God informasjon har alltid en viktig egenverdi, men det er ikke gitt at det å styrke myndighets- eller legeforenings-drevne informasjonskanaler vil føre til at mer kommersielle og brukerdrevne aktører vil miste fotfestet. Som Wasim Zahid og Magne Nylenna er inne på eksisterer sider som Tripadvisor i beste velbefinnende til tross for all verdens offisiell stjernemerking av hoteller.

Jørgen Skavlands erfaring er at sure pasienter er sure pasienter, og at fornøyde pasienter forteller det til ham og ikke på **Legelisten.no**. Personlig har jeg ikke møtt en eneste pasient som uansett hvor mye de har lest på internett, ikke lurer på hva mener *du?* Med flere motstridende opplysninger øker gjerne tvilen. Som Anna Stavdal sier: Vi oppfattes som autoriteter, og derfor blir vi også gjenstand for gransking. Kanskje er det verken usunt eller urettferdig. Og tør vi avslutte konsultasjonen med «Hvor fornøyd er du med dagens time», slik Olof Holmquist gjør, øker kanskje sjansen for at ikke bare ros, men også misnøye, vil forbli på lege-kontoret.

Det er en fin ting å få tilbakemelding og at det belønnes å være ålreit, sier den yngste *Journalen* har snakket med, medisinstudentene Martha Næss Bergseng. Det har hun helt rett i.

JOURNALEN I NYHETENE

Mange siterte Journalen

Temasaken om rettspsykiatri i nr. 3/2012 ble sitert i en rekke medier.

NRK Dagsnytt, NTB og VGnett, Dagens Medisin, Fagpressenytt, P4 og *Aktuelt*, Sveriges Television (SVT)

Se linker til sakene på:

<http://legeforeningen.no/lokal/oslo/Nyheter/2012/Journalen-3-2012/>



■ Etableringen av Legelisten.no har ført til intens debatt, både blant leger og pasienter. På dette nettstedet kan folk anonymt skrive sin personlige mening om fastleger, i tillegg til å rangere dem i antall stjerner, hvor fem stjerner er toppkarakter.

■ Nettbaserte tilbakemeldinger fra pasientene kan forstås som en form for pasientopprør. Vår tids kritiske og opplyste pasienter opplever seg som brukere, og til dels som kunder, mener Magne Nylenna.

Terningkast- legene



«Uempatisk, arrogant og uten vilje til å hjelpe meg.»

«Nedlatende og sur.»

«Fikk følelsen av at hun ikke trodde på meg og ønsket meg ut av døren så raskt som mulig.»

FRA LEGELISTEN.NO

– Banalisering av lege-pasientforholdet

Å evaluere leger ut fra terningkast-metoden kan ses på som del av en revisjonskultur der legene disiplineres og mellommenneskelige relasjoner får karakter av en vare.

KRISTIN MACK-BORANDER

Det mener forskere som *Journalen* har snakket med.

Manglende informasjonsverdi. Siden oppstarten i mai har vel to hundre og femti tusen nordmenn besøkt Legelisten.no. Et tegn på at brukerne selv mener pasientvurderinger kan være nyttige ved valg av fastlege, hevder gründerne av nettsiden. De legene som er omtalt, er som oftest vurdert av under ti pasienter. En av Legelistens fire gründerne, Lars Haakon Søråas, uttaler på blogg.tidsskriftet.no at en slik representativitet ikke er en forutsetning for at siden skal ha informasjonsverdi for pasienter. «Befolkningens behov for informasjon veier tyngre enn legers ønske om å beskytte seg mot kritikk», sier han.

Verdløse vurderinger. Forsker og sosiolog Mia Vabø mener at informasjonsverdien ikke er god nok. – Mennesker har så ulike preferanser. Noen gir «en god dag» i høflighetsfrasene og vil ha konkrete fakta om det siste innen forskningen, andre har primært behov for å bli beroliget av en støttende, medfølelse samtale. Så lenge jeg ikke aner hvem som har skrevet disse evalueringene, er de kort og godt verdløse. De sier meg ingenting, man kunne like gjerne lagt ut legens horoskop. Personlig ville jeg hatt mye større utbytte av å forhøre meg med noen jeg kjenner, enn et vilkårlig terningkast fra noen jeg ikke vet hvem er.

Banalisering av lege-pasient-forholdet. Professor i sosialpsykologi ved Høgskulen i Volda, Tor Johan Ekeland mener det samfunnspolitiske bakteppet nettsider som Legelisten.no må forstås ut fra, er nyliberalismens innflytelse på omsorgsprofesjonene. – Det er nedfelt en logikk hvor pasienten reduseres til kunde og legen til tjenesteleverandør. Konsekvensen er at komplekse mellommenneskelige transaksjoner får karakter av en vare. Møtet mellom lege og pasient banaliseres, sier han.

– Myndighetene har selv bidratt til denne utviklingen.

– Brukermedvirkning er bra, men man har samtidig «pushet» en mistillit over på

profesjonsutøverne, og jeg er ikke sikker på at en holdning basert på grunnleggende mistillit fremmer kvalitet. Mistillit krever mye byråkrati og byråkrati koster. Når myndighetene i tillegg bygger sitt bilde av den virkeligheten de ønsker å kartlegge på for enkle modeller, blir dessuten kvalitetsmålene overfladiske og sterkt mangelfulle. Styrings-, tilsyns- og kvalitetssikringslogikken i New Public Management (NPM), kombinert med krav til evidensbasert medisin og ledsagende manualisering, øver et standardiseringspress på den enkelte lege, sier Ekeland.

– Så det skjer en type disiplinering av fastlegene, både ovenfra i form av systemkrav, og nedenfra i form av brukerrettigheter og konsumentlogikk? For mye kontroll og for liten tillit?

– Nettopp. Og forskning viser at det er umulig å stille seg på siden av denne utviklingen; det eneste man kan gjøre er varierende grad av tilpasning. Spørsmålet er om disiplineringen av legene etter hvert vil slå kontra og virke mot sin hensikt. Hvor mye detaljstyring, mistillit og autonomitap tåler fagpersoner hvis primære ønske er å være dyktige utøvere av sin profesjon? Jeg tror vi fort kan ende opp med den perverterte effekten, nemlig å få «flinke» leger. Det vil si leger som først og fremst er flinke til å etterleve systemkravene og å tilpasse seg en terningkastkultur, i stedet for å være genuint dyktige. Vi får de legene vi fortjener, sier Ekeland.

Forsker Mia Vabø er enig.

– Utviklingen bort fra den autoritære, paternalistiske legen har vært nødvendig og viktig, men man må ikke gå til motsatt ytterkant, og tro det fører noe godt med seg å frata legen makt, og erstatte den med konsumentmakt. Vi lever i en «naming and shaming-kultur» hvor det hersker en «rating»-mentalitet. Det er rangeringer overalt, men alt for lite diskusjon om holdbarheten ved ulike typer målinger som gjøres. Svært ofte måler man ikke det man har tenkt å måle. Kvalitetsmålene er med andre ord lite valide, sier Vabø.

Tunnelsyn og overdreven tro på det målbare. Forskning fra andre land viser at måling lett

fører til at man mister perspektivet og vrir seg mot det som er målbart. Vabø ser dette i sin egen forskning på omsorgstjenestene.

– Sykehjem og hjemmetjenester underlegges kvalitetsmålinger, men svarprosenten er lav og målene reflekterer ikke alltid det som er genuint viktig for folk. Allikevel feires det med bløtkake hvis man gjør det bra på målingen. Forbedringsarbeid handler om å få bedre score. Målingene blir på en måte mer virkelige enn virkeligheten selv. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene synes dette er problematisk.

Støres revisjonskultur. I et intervju i Morgenbladet nylig, snakket Jonas Gahr Støre positivt om den brede demokratiseringsprosessen som har skjedd, «hvor hver enkelt av oss har fått stadig nye rettigheter i møte med det offentlige.» Han vedgår at det i helsetjenestene har skjedd en «forskyvning» mot det som er målbart, men fremhever at det samtidig er positivt «at vi har fått en revisjonskultur i samfunnet med konsekvenser som vi kanskje bør erkjenne, enten vi aksepterer dem eller ikke.»

Revisjonssamfunnet er altså kommet for å bli, skal man tro Støre. Vabø og Ekeland er opptatt av de utilsiktede konsekvensene av dette, og mener man i stedet for å høyne kvaliteten, risikerer å få en instrumentell, ytrestyrt og defensiv middelmåldighetskultur i helsevesenet. Veien fra revisjonskultur til terningkastkultur er ikke lang.

Vabø peker på hvordan dagens helsevesen, med sitt fokus på gjennomslutlighet, mistillit og avdekking, får drahjelp av media.

– Revisjonskulturen passer som hånd i hanske med tabloidenes jakt på *Den store avsløringen* og de fete overskriftene, sier hun.

Ekeland sier at dersom det er slik at mange av de systemene en har iverksatt for å skape effektivitet og kvalitet ikke har hatt ønsket effekt, men virker demotiverende og stjeler ressurser og kompetanse fra primærvirksomheten, altså behandling, da bør ikke medisinen bli «mer av det samme».

– Støre bør be om kritisk forskning på dette, – vi trenger mer kunnskap om hvordan legens hverdag oppleves nedenfra. Om han bidrar til dette gir han også et signal om at han tar fagfolk på alvor. Lukker man øynene kan resultatet bli som i skolen, der man gjennom lang tid har overstyrt lærere, med statusfall og inkompetanse som resultat, sier han. ■

– Pasientene gjør opprør

– Vår tids pasienter opplever seg som brukere, og til dels som kunder. De vil ha god opplevelse, ikke bare god overlevelse, sier Magne Nylenna, direktør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

PER HELGE MÅSEIDE

Nylenna mener nettbaserte tilbakemeldinger fra pasientene, som for eksempel legelisten.no, kan forstås som en form for pasientopprør, der pasientene forsøker å få oversikt og kontroll over helsetjenestetilbudet og sin egen situasjon.

– Mer kritiske og opplyste pasienter krever også en god opplevelse hos legen. Og det får de blant annet ved å sette i gang aksjoner, sier Nylenna, som ser på dette som en form for maktforskyvning i pasientens favør.

I følge Nylenna skårer Norge stort sett bra på harde endepunkter som overlevelse, komplikasjonsfrekvens osv, mens resultatene er mer variable på myke endepunkter som ventetid, kommunikasjon med legen og timebestillinger.

– Det dreier seg for eksempel om datastymer som ikke kommuniserer med hverandre eller at man må mase på legen sin for å få oppfølgingstid.

Resultatene for eksempel fra Commonwealth Fund-undersøkelsene, som gjennomføres i regi av Kunnskapssenteret viser også at Norge skårer relativt dårlig på pasienterfaringsmålinger, og

allmennlegenes muligheter til å sammenligne egne prestasjoner med andre allmennleger.

– Når pasientene forstår at legen deres for eksempel mangler oversikt over hva som har skjedd med dem på sykehuset, reagerer de negativt. Fordi pasientene har få muligheter til å sjekke harde endepunkter som overlevelse, tar de makten tilbake ved å kommentere legene på «myke data», sier han.

Næring i vekst. Nylenna tror at vi vil få se stadig mer til brukerevalueringer i helsetjenesten. Han understreker at Kunnskapssenteret ikke kartlegger pasienttilfredshet, men pasienterfaringer, og der det sentrale ikke er i hvilken grad pasienten er fornøyd med legens oppførsel, men heller om legen ga god informasjon, åpnet for spørsmål, husket å ordne ny time etc. Nylenna peker på at den årlige Commonwealth Fund-undersøkelsen, som gjennomføres i elleve land, i tur og orden blant allmennleger, sykehusleger og pasienter, gir mulighet både til å sammenlikne Norge med andre land, og å studere utviklingen i Norge over tid.

– Men blir det en bedre helsetjeneste av å måle pasienterfaringer?

– Ja, indirekte, i den forstand at vi får en helsetjeneste mer på brukernes premisser, sier han.

Kan ikke forhindre. Som direktør for Kunnskapssenteret ønsker ikke Nylenna å ha «en normativ funksjon», og å besvare spørsmålene om han ønsker en større grad av formalisert pasientevaluering velkommen, og om myndighetene bør ta et større ansvar. Men han tror ikke at det er noen tvil om at vi vil få se mer til brukeropplevelser på nettet:

– Ingen kan forhindre evalueringer av helseinstitusjoner og leger på internett, på samme måte som ingen kan forhindre at hoteller og reiseselskaper blir evaluert. Her ser man at reiselivet selv har innført sine egne systemer med stjerner, men side om side med dette eksisterer det brukerstyrte sider som «Tripadvisor».

I henhold til § 35 i Lov om helseforetak er det enkelte regionale helseforetak forpliktet til å opprette egne brukerråd. Det er et tilsvarende påbud i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3.10, men uten at dette er konkretisert på samme måte.

– Utfordringen framover er å sette brukermidvirkning i kommunehelsetjenesten i system, slik man har gjort i spesialisthelsetjenesten, sier Nylenna. ■

Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Hvor er du hen, min fastlege?

«Jeg har ingen kunnskap om hva som forventes av meg i forhold til min fastlege. Er det slik at hvis ett år ikke har medført besøk, bør jeg ringe?»

Et nokså tilfeldig møte med min fastlege gjorde meg oppmerksom på at han hadde tatt noen steg i riktig retning. Bytte av praksis hadde gjort underverk for hans legevirk, og jeg lot meg rive med av entusiasmen. Han var min fastlege og jeg var med på flyttelasset til et faglig bedre miljø. Hurra! «Nei, nei, du er igjen på det gamle kontoret», fikk jeg så beskjed om. «Siden når da», spurte jeg forsiktig. Det er vel rundt tre år siden. Nå har jeg aldri rent ned døren hos min fastlege, men jeg har hele tiden vært trygg på at han har vært der for meg. Nå var jeg byttet bort, solgt, og med det følte jeg meg veldig forlatt.

Er fastlegen til for meg? Jeg har ingen kunnskap om hva som forventes av meg i forhold til min fastlege. Er det slik at hvis ett år ikke har medført besøk, bør jeg ringe han? Be han føre inn i journalen at jeg hadde en lei hoste i mars, litt vondt i en hofte i juli, men stort sett er ved god helse og med det ønske ham en fredfylt jul!

I min lille verden burde min nye fastlege i løpet av disse tre årene ha hatt et pitte lite ønske om å bli kjent med meg. Han, mulig det er henne, hva vet jeg, burde gått igjennom journalene, katalogisert oss, og med det visst litt mer om sin kunde-gruppe. Men, det er mulig han ikke ser på meg som en kunde, mulig jeg kun er listefyll, og med det får jeg en nagende følelse av at fastlegen ikke lenger er til for meg.

Jeg er en av dem med litt tyngre bagasje i legevarden. Min tillitt er tynnslitt grunnet en lang utredning for ni år siden. Etter atten legebese, to innleggelse, uttalelser om lav smerteterskel og lite samarbeidsvilje, ble min datter diagnostisert med en heftig kreftdiagnose, Ewing sarkom. Samme dag som diagnosen ble stilt kom óg budskapet om den sikre død.

At min datter døde er ikke fastlegen sin skyld, ei heller de elleve andre legene sin, men etter hennes død mener jeg vi burde være «obs-pasienter». Du trenger ikke å ha embetseksamen for å vite at familiens helse blir svekket når et barn dør. Nå er det snart åtte år siden, men etter mitt møte med min nå forhenværende fastlege følte meg såpass utrygg at jeg kontaktet barnas fastlege. Det viser seg at denne legen er langtidssyk-meldt. Vi er med andre ord en familie i ingenmannsland. Helt og holdent vår egen skyld, vi burde fulgt med, men igjen, over-skuddet har blitt brukt på andre felt.

Vi er stadig flere som velger å sitte i mangfoldige timer på et venterom på



ANNE FI TROYES datter Cornelia, fikk diagnostisert Ewings sarkom våren 2004, og døde åtte måneder senere. Anne Fi Troye er utdannet journalist og ga i 2010 ut boka Fremdeles i live med sine erfaringer som pårørende. Hun har siden engasjert seg sterkt i frivillig arbeid for kreftpasienter, bla gjennom en fagdag for sarkomer ved OUS, Radiumhospitalet, (www.denstorekuledagen.no), og gjennom Cornelia-stiftelsen. Hun underviser også medisinstudenter om kommunikasjon med bakgrunn i sine erfaringer.

legevakten hvor vi vil bli behandlet av en vilt fremmed lege fremfor å vente på time hos fastlegen. Det er noe riv ruskende galt her! Har vi virkelig større tiltro til legen på legevakten, eller er det dét at han har tid? Ikke god tid til store utredninger, men rekker vi ikke hans skift så kommer det en ny lege som kan kikke på oss, og med det føler vi oss trygge. Blir jeg syk trenger jeg hjelp nå, ikke om tre uker. Så en mulig liten gest til oss pasienter kan være noen timer pr uke avsatt til akutte fastpasienter. Vi klarer å vente én dag eller to, men ikke lengre.

De tre T'ene til fastlegen bør være tillit, trygghet og tid. Det trengs ikke kunnskap om all verdens diagnoser, vi vet det ikke er lett, men har vi tillitt til legene blir vi også bedre pasienter.

Drømmen til enhver fastlege må være at pasientens vanskeligste spørsmål ikke stilles på vei ut døren. Å vente så lenge er den utrygge pasientens siste våpen mot en heftig diagnose.

Heftige diagnoser må følges opp, selv om vi blir behandlet på sykehus. På min vei har jeg kun møtt én eneste tøff fastlege. På tross av hoderystinger fra kollegaer ga han sitt private telefonnummer til alle sine kreftpasienter. Han var nesten skuffet over hvor få som ringte, men den tillitten og tryggheten han skapte hos sine pasienter var ubetalelig.

Og, sist men ikke minst, når vi som pasienter har tillitt til fastlegene så vil færre av oss oppsøke den alternative verden. Vi trenger å vite at vår fastlege er på vårt lag når vi blir bombardert med misteltegn og reishi sopp.

ANNÉ FI TROYE

Ps, hvis min nye fastlege leser dette, jeg behøver ikke konsultasjon, ei heller julekort, bare en liten hilsen så jeg vet hvem du er!

– Leger bør legge ut mer informasjon

Jan Emil Kristoffersen tror leger kan demme opp for kommersielle nettsider ved å legge ut mer informasjon om sin egen legepraksis.

KRISTIN MACK-BORANDER
PER HELGE MÅSEIDE

– Ethvert vakuum vil fylles over tid, også et informasjonsvakuum, sier han. Den tidligere lederen av Allmennlegeforeningen foreslo i sin tid å etablere et eget publikumsrettet nettsted om fastlegeordningen med mer utfyllende informasjon enn det som ligger på www.helfo.no. I dag driver Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin nettstedet Fastlegen.no.

– Det var min klare oppfatning at staten eller private aktører ville gjøre dette hvis vi ikke selv bidro til mer transparens.

Kristoffersen har liten sans for den omstridte Legelisten.no, men tror liknende nettsider er vanskelig å styre unna i dagens samfunn.

– Som motvekt bør allmennlegene som gruppe bli mye mindre redde for å legge ut opplysninger om seg selv og sin praksis. Hvis legene selv sørger for å bemanne Fastlegen.no med god informasjon, i det minste om spesialiteter,

kompetanse, språkkunnskaper, alder og kjønn, er mye vunnet. Dessuten bør data fra strukturerter brukerundersøkelser gjøres tilgjengelig, slik at publikum kan velge fastlege basert på adekvat informasjon.

Samtykkebasert.

– Søkeverktøyet på Fastlegen.no omfatter samtykkebaserte medlemsdata fra Legeforeningen, og er dermed ikke komplett. Nå er 2500 fastleger med.

Med dagens system er det en utfordring å få med flere leger for å forbedre søket.

I tiden som kommer må vi vurdere alternative måter å gjøre dette på, sier redaktør for Fastlegen.no, Tom Sundar. Han forteller at i siste måned var det 31 000 besøk, hvorav 26 000 unike brukere. ■

«Som motvekt bør allmennlegene som gruppe bli mye mindre redde for å legge ut opplysninger om seg selv og sin praksis.

JAN EMIL KRISTOFFERSEN

Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Savner system for tilbakemeldinger til legene

Leder i Norsk pasientforening, Guro Birkeland, ønsker å gjøre det lettere for pasientene å gi tilbakemeldinger på uønsket legeatferd og kommunikasjonssvikt.

KRISTIN MACK-BORANDER

– Det er viktig at det finnes gode muligheter for å gi tilbakemelding om hvordan man opplever å bli møtt av sin fastlege – en slik tjeneste har vi ikke i dag. Men jeg tenker at dette er mer interessant på et overordnet nivå enn for den enkelte lege i form av en anonymisert kommentar på internett, sier hun.

Birkeland, som selv er lege, sier det er en stor utfordring at det er så lite tilgjengelig informasjon om kvaliteten på fastleger og andre deler av helsetjenesten.

– Norsk pasientforening får jevnlig henvendelser fra pasienter som erfarer at fastlegen ikke tar seg tid til å lytte til det de har å si. En annen vanlig klage er fastleger som forholder seg stivbeint og rigid til et prinsipp om kun ett problem per konsultasjon. Nevner pasienten noe annet, får de straks beskjed om å bestille ny time, uavhengig av hvor mye tid som er gått. Hvordan en del slike ting faktisk oppleves av pasientene, tror jeg mange fastleger kunne hatt nytte av å vite mer om, sier Birkeland. Hun nevner også et eksempel, der hun forsøkte å finne en god lege til en eldre pasient, og der de negative tilbakemeldingene på nettstedet Legelisten.no stod i skarp kontrast til hva hun hadde fått høre via bekjente.

– Jeg prøvde å si til pasienten at disse vurderingene ikke nødvendigvis trengte å stemme og at jeg hadde hørt noe helt annet, men tvilen var sådd, pasienten mistet tiltroen til disse legene. Slik tror jeg det kan være for flere pasienter, særlig de som er litt sårbare, sier hun. ■

«I gamle dager skrev vi på dovegger og slikt. Nå er det liksom mer digitalt, men det er greit for meg.

Jørgen Skavlan, mest kjent som Norges mest populære fastlege har selv gått inn på Legelisten.no og skrevet hyggelige omtaler av kolleger, og hans mor har skrevet en fin omtale av han selv.

CHARLOTTE LUNDE

– Hva er fordelene med et «rating»-verktøy som [Legelisten](http://Legelisten.no)? – «Rating»-verktøy kan være nyttige for både leger og pasienter. Et speil, et læreverkøy og en korreksjon for oss og en hjelp for pasienter i valget av lege. Problemet er at Legelisten.no er en tabloid versjon. Litt som ligningstallene som egentlig ikke sier noe.



Jørgen Skavlan.

– Hvorfor tror du allmennlegenes egen side Fastlegen.no ikke har hatt samme brukerappell?

– Fordi den ikke er omtalt i VG og fordi den ikke er «så morsom» med personkarakteristikker.

På [Legelisten](http://Legelisten.no) kan moren min berømme meg og jeg har personlig gitt flere kolleger gode skussmål.

– Er denne type karaktersetning noe leger etterhvert må finne seg i?

– Vi må sikkert akseptere det som vi må akseptere Paradise Hotel og Se og Hør, men det betyr ikke at vi må like det. Vi vet at leger ikke alltid skal være populære. Vi vet at det å nekte noen sykmelding, vanedannende medisin eller unødige undersøkelser ikke er populært. At man da får én stjerne og kommentaren «arrogant lege» skal man være stolt av. Med andre ord; en slik liste er egentlig ikke annet enn folkeforlystelse når man ser det i et slikt perspektiv.

– Er du selv blitt karaktersatt? I så fall hvordan opplevde du det?

– Jeg har sjekket, ja. Bortsett fra min mors og min kollegas vennlige omtale så står det at jeg er «en lege for de store anledninger». Det likte jeg. Tar det som et kompliment egentlig selv om det nok

ikke var ment positivt. Nå har jeg ikke sjekket listen på tre mnd og jeg tror faktisk ikke jeg kommer til å se på den igjen, noensinne.

Hvorfor skal jeg det? Sure pasienter er sure pasienter. Fornøyde pasienter forteller det til meg og ikke på Legelisten.no.

– Hva kan denne type «rating»-verktøy gjøre med lege-pasientforholdet?

– Svært lite. Vi har fritt legevalg i Norge. I gamle dager skrev vi på dovegger og slikt. Nå er det liksom mer digitalt, men det er greit for meg.

– Hvilke etiske utfordringer ser du her?

– Egentlig ser jeg få etiske problemer. Jeg tror Legelisten.no er for tabloid til å gi etiske dilemmaer. Jeg ønsker likevel seriøse måter å måle kvalitet i legetjenesten velkommen. ■

«Legelisten.no er et uttrykk for vår samtid og kultur, og et fenomen som gjenfinnes på mange andre områder.

Anna Stavdal, fastlege i Oslo og universitetslektor ved UiO, mener legene, som autoriteter i helse- og velferdssystemet, må regne med å bli vurdert av publikum.

CHARLOTTE LUNDE

– Hva er fordelene med et «rating»-verktøy som [Legelisten](http://Legelisten.no)?

– Jeg tror listen reflekterer et behov for å få vite mer om fastlegene, men [Legelisten](http://Legelisten.no) tjener ikke formålet. Den bygger ikke på konsistente og sammenlignbare kriterier.

– Hvorfor tror du allmennlegenes egen side Fastlegen.no ikke har hatt samme brukerappell?



Anna Stavdal.

– Fastlegen.no gir ikke nyttig tilleggsinformasjon på systematisk vis og gir dermed ingen signifikant tilleggsverdi sammenliknet med HELFOs oversikt. Legene motsatte seg jo at listen obligatorisk skulle inneholde tilleggs-kriterier. [Legelisten](http://Legelisten.no) fungerer kanskje mest som en sladderpalte? Sladder tiltrekker seg alltid oppmerksomhet.

– Er denne type karaktersetning [Legelisten](http://Legelisten.no) driver med, noe leger etterhvert må finne seg i?

– [Legelisten](http://Legelisten.no) er et uttrykk for vår samtid og kultur, og et fenomen som gjenfinnes på mange andre samfunnsområder. Spørsmålet er i hvilken grad vi skal legge vekt på det som publiseres der. Som autoriteter i det norske helse- og velferdssystemet må vi regne med at vi blir gjenstand for granskning og varierende tilfredshet.

– Gallup Norge har kåret fastlegeordningen til topplassering flere år på rad. Prinsipielt er det liten forskjell på [Legelisten](http://Legelisten.no). no og en slik meningsmåling. Begge lodder folks grad av tilfredshet, men ingen av dem gir etterprøvbare vurderinger av den faglige kvaliteten på tilbudet. Popularitet er ikke nødvendigvis synonymt med kvalitet.

– Er du selv blitt karaktersatt? I så fall hvordan opplevde du det?

– Ja, jeg har sett på listen en gang, og hadde da en håndfull uttalelser. Jeg la ikke spesielt vekt verken på det positive eller negative.

– Hva kan denne type «rating»-verktøy gjøre med lege-pasientforholdet?

– Lege-pasientforholdet skapes og vernes i møtene mellom pasient og lege – ikke på nettet.

– Hvilke etiske utfordringer ser du?

– De etiske dilemmaene knyttet til [Legelisten](http://Legelisten.no).no tilhører de ansvarlige eierne. Om listen har en negativ effekt, er det at den bygger opp om en populistisk forbrukerkultur i bruk av offentlige helsetjenester. Det er skadelig for pasientene våre. ■

«Det er en utvikling som ikke kan stanses»

Erik S. Christensen, (27)
medisinstudent på 8. semester ved UiO

ANE BRANDTZÆG NÆSS

1. Hva tenker du om en utvikling mot at det blir vanlig å sette karakter på lærere og leger?

– Jeg tror man har vært litt redde for å si sannheten i Norge. Vi er tradisjonelt mer glade i å baksnakke enn å fram snakke, og offentlig evaluering går på akkord med den tradisjonen. Jeg synes det er helt greit med evaluering, det burde alle tåle. Så lenge det er arbeidet og ikke privatpersoner som blir vurdert, synes jeg evaluering er veldig kurant.



«Vi skal være ydmyke og fleksible, men vi skal ikke kimse av at vi er bærere av mye kunnskap»

2. Hvordan vil det påvirke deg som lege, dersom du vet at pasienten din kan komme til å evaluere deg offentlig?

– Det er vanskelig å vite siden jeg ikke er lege ennå. Men det burde ikke påvirke meg, for alt en lege gjør er jo offentlig uansett. Likevel er det jo ikke helt uproblematisk at en som ikke er sakkyndig uttaler seg om arbeidet mitt. Men det er en utvikling som ikke kan stanses. Det er et problem dersom man blir en lege som skal stryke alle på kinnet og ikke tør å være en tøff lege med upopulære tiltak noen ganger. Det er en risiko for at man alltid gir pasientene det de vil ha for å få et kulere blogginnlegg om seg selv i etterkant, og dermed større popularitet.

3. Hvordan tror du lege-pasient-forholdet kan endre seg (i positiv eller negativ retning) dersom pasientene i større grad evaluerer helsevesenet og de som jobber der?

– Man må huske på hvem det er som gjør hvem en tjeneste, og det er viktig at pasienten ikke blir sjef i lege-pasient-forholdet. Det kan bli en ubalanse i forholdet hvis pasienten får veldig mye makt, spesielt med tanke på at legens arbeid ikke alltid oppfattes som umiddelbar behagelig av pasienten, som for eksempel i psykiatrien. Men når det er sagt er jo ikke de fleste pasienter bloggere og aktive på internett.

4. Dersom du ser for deg en framtidig ordning for pasientevaluering, der personvernet ivaretas, hvilke faktorer synes du burde være med?

– Tja, det at legen tar seg tid, er ærlig, gjør det han skal: Er han pålitelig? Det er altså en fordel om man vurderer mer objektive ting. Det hadde vært gunstig å evaluere det faglige også, for det er jo tross alt det viktigste, men om det er faglig riktig er jo forbeholdt vår profesjon å avgjøre, ikke pasienten. Vi skal være ydmyke og fleksible, men vi skal ikke kimse av at vi er bærere av mye kunnskap, så vi bør ikke prate oss selv ned.

Martha Næss Bergseng (24),
medisinstudent på 5. semester ved UiO

1. Hva tenker du om en utvikling mot at det blir vanlig å sette karakter på lærere og leger?

– Det er en fin ting for både lærere og leger å få tilbakemelding og at det belønnes å være ålreit. Men det kan være litt skummelt når det gjelder leger. En bra karakter betyr ikke nødvendigvis at hun er en bedre lege enn en annen. Og så er det en risiko for at det blir uthenging. Men egentlig er det bra, det kan gi et press for bedre oppfølging og at leger oppfører seg bedre.



«Men man må for eksempel kunne si om legen snakker for dårlig norsk»

– Det er viktig å gi god tilbakemelding til folk som gjør en god jobb. Dessuten gir det en pekepinn på hva som er viktig for pasientene. Dersom det viser seg at det er viktig å gi pasienter fem minutter ekstra i konsultasjonen, kan det føre til at man gir pasienter mer tid for å få andre til å velge deg som fastlege.

2. Hvordan vil det påvirke deg som lege, dersom du vet at pasienten din kan komme til å evaluere deg offentlig?

– Jeg tror jeg hadde blitt mer stressa for å gjøre en dårlig jobb og litt redd for å ta kjipe beslutninger. Samtidig er jeg generelt opptatt av at pasienter skal være fornøyde med legene sine. Men lista blir jo lavere for uthenging og leger kan ikke forsvare seg på grunn av taushetsplikten.

3. Hvordan tror du lege-pasient-forholdet kan endre seg (i positiv eller negativ retning) dersom pasientene i større grad evaluerer helsevesenet og de som jobber der?

– Pasientene får jo litt mer makt, og kanskje blir forholdet mer likeverdig. Leger kan bli enda mer forsiktige med å ha en ovenfra-og-ned-holdning. Men samtidig kan det gi for forsiktige leger.

4. Dersom du ser for deg en framtidig ordning for pasientevaluering, der personvernet ivaretas, hvilke faktorer synes du burde være med?

– Egentlig alt, bortsett fra usaklige ting som hva legen gjør på fritiden, hvordan han eller hun ser ut og om legen er ung, gammel, mann eller kvinne. Men man må for eksempel kunne si om legen snakker for dårlig norsk. Dessuten er det viktig at det ikke blir en helt anonym evaluering. Det er uheldig dersom det blir som i nettdebattene på nettviser, der debatten sklir helt ut. Dermed må det være greit at dersom man får et dårlig forhold til legen sin fordi man legger ut en veldig dårlig kommentar, må man ta konsekvensen av det og bytte fastlege.

Wasim Zahid (37),
kardiolog

1. Hva tenker du om en utvikling mot at det blir vanlig å sette karakter på lærere og leger?

– Jeg tror at det er en utvikling som kommer og som vil være vanskelig å motarbeide. Brukererfaringer er i tiden, mye på grunn av internett som har gitt oss mulighet til å «rate», vurdere og sette terningkast på forskjellige ting. Folk stoler gjerne mer på andres erfaringer med et hotell enn hotellets egen informasjon. Det er det samme med tjenesteyrker. Man vil gjerne vite om en advokat eller lege er bra å gå til, og om de er flinke. I samfunnet vårt er det lagt til rett for slike evalueringer, og det er ikke til å unngå. Jeg synes for så vidt ikke det er veldig negativt, det gjelder alle andre serviceyrker også.



«Jakten på å kapre kunder kan gjøre at man får vaner som ikke nødvendigvis er de faglig beste»

2. Hvordan vil det påvirke deg som lege, dersom du vet at pasienten din kan komme til å evaluere deg offentlig?

– Evaluering av leger er litt mer spesielt. Det er snakk om nære og private ting og har mer med personlig kjemi å gjøre. Det er mulig én pasient opplever meg som en bra lege som oppfyller hans forventninger og behov, mens jeg blir helt feil for en annen pasient. Det tror jeg imidlertid de fleste pasienter er klare over når de leser slike evalueringer.

– I store områder, som Oslo, der det er mange leger som konkurrerer om pasientene, kan en slik evaluering gjøre at man skjerper seg ekstra for å yte mer service. Men jakten på å kapre kunder kan gjøre at man får vaner som ikke nødvendigvis er de faglig beste.

3. Hvordan tror du lege-pasient-forholdet kan endre seg (i positiv eller negativ retning) dersom pasientene i større grad evaluerer helsevesenet og de som jobber der?

– Mange pasienter klager over dårlig tilgjengelighet og lange ventetider for å få time. Det kan forbedres dersom man evalueres. Men dersom man prøver å bli for «populær» kan det gå utover det faglige. Som lege må man ofte ta beslutninger som er riktige, men upopulære.

4. Dersom du ser for deg en framtidig ordning for pasientevaluering, der personvernet ivaretas, hvilke faktorer synes du burde være med?

– Det greieste er de tekniske og objektive tingene som tilgjengelighet på telefon, ventetid for å få time, om man føler at legen tar seg tid og er lyttende og empatisk. Det faglige er vanskeligere for en pasient å vurdere, tror jeg.

Olof Holmquist (35),
lege i spesialisering i barnekirurgi

1. Hva tenker du om en utvikling mot at det blir vanlig å sette karakter på lærere og leger?

– Pasienter har enorm tilgang til informasjon om sykdommer og behandling og stiller nok større krav til legen sin i dag enn for 20 år siden. Jeg tror at pasienter alltid forlater en konsultasjon med en slags følelse av hvor godt legen møtte hans eller hennes medisinske og sosiale behov. Det hadde kanskje vært gunstig hvis hun eller han fikk dele denne følelsen med andre pasienter og med legen?



«Jeg pleier å avslutte hver konsultasjon med å spørre «er du fornøyd med dagens time?»

– Pasienter deler bakeoppskrifter og anbefaler gode restauranter til venner, hvorfor ikke gode lege-tips? Jeg synes det hadde vært fint å ha et slags verktøy hvor folk kan lete etter en velrenomert lege eller anbefale en lege man er spesielt fornøyd med til andre. Men, jeg tror det er viktig med et krav om at karakteren begrunnes slik at det kommer fram hvilke forhold pasienten var fornøyd eller misfornøyd med. Både for legens egen utvikling og for andre pasienters mulighet til å bedømme selv.

2. Hvordan vil det påvirke deg som lege, dersom du vet at pasienten din kan komme til å evaluere deg offentlig?

– Jeg tror ikke det ville påvirke meg veldig mye, ikke initialt i hvert fall. Engangshendelser med misnøye kan skje av mange grunner, men gjentatte negative, godt motiverte tilbakemeldinger ville sikkert fått meg å revurdere min praksis. Jeg pleier å avslutte hver konsultasjon med å spørre «er du fornøyd med dagens time? Har jeg glemmt å spørre deg noe som du gjerne ville snakke om?»

3. Hvordan tror du lege-pasient-forholdet kan endre seg (i positiv eller negativ retning) dersom pasientene i større grad evaluerer helsevesenet og de som jobber der?

– Jeg tror ikke det ville påvirke leger så veldig mye. Eldre kolleger er rimelig «faste» i gamle spor. Muligens vil ferskere leger ta til seg tilbakemeldinger i større grad. Dessuten blir diskusjonen veldig forskjellig med tanke på fastleger, hvor det er mange å velge mellom, og sykehusleger, hvor man ofte ikke kan velge en annen lege. Et annet viktig spørsmål er hva poenget med karakterer er; gi pasienten mulighet til å gi tilbakemelding til helsepersonell eller å gi pasienter bedre mulighet til å velge mellom for eksempel leger?

4. Dersom du ser for deg en framtidig ordning for pasientevaluering, der personvernet ivaretas, hvilke faktorer synes du burde være med?

– Jeg synes at det kunne være rimelig å vurdere om man opplevde å få nok tid, om man fikk uttrykke det som plager en mest, om man fikk forståelse for problemet sitt og om man fikk en behandling eller en forklaring på den tilstand man søkte lege for.

Misnøye med laboratorievirksomheten i Oslos sykehjem

Til tross for at sykehjemslegene de siste årene er blitt fast ansatt på hel- eller deltid, får de liten tid til oppdatering av arbeidsrutiner og internundervisning.

PER HELGE MÅSEIDE

Det er også store frustrasjoner knyttet til kvalitetssikringen av laboratorieprøvene.

Åtte av ti sykehjem bruker nå journal-systemet Gerica, de øvrige bruker fortsatt papirjournaler. Mer enn seks av ti leger er svært lite fornøyd med hvordan laboratorieavdelingene håndteres i journalsystemet, og bare 12 % av legene sier de er i nokså stor eller i stor grad fornøyd med dette. Så mange som 45 % vet ikke en gang om sykehjemmet er tilmeldt i organisasjonen Noklus, som kvalitetssikrer laboratoriearbeid i helseforetakene og på sykehjemmene.

Dette framkommer av en spørreundersøkelse Oslo legeforening har gjennomført blant sykehjemslegene i Oslo. Undersøkelsen viser også at samarbeidet med

andre sykehjemsleger og spesialisthelsetjenesten er dårlig.

En tilsvarende spørreundersøkelse ble også gjennomført i 2007, og i mellomtiden er det gjennomført en endring ved at flere leger arbeider i større stillingsbrøker (se også kronikk av Pernille Brusgaard side 15). Likevel er endringene relativt små, når det gjelder svarene fra legene.

– Forholdene i Oslo er svært spesielle. Jeg tror ikke situasjonen ellers i landet er like ille, sa Tor Inge Romøren, lege og professor ved NOVA, til *Journalen* i 2007.

På enkelte felt, som samtaler med pårørende og skriving av dødsattester, har sykehjemslegene fått noe bedre tid. Men legene er fortsatt i liten grad fornøyde med tiden de får til kompetansebygging og utarbeidelse av faglige rutiner. Nesten

halvparten av legene får i svært liten grad tid til å lage og oppdatere kvalitetsrutiner, mens bare 38 % sier de i noen grad får tid til dette. Sju av ti leger får i svært liten grad tid til internundervisning, bare 13 % får i noen grad eller i liten grad tid til dette.

Ikke med i kvalitetsutvalg. Det er flere som svarer at de opplever avvikssystemet som lite eller noe nyttig, enn de som sier dette i nokså stor grad eller i stor grad er til nytte i arbeidet. Og legene er i liten grad med der avvikene diskuteres: Bare litt over halvparten av legene deltar i sykehjemmenes kvalitetsutvalg.

Se den fullstendige undersøkelsen på www.legeforeningen.no/oslo.

– Deprimerende

– Jeg har snakket med en del sykehjemsleger, og det har ofte vært deprimerende. De har ofte lite kjennskap til både labtjenester og Noklus, sier tidligere avdelingssjef, Sverre Landaas. Han var 20 år i Noklus, men er nå overlege ved Avd. for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus

Noklus er en landsdekkende organisasjon for kvalitetssikring av laboratorietjenester med et senter i Bergen og konsulenter og legespesialister tilknyttet lokale helseforetak. Noklus har samarbeidsavtaler med alle regionale helseforetak.

– Oslo har nok vært det vanskeligste av landets fylker når det gjelder å få forståelse for kvalitetsarbeid og innpass av Noklus i sykehjemmene. Sykehjemmene er gjerne store, det er ofte for liten kontakt mellom leder, som er svært opptatt av å spare penger, og de som utfører prøvetaking og labanalyser. Det er også stor gjennomtrekk av personell.

– Noen har riktignok hatt en posisjon på sitt sykehjem og vært gode pådrivere for laboratoriearbeid, men mange har virket nokså anonyme.

– Jeg tror det er veldig viktig å få opp kvaliteten på sykehjemmene, ikke minst nå som Samhandlingsreformen kommer. Labtjenestene er en viktig del av det hele, sier Sverre Landaas.

PHM



•Fag •Økonomi
•Kvalitet

MEDIQ

DIN LEVERANDØR TIL LEGEKONTOR
Mediq er en av landets ledende leverandører av medisinsk forbruksmateriell til helse-Norge.

Vi har gode totaløkonomiske løsninger til legekontor og spesialkompetanse innenfor foreskriving av resepter og refusjon (§5-22).

Ta kontakt med oss på:
67 17 57 57

...når kunnskap er viktig

Mediq Norge AS, kundeservice@mediqnor.no, www.mediqnor.no

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Styret

LEDER
Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekantor
svein.aarseth@legeforeningen.no

NESTLEDER
Kristin Hovland, Nmf 23 19 51 00
Statens arbeidsmiljøinstitutt
kristin.hovland@stami.no

Recep Øzeke 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@akersykehus.no

Pernille Brusgaard
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 58 44 99
Nydalens legesenter
bjorn.sletvold@vikenfiber.no

Siri Schøyen Seterelv, LSA 02180
Bydel Grorud
siri.schoyen.seterelv@bgr.oslo.kommune.no

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus, Ullevål
aasmund.bredeli@ulleval.no

Oscar Løvdal, PSL 23 07 26 00
Oslo Øre-Nese-Hals
oscar@oslo-onh.no

Ruth Foseide Flensing, Ylf 22 89 40 0
ass. lege ved Medisinsk klinikk OUS Aker
ruthfth@hotmail.com

Kjetil Fiane Christensen, Nmf 22 85 05 50
Universitetet i Oslo
kjetilfc@gmail.com

Espen Saxhaug
Kristoffersen, LVS 22 85 50 50
stipendiat, UiO Avdeling fra allmennmedisin
Epost: e.s.kristoffersen@medisin.uio.no

SEKRETARIAT
Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.brøter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42
Oslo legeforening
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no

KURSKOMITÉ
Reidar Johansen 22 95 55 90
leder
Majorstukrysset legegruppe
reidar@doctor.com

LEGE FOR LEGE-ORDNINGEN
Ellen Scheel 22 51 11 00
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

LEDEREN

Sykehjemsetaten setter legene på sidelinjen

Da sykehjemsetaten ble opprettet i 2007, hadde Oslo legeforening støttet dette i en høringsuttalelse året før. Vi så for oss muligheter til å skape en etat med stor faglig tyngde og som kunne være en motor i sykehjemsmedisinen. Vi er i tvil om dette har skjedd i den grad vi hadde håpet!

I Oslo er det nesten 5000 sykehjems-plasser. Ca. 10 prosent er korttidsplasser og 20 % skjermede plasser. Sykehjemsetaten har i 2013 et budsjett på 4,6 milliarder kroner. Ved siste årsskifte ble det utført nesten 4000 årsverk fordelt på 6500 personer. Det er også gledelig at antall legeårsverk er økt. Det bør bli mye bra pleie og omsorg av slikt.

«44 prosent av oss vil dø i sykehjem. Derfor er omsorg ved livets slutt viktig.»

Hvorfor er vi så ikke fornøyd? Vi mener etaten har langt å gå når det gjelder ledelse og styring og å legge forholdene til rette for forsvarlig utøvelse av medisinsk faglig virksomhet, noe vi så på som viktige suksesskriterier for etaten.

44 prosent av oss vil dø i sykehjem. Derfor er omsorg ved livets slutt viktig. Kartleggingen referert i dette nummer viser at dette er en oppgave som kan gjøres bedre. Det krever tid, kontinuitet, opplæring, kompetanseheving og ressurser.

Kartleggingen viser at legene ikke involveres tilstrekkelig i sykehjemsdriften. De brukes lite som fagressurs av ledelsen, og blir ikke involvert i tilstrekkelig grad i kvalitetsarbeid og kvalitetsutvikling. Generelt er legene ikke så godt fornøyd med journalverktøyet Gerica. Det gjelder særlig laboratoriedata, medikamenthåndtering, epikriser og henvisninger. Det er også et paradoks at mens årsrapporten for 2011 rapporterer

at alle leger er tilbudt opplæring på Gerica, rapporterer likevel en tredel at de ikke har fått opplæring. Det tror vi skyldes at ansvaret ligger på institusjonsnivå og ikke i etaten.

Sykehjemsetaten bør arbeide aktivt for å styrke kompetansen til medarbeiderne som arbeider ved institusjonene gjennom god planlegging og tilrettelegging fra etatsledelsen. For å få til det, må det i større grad fra etatsledelsen legges føringer for og bidra til gjennomføring av nødvendige tiltak. Med én eller et par leger på hver institusjon, blir dette en nødvendig forutsetning for å lykkes med en god legetjeneste. Det er entydig vist at god legetjeneste er et av de viktigste kvalitetskriteriene i sykehjemsdrift. Slik oppleves det ikke i dag.

Vi mener at legenes kompetanse må utnyttes bedre. De må brukes i forhold til den enkelte pasient, pårørendesamtaler og beboersamtaler, utarbeiding av medisinske rutiner og prosedyrer, kvalitetsarbeid i videste forstand. Det er et paradoks at 45 % av de spurte ikke aner om sykehjemmet de jobber på er med i NOKLUS. Det betyr formalisert og god kontakt med institusjonsleder og tilgjengelig kompetanse i sykehjemsetaten. Og det trengs fortsatt flere sykehjemsleger. Man kan ikke si seg fornøyd med 0,44 uketimer per beboer – særlig ikke sett i lys av de oppgaver man kan forvente sykehjemmene vil få framover i Samhandlingsreformens kjølvann.



Svein Aarseth
SVEIN AARSETH

KRONIKK

En legetjeneste i sykehjem for fremtiden

I 2007 ble alle sykehjemmene i Oslo underlagt Sykehjemsetaten. 30 av disse er kommunalt drevet, mens 20 av sykehjemmene er drevet av private.

I forbindelse med at kommunene ble pålagt å lage lokale normer for, og trappe opp legedekningen i sykehjem, valgte Oslo kommune å satse på fast ansatte leger i større og fulle stillinger. 80–90 leger jobber nå i sykehjem i Oslo, og av dem jobber mer enn 35 i fulle sykehjemsoverlestillinger. Ingen fastleger er derfor lenger pålagt å være tilsynsleger som del av praksisen sin, ved de kommunale sykehjemmene i Oslo.

Ettersom legestillingene er utvidet, er legene blitt presset nedover i organisasjonen, underlagt større kontroll og har mindre fleksibilitet. Mange av legene opplever at de har liten innflytelse og stort ansvar.

I den nye undersøkelsen blant sykehjemslegene i Oslo rapporterer mange at de sjeldent har kontakt med institusjonsledelsen. Det er liten tid til institusjonsrettede oppgaver som oppgradering av interne rutiner, smittevern og internundervisning. Journalsystemet Gerica er uegnet for folk som jobber klinisk.

Til tross for at legene innehar sykehjemets høyeste medisinsk faglige kompetanse, er det få som involveres i det faglige utviklings- og kvalitetsarbeidet. Den utvidete arbeidstiden bruker legene først og fremst til å dekke det store behovet for pasientrettet arbeid.

Sykehjemslegenes posisjon er sårbar. I ferier, permisjoner og ved langvarig sykdom erstattes ofte fulltidsstillinger med noen få timer legevikar per uke. Her har kommunen ingen retningslinjer for hva som regnes som forsvarlig legedekning, men det er ikke tvil om at denne grensen presses langt utover hva som kan kalles forsvarlig pasientbehandling.



PERNILLE BRUSGAARD
frilans sykehjemslege og skribent

«Til tross for at legene innehar sykehjemets høyeste medisinsk faglige kompetanse, er det få som involveres i det faglige utviklings- og kvalitetsarbeidet.»

Samhandlingsreformen pålegger sykehjemmene å behandle og ivareta en stadig sykere og mer kompleks pasientgruppe og deres pårørende. Mer enn 80 % av pasientene har demens. I fremtiden skal sykehjemmene også kunne motta og behandle pasienter til alle døgnets tider.

Så hvordan skal sykehjemslegene imøtekomme disse behovene?

Legenes tilstedeværelse, interesse og kvalifikasjoner er viktig for kvaliteten på den medisinske behandlingen av sykehjems-pasientene. Unge, fremtidsrettede kolleger som ønsker seg til sykehjemsmedisinen må få nødvendig opplæring og veiledning. Ca halvparten av sykehjemslegene i Oslo har i

dag ikke en medisinsk spesialitet. Disse er ikke berettiget til å tilegne seg det nyopprettede nasjonale kompetanseområdet for alders- og sykehjemsmedisin, som bygger på en allerede oppnådd medisinsk spesialitet. Med så mange fulltids sykehjemsleger, bør Oslo være en forkjemper for at jobben som fulltids sykehjemslege skal gi tellende tjeneste til relevante spesialiteter.

Det er viktig for sykehjemslegene å møtes, da mange fortsatt jobber alene. Sykehjemsetaten har opprettet et eget sykehjemslegeforum. Dette er en fin mulighet for legene til å bli kjent med hverandre, utveksle erfaringer og diskutere faglige problemstillinger. Flere sykehjemsleger har også dannet mindre lokale nettverksgrupper, der de også kan diskutere konkrete kasuistikker og utfordringer i sin hverdag.

Det ligger mye erfaring og kompetanse ute i den enkelte institusjonen. Sykehjemsetaten i Oslo har en unik mulighet til å kunne samle, foredle og videreformidle denne kunnskapen. Vi trenger også leger som driver forskning. Vi vet for lite om hva som er rett og god behandling for sykehjems-pasienter i livets siste fase.

Sykehjemslegenes kompetanse må utnyttes bedre. Det er et lederansvar å organisere og tilrettelegge for at læring og kvalitetsarbeid foregår kontinuerlig og som en integrert del av det daglige arbeidet i sykehjemmene. Internundervisning og fagutviklingsarbeid styrker det tverrfaglige samarbeidet legene er helt avhengige av, for å gjøre gode vurderinger og gi pasientene den riktige behandlingen.

Sykehjemsoverlegene må få større tillit, i samsvar med sitt ansvar. De må delta i møter på ledernivå for å kunne påvirke og være med på å ta viktige beslutninger.

Vi kommer nok ikke unna at vi vil trenge enda flere leger i sykehjemmene i fremtiden.

PERNILLE BRUSGAARD

VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

Kronikk skal være på 4500 tegn, leveres med portrett av kronikkforfatteren. Kommentar/leserinnelegg skal være på 2500 tegn. Ta kontakt med redaktør Per Helge Måseide (se kolofon s. 3). Kronikker som kommer på trykk honoreres med en boksjeck.

Lesverdig, men for detaljert, om Breiviks psykologiske utvikling

Terrorhandlingene 22. juli i fjor rystet en hel verden. Rettssaken er avsluttet, og hendelsene er omfattende gransket og omtalt. Likevel fremstår Breiviks handlinger fortsatt som ufattelige. Borchgrevinks bok har som mål å forstå 22. juli bedre. I bokens forord skriver forfatteren at prosessen med å forstå Breiviks utenforskap er viktig. «Uten kunnskap om hvor hullene i samfunnsveven befinner seg, er det vanskelig å sette dem,» skriver Borchgrevink. Dette er en viktig ambisjon i kjølvannet av den grusomme terroren.

Forfatteren har en interessant bakgrunn som utdannet litteraturviter samt lang erfaring som rådgiver i Helsingforskomiteen, forfatter og kritiker. I jakten på å forstå terroristen krysser han egne spor med oppvekst i samme miljø som Breivik og hans tidligere venner, selv om forfatteren er flere år eldre. Han har intervjuet mennesker som har stått familien nær, samt mennesker som var med i observasjonsteamet da Breivik var innlagt i barnepsykiatrien. Representanter fra Oslos gjengmiljøer fra Breiviks ungdom kommer også til orde. Han har studert dataspillverdenen, antimuslimske hatblogger og rettsprotokoller. Han går spesielt inn i og forsøker å forstå Breiviks personlighet og psykologi gjennom Breiviks egen tekst – Manifestet. Her mener forfatteren å finne

«Forfatteren skriver drivende godt. Særlig skildringen av 22. juli er rystende og emosjonelt krevende lesning

prosessen der «forbrukerzombien spaltes og avføder et monster av vold og terror». I Manifestet pågår det ifølge forfatteren «en kamp mellom Breiviks til selvbilder: den perfekte ridder versus en bitter gammel geit bak pc-en...i depresjon og nederlag». Borchgrevink finner «en form for massiv, kvasilitterær bearbeidelse av egen oppvekst, der personlige traumer og konflikter blåses opp i enormt format, overføres til et bredt sivilisatorisk lerret der justitariusridderens inngripen og martyrium gjør at de finner sine historiske løsninger». Det er «den aggressive og sadistiske impulsen som er motoren» i Breiviks tekst der forfatteren finner behovene for hevn over mor, gjeninnsettelse av far og egen frihet.

I de ulike kapitlene veksler Borchgrevink



AAGE STORM BORCHGREVINK.

EN NORSK TRAGEDIE.

Anders Behring Breivik og veiene til Utøya

368 sider

Gyldendal 2012

ISBN 978-82-054-2878-2

Pris: 399,-

mellom å skrive om Breiviks liv og ulike livsprosjeper fram til terrorhandlingen, om den konteksten han vokste opp i både relasjonelt og kulturelt og en mer politisk-kulturell skildring av påvirkningskilder. Sjangermessig veksler forfatteren mellom ulike former. Det er dels en biografisk skildring av Breiviks liv og erfaringer. Dels er det en svært dramatisk framstilling av konkrete episoder fra hans liv og spesielt av 22. juli-terroren, hvor vi blant annet møter mange AUF-ere og deres imponerende handlinger. Dels er det diskusjon av samfunnsforhold og ideologi, hvor både kulturen i AUF og på Utøya får plass ved siden av de ekstreme ideologier hvor Breivik hentet inspirasjon. Det er interessante fremstillinger av Fjordmans og Hans Rustads påvirkning og av islamistisk ekstremisme med relasjonell forståelse forrang. På slutten av boken skriver forfatteren: «Gjennom arbeidet med denne boken har jeg beveget meg fra å se 22. juli som utslag av en større «reaksjon på globalisering og modernitet,» og langt i retning mot å se terrorhandlingene som utslag av omsorgssvikt i familien, overføring av dårlige tilknytningsmønstre over generasjoner og påfølgende psykisk lidelse på individplan. «Ondskapens banalitet i tilfellet Breivik er barndomstraumenes betydning for den voksne mannens hat. Forebygging av hat, radikalisering og terror handler også om å hindre at barn mishandles av sine foreldre».

Hovedprosjektet for Borchgrevink er imidlertid, slik jeg leser boken, en psykologisk analyse. Han har valgt et utviklingsperspektiv basert på tilknytningsteori for å forstå utviklingen av Breiviks forvirrede, forkvlede og hatefulle sinn og hans ekstreme handlinger. En slik analyse mangler i de rettspsykiatriske rapportene som ble presentert under rettsaken. Tilknytningsperspektivet er interessant på bakgrunn av begreper brukt i observasjonen av Breivik som barn og utviklingen av tilknytningsteori og nevroforskning de senere år.

Forfatteren skriver drivende godt. Særlig skildringen av 22. juli er rystende og emosjonelt krevende lesning. Fortellingene om de overlevendes kamp er gripende, men får kan-

skje for stor plass i en bok hvis ambisjon er å forstå bakgrunnen for 22. juli-terroren. Det er perspektivutvidende å lese om destruktiv ungdomskultur, subkulturelle mørke steder på nettet og historier om andre mennesker som har søkt herostratisk berømmelse gjennom svært destruktive prosjekter (Herostrates brant ned Artemistempelet i Efesos i 356 f.Kr i jakten på å bli sett og husket). Forfatteren klarer å veve sammen et bilde av en gutt og ung mann med store tilknytningsproblemer som mislykkes i sin søken etter anerkjennelse og berømmelse.

I forsøket på å forstå Breiviks handlinger har forfatteren en multifaktoriell og kompleks tilnærming. Likevel sitter jeg igjen med et klart inntrykk av at han gir en utviklingspsykologisk og relasjonell forståelse forrang. På slutten av boken skriver forfatteren: «Gjennom arbeidet med denne boken har jeg beveget meg fra å se 22. juli som utslag av en større «reaksjon på globalisering og modernitet,» og langt i retning mot å se terrorhandlingene som utslag av omsorgssvikt i familien, overføring av dårlige tilknytningsmønstre over generasjoner og påfølgende psykisk lidelse på individplan. «Ondskapens banalitet i tilfellet Breivik er barndomstraumenes betydning for den voksne mannens hat. Forebygging av hat, radikalisering og terror handler også om å hindre at barn mishandles av sine foreldre».

Både i forordet og senere i boka skisserer forfatteren et stort dilemma mellom offentlighetens behov for å forstå og vite, og Breiviks families rett på personvern. Han ender opp

«Den utvider forståelse av fenomener i vår tid, og den er et viktig bidrag til å forstå og bearbeide den terroren vi har opplevd

«Det etiske overtramp knyttet til blottlegging av en uskyldig tredjepart og videreformidling av taushetsbelagt helseinformasjon er imidlertid en stor svakhet

med å hevde at offentlighetens behov for å vite og forstå veier tyngst. Forfatteren går svært detaljert til verks i skildringen av mors bakgrunn, av samhandling mellom mor og sønn, og av mors egen psykopatologi.

Jeg synes forfatterens valg er feil av flere grunner. Et av terrorens mål er å bryte ned grenser, rammer, siviliserte strukturer i et samfunn. To slike strukturer er taushetsplikten i helsevesenet og alle menneskers rett til personvern (jfr Personopplysningsloven og Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8). Alle vil forstå at Breiviks mor må ha store problemer med å gå videre i sitt liv. Da er personvernet ekstra viktig. En omtale i boka hvor hennes psykiatriske diagnoser presenteres og hun får hovedansvaret for Breiviks skjevutvikling, er slik jeg ser det, et alvorlig inngrep i hennes liv som legger sten til byrden. Begrepet karakterdrap av mor er kanskje riktig å bruke her. Et vel så viktig forhold er at vi i rettssaken faktisk fikk vite at Breivik hadde hatt en svært strevsamt barndom med ustabilitet, utrygghet og savn. Jeg mener offentligheten ikke har behov for eller rett til å vite mer enn dette og i hvert fall ikke på et så tidlig stadium etter terroren. Fra de rettspsykiatriske sakkyndiges rapporter og ved å observere Breivik i retten skjønnte vi at Breiviks evne til mentalisering, tilknytning og selvfølelsesregulering var alvorlig skadet eller fraværende.

Slik jeg ser det, er det også tvilsomt å redusere en utviklingsforståelse til tilknytningens psykologi. Tilknytningsteori er et nødvendig, men på ingen måte tilstrekkelig perspektiv for å forstå et liv. Det som også mangler i Borchgrevinks framstilling, er en drøftelse av det komplekse samspillet mellom biologi, medfødt temperament og psykologiske forhold i oppvekstmiljøet.

Samlet sett er «En norsk tragedie» en høyst lesverdig bok. Den utvider forståelse av fenomener i vår tid, og den er et viktig bidrag til å forstå og bearbeide den terroren vi har opplevd. Det etiske overtramp knyttet til blottlegging av en uskyldig tredjepart og videreformidling av taushetsbelagt helseinformasjon er imidlertid en stor svakhet. Boken ville etter min mening vært vel så god med et langt lavere detaljnivå i beskrivelsen av Breiviks relasjon til mor.

KARSTEN HYTTE
psykiater og nestleder
i Rådet for legeetikk



Sverre Halvorsen

Sverre Halvorsen, som lenge var fast spaltist i *Journalen*, døde tidligere i høst. Denne nekrologen ble også trykket i *Aftenposten* 16. august.

Sverre Halvorsen var klinikkoverlege og professor i barnesykdommer ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Da han døde 8. august, 87 år gammel, hadde han bak seg en særdeles lang og mangesidig faglig merittliste, bl.a. innen stoffskiftesykdommer,



ernæring og barnemishandling. Han var veileder og rådgiver for en rekke studenter og stipendiater: – Dette har vært det morsomste, pleide han å si.

Som pensjonist møtte Sverre Halvorsen opp på undervisningsmøtene på Barneklubben. Han var skral til beins, men stilte de skarpeste spørsmål, alltid i en vennlig tone. De siste fire årene var han fast spaltist i fagbladet *Journalen*. Det ble en viss diskusjon om visdomsord på verseform kunne være rett medisin for Oslos leger og medisinstudenter. Derfor ble han stående «på vent», mens redaksjonen tenkte seg om. – Kunne han ikke i det minste skrive om gamle dager, ble det visst sagt. Budskapet ble formidlet til Sverre, som ignorerte det fullstendig. I stedet strømmet det på med dagsaktuelle filosofiske betraktninger om helsevesenet, helsepolitikk og livet som lege, i en passe lyrisk og syrlig tapning.

Det lå mye arbeid, og mange gode samtaler bak hvert eneste «sideblikk». Ikke minst om hvor langt han burde gå – han ville gjerne si sin oppriktige mening. Nye versjoner av versene hadde det gjerne med å dukke opp, etter hvert som han konsulterte venner og kjente i Videnskapsakademiet, ved Det medisinske fakultet eller i Kirurgisk akuttmottak.

Da Sverre Halvorsen ble alvorlig syk overlevte han sitt siste manus, «Gartnerdagene». Noe senere ga han beskjed – nå måtte det trykkes.

Sverre Halvorsen vil bli husket som et stort forbilde for barneleger. På vegne av redaksjonen i *Journalen* vil jeg takke for at vi fikk trykke hans underfundige vers til glede for mang en leser. Kanskje tirret han også på seg et maktmenneske eller to.

PER HELGE MÅSEIDE

En bok i tiden om oppmerksomhetstrening

Andries J. Kroese er det bare godt å si om. Han er erfaren og klok og et stort medmenneske. Han kan sitt fag som er kar-kirurgi, men har ikke gitt seg med det. Han skriver bøker om hvordan vi skal greie livene våre for å unngå å måtte ligge under kniven. Han vil hjelpe sine medmennesker med å leve sine liv med kvalitet, med å være tilstede med seg selv – der og da.

Da dreier det seg om bevissthet, om å takle både medgang og særlig motgang bedre. Det kan vi klare ganske så godt ved å puste! Så vil alt falle på plass.

Fint å bli eldre heter professorens siste bok som jeg nå har lest. Da jeg fikk i oppdrag å anmelde boken, ble jeg både stolt og glad fordi tittelen appellerte til meg. Antagelig fikk jeg i oppdrag å anmelde boken fordi jeg som skribent har engasjert meg i å mene og skrive og foredra om det glade og forpliktende seniorliv. Jeg hadde aldri møtt eller hørt om dr. Kroese, ikke lest noe av ham heller. Men siden jeg som nevnt småfusker i faget om å mene og observere og oppmuntre eldre mennesker til å bli aktive, utadvendte og forpliktende, så gledet det meg stort å få en bok tydelig i samme problemområde som jeg kunne bli stimulert av og ha nytte av.

Nå må jeg også komme med en mer privat bekjennelse i samme slengen, nemlig at jeg hadde kjent meg både energi-tappet og trett. Dr. Kroese kunne sikkert gi meg noen helseknep i den anledning.

Motivering for lesning var derfor sterkt tilstede da jeg gikk fatt på oppdraget. Innledningsvis gikk det lenge riktig bra. Forfatteren gir oss kloke ord om aldring og stress i kombinasjon – noe som altså ikke har med utagerende virksomhet, men som har mer med indre, ja også ytre omstilling av sin egen kropp og sjel å gjøre fordi man rett og slett begynner å bli gammel.



FINT Å BLI ELDRE
ANDRIES J. KROESE

240 sider
Aschehoug 2012
ISBN 978-82-032-3906-9
Pris: 349,-

«Innholdet er faglig tyngre og mer forpliktende enn tittelen tilsier

Boken er rettet mot oss godt voksne. Dr. Kroese ønsker oss velkommen med å fortelle oss hvor fint det er å bli eldre. For så å liste opp 10 bud for hvorfor og hvordan det kan gå oss riktig godt på våre eldre dager.

Vi bør lære oss OT – forkortelse for oppmerksomhets-trening. Mange av oss er kjent med det engelske uttrykk «mindfulness». Selv husker jeg godt at Frank Beck i sin tid – han som startet med å trene idrettsfolk – lærte min venninne Toppen Beck og meg om viktigheten av «å være dønn tilstede». Ikke tenke fremover – ikke tenke bakover, men konsentrere seg dypt og inderlig om nuet, å yte der og da med hele seg, kropp og sjel.

Så det er ikke noe nytt verken for ung eller gammel, fysisk aktører eller mer stillesittende i det som forfatteren her skriver instruktivt om. Det nye eller det som er hovedhensikten med boken er at eldre mennesker som for det meste har sluttet med krevende yrkesinnsats eller sportsutøvelser, kan få en bedre, gladere

og mer innholdsrik alderdom ved å lære seg OT, rett og slett.

Så dette er i hovedsak en lærebok i å bli eldre.

Samfunnet rundt påvirker en godt voksen til stadig å føle seg forbi, utenfor og tilside-satt pluss at man blir bombardert med opplysninger om hvor syk og elendig man bør føle seg. Oppslag om svikt i omsorg og respekt og mangel på verdighet, all teknologi som duntrer mot og krever ustoppelig omstilling og læring, hylling av ungt sinn og ung kropp – det er overveldende mye elendighet som slår inn i en noe trett sjel og sliten kropp.

Pluss at rent medisinsk og vitenskapelig er det et faktum at vi mennesker mister energi og får mindre gratis lindring og restituering med årene.

Det er all grunn til å innse at vi bør lære oss knep og meningsfylt lærdom for å gi oss selv kraft og mot og stimulans når vi har begynt på «den tredje alder» og skal ha rike og gode 25 – 30 år igjen å leve.

De første fire kapitler var høyst lesverdige og interessante. De var mer av filosofisk karakter enn av kjøreregler og instruksjoner. Pluss at det så viktige råd om å puste, puste helt og fullstendig med nese og mage, kjenne kon-

«Andries J. Kroese er god å lytte til

sentrert ro og tyngde – det er helt sentralt og livsviktig som anti-stressråd, som utgangspunkt for OT – altså oppmerksomhetstrening. For egen del har jeg lært av både fastlege og osteopat at nettopp pusten er knep nr. 1. Dr. Kroese begrunner, beskriver og lærer oss nok engang hvordan vi kan i ulike situasjoner beherske og mestre det meste av utfordringer både mentalt og fysisk hvis vi puster sypt og inderlig.

Men så går boken over i mer innfløkte øvelser og begrep som SOAL – SOA(r+r)L som ikke er matematiske formler, men forkortelser for Stopp, Observer, Aksepter, la gå – noe som forfatteren videreutvikler som råd om hvordan vi kan bli enda bedre i å unngå stress og spenninger og mistrivsel. Så dermed sitter vi mest med en lærebok, en slags bruk-sanvisning, kjøreplan for hver og en av oss. Mens vi puster og inntar OT holder vi boken, retter ryggen, justerer lesebriller og prøver å huske både forkortelsene og knepene og blir lettere oppgitt over hvor vrient det er å bli mild og snill og gammel og klok.

Jeg ble følgelig litt skuffet mot slutten, både over meg selv og boken. Den ble for meget av kjøreplan, for meget av medisin-ære og mindre av litterær glede. Særlig ikke når vi mot slutten skulle lære oss å «gå på avskjedsturne» med oss selv, med livet og alle de andre.

Jeg er nok litt feig der. Ikke fordi jeg ikke vet hva død og aldring er. Jeg har funnet mitt barn i krybbedød. Jeg har vokst opp i en mors blomsterhandel hvor jeg som liten pike lærte og så alt og det meste om kistepynt og likskue, begravelser og derav vonde og brutale dødsfall. I privat sammenheng har også gamle familiemedlemmer preget oppvekst og ungdom. Og på egne ganske så voksne dager er jeg daglig på besøk hos en ektefelle som må bo på pleiehjem. Jeg vet hva som venter. Derfor trives jeg ikke med i detalj lese om prosessen – selv ikke hos en klok og verdifull skribent som dr. Kroese. Men dette sier nå mest om meg selv.

Men derfor vil jeg lære av kloke og erfarne livskunstnere og profesjonelle medisinerer, ja gjerne utøvere av tilliggende herligheter som akupunktører og osteopater og helsethelse-utdannede folk ALT om å bli gammel med verdighet, bli så sterk og sunn, glad og takknemlig som bare mulig nettopp i «den tredje alder».

Bokens tittel er et forførende misgrep. Fint å bli eldre høres langt mer gledelig og underholdende ut enn hva man erfarer som leser. Ikke at det er boken er tung og trist, bevare oss vel. Men innholdet er faglig tyngre og mer forpliktende enn tittelen tilsier. Like fullt vil jeg sterkt anbefale boken som viktig kunnskap for leger og helsepersonell i første rekke. Men også vi fuskere i faget, vi som på hobby-basis strever med å finne roen, freden og tilnærmet lykke og tilfredshet i en fase i livet som i vår tid rent klinisk og teknisk, praktisk og økonomisk burde være nettopp en dyp og velsignet slutfase.

Andries J. Kroese er god å lytte til, lære av og har dessuten et strålende varmt smil til oss alle.

INGEBORG MORÆUS HANSEN,
samfunnsdebattant og skribent

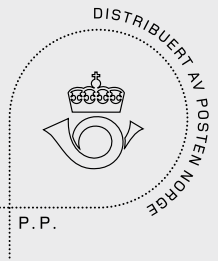


Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

B-Economique
NORGE



I FORBIFARTEN | BJØRN-INGE LARSEN

«Jeg har vel innsett at min tid som kliniker er over

12. januar går Bjørn-Inge Larsen fra jobben som helsedirektør til jobben som den aller viktigste byråkraten i Helse- og omsorgsdepartementet. Fra en drømmejobb til en annen, i følge ham selv.

– Jeg skulle gjerne fortsatt som helsedirektør, men den stillingen er jo på åremål. Fra sommeren ville det vært slutt uansett, så da jeg fikk høre at jobben som departementsråd ble ledig, søkte jeg selvsagt på den.

– **Søkte? Blir man ikke headhuntet til sånne jobber?**

– Nei, jeg søkte faktisk på vanlig vis. Men jeg ble tipset om stillingen av avtroppende departementsråd Anne Kari Lande Hasle, og ble rådet til å søke.

– **Var det andre jobber som var aktuelle?**

– Jeg har vel innsett at min tid som kliniker er over, til det er det for lenge siden jeg var i faget. Det jeg er best på nå er helseledelse, så i utgangspunktet var alle lederjobber i helse-Norge av interesse. Men jobben som departementsråd var den første jeg søkte på.

– **Hva med jobber i utlandet, for eksempel den stillingen Bente Mikkelsen har fått i WHO.**

– Jeg er jo selv tilknyttet WHO, og kunne godt ha jobbet der, men av familiære hensyn var det ikke aktuelt å flytte til utlandet.

– **Hva er du mest stolt av å ha fått gjennomført som helsedirektør?**

– Det nåværende Helsedirektoratet ble opprettet i 2002, og jeg har fått være med å bygge opp og utforme dette til å bli en viktig del av helse-Norge. Det er jeg stolt av. Jeg vil også nevne den tydelige kampen mot tobakk, som jo har gitt gode resultater, samt debatten om prioriteringer i helse-

BJØRN-INGE LARSEN

(F. 1961)

► Cand. med. fra UiO 1986.

► To mastergrader fra University of California, Berkeley, i samfunnsmedisin og i økonomi.

► Tidligere fylkeslege i Finnmark og Vestfold.

► Medlem av WHO's globale styre fra 2010-2013.

► Helsedirektør (direktør i Helsedirektoratet) fra 2002 til oktober 2012.

► Jobber nå sammen med departementsråd Anne Kari Lande Hasle.



FOTO: HELSEDIREKTORATET

vesenet. Begge er viktige saker som styrker folkehelsen.

– **Hvordan blir det å fylle skoene til avtroppende departementsråd Anne Kari Lande Hasle?**

– Det er ikke noe jeg går rundt og er nervøs for. Jeg kan ikke kopiere Hasle, men må selvsagt gjøre denne jobben på min måte. Og så er jeg så heldig at jeg får gå i lære hos henne disse månedene frem til nyttår.

– **Du jobber nå under Jonas Gahr Støre, etter neste valg kan ministeren være fra borgerlig side. Hva tenker du om det?**

– Det er selvsagt spennende, og krevende, å jobbe under Støre. Samtidig er det en del av jobben som departementsråd å kunne jobbe under ulike politiske tanker og ledere. Departementsråden skal sørge

for langsiktig tenkning i helsepolitikken uavhengig av politisk styrer.

– **Som helsedirektør har du vært mye i media, nå blir du en bakmann for helseministeren. Hvordan blir det rollebyttet?**

– Jeg må innrømme at jeg har likt å kunne være med å sette premissene for helsedebatten og kunne delta så direkte i helsedebatten her i landet. Samtidig kan det være en belastning å stikke seg frem, så det har vel både gode og dårlige sider.

– **Hva blir den viktigste jobben?**

– Det vil ikke være rettferdig å peke på enkeltsaker, men det blir viktig å fortsette å satse på forebyggende arbeid, og behandle så mange pasienter som mulig i førstelinjetjenesten. Det er viktig å opprettholde et sterkt, offentlig ledet helsevesen som gir best mulig helsetilbud til hele befolkningen.

– **Og offentlig drevet?**

– Jeg er ikke imot private helsetjenester, men de må dekke et viktig helsebehov, og være tilgjengelige for alle.

– **Du vil vel også få bryne deg på OUS. Når får vi et universitetssykehus i Oslo som både pasienter, ansatte og departementet er fornøyd med?**

– Jeg tror mange allerede er fornøyd med helsetjenestene ved OUS, og jeg håper det ikke tar lang tid før man har et sykehus som alle er fornøyd med. Vi skal selvsagt følge den prosessen, men det er jo hovedsaklig ledelsen og styret i OUS som har ansvaret i den saken.

AV ASLAK LIMA BRAUT