

# Doktor I NORD

1 • 09

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



Vi er ingen  
helter

4

Trenger flere  
primadonnaer

10

Nevrolog og  
fylkeslege

11



## Doktor i NORD



Organ for Nordland, Troms og Finnmark legeförening

Utgiver:  
Nordland, Troms og  
Finnmark legeförening

Ansvarlig redaktör:  
Kirsten Toft  
Lars A. Nesje  
Pal Ivan

Redaksjon:  
Raymond Teigen  
E-post:  
raymond.teigen@  
nordlandssykehuset.no

Tove Myrbakk  
E-post:  
nlfinfo@frisurf.no

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

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

Forsidefoto:  
«Måke tar fisk»  
Foto: Jan Svendsen.

Redaksjonen for nr. 1/09  
avsluttet 9. februar 2009.

Deadline for 2009:  
1. april  
1. juni  
1. oktober  
1. desember

Produksjon:

**COX** Bergen AS

Annonser: Cecilie Dahle Tlf. 55 54 08 50  
Mail: cecilie.dahle@cox.no



## Jeg vil si litt om etikk, takk

2009 er kommet godt i gang, og nyhetsbildet ved inngangen til året har vært preget av finanskrisen og krigen i Gaza. Finanskrisen skal vi i denne omgang forbigå i stillhet, mens krigen i Gaza berøres i dette nummeret med et intervju med "superkjendis" Mads Gilbert. Noen mennesker har mediatekke, andre har det ikke. Gilbert har det i aller høyeste grad. Han har den unike evnen til å få fokus på saken han fronter, nesten uansett, det være seg om det er nei til OL i Tromsø, nytt akutthelikopter til UNN, eller som nå; krigen i Gaza. Jeg synes det er fantastisk at to leger fra Norge fikk verdens øyne rettet mot de overtramp på menneskerettighetene den palestinske befolkningen gjennomgikk disse januardagene. Uten disse legene hadde Israels taktikk om å holde vesten uvitende i stor grad lyktes. Det er med undring jeg registrerer at legene, og kanskje Gilbert i særdeleshet, får kritikk for å bruke situasjonen for å skaffe PR for seg selv, og kanskje enda verre, beskyldninger om å bryte legeetiske regler ved å "velge side" og ikke opptre nøytralt i en konflikt mellom to parter. Beskyldninger for å spre palestinsk propaganda, og til og med usannheter virker meningsløse med krigen som bakteppe. Noe av kritikken har kommet fra leger og medisinstudenter. Dette stiller jeg meg uforstående til.

For å ha det klinende klart: Ethiske regler for leger sier ingenting om at man skal være nøytral i konflikter. Det står derimot:

§ 1 En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn.

§ 2 Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt.

Ut fra disse reglene mener jeg det ville vært uetisk av Gilbert og Fosse IKKE å rapportere til verden om de brudd på menneskerettigheter og samfunnsregler de observerte under sitt opphold ved sykehuset i Gaza. At dette fikk den dimensjonen og gjennomslagskraften det fikk kan neppe legene klandres, heller hylles, for. Undertegnede er også uenig i at Gilbert har spredt palestinsk propaganda. Historiene til de norske legene er blitt bekreftet fra flere kilder i ettertid, og både FN, Røde Kors og Kirkens Nødhjelp går langt i å kritisere Israel for krigens manglende beskyttelse av sivile og for brudd på flere av "krigens regler". Legene har holdt sin sti ren. Det er lov å ha meninger, det er lov å ta politisk standpunkt, som lege skal man uansett sette pasienten i sentrum, noe jeg mener gjennomsyrer Gilbert og Fosses reportasjer fra Gaza. Jeg tror mye av kritikken mot Gilbert springer ut av god gammel Jantelov og manglende kunnskap. Vil noen trekke i tvil om at Gilbert og Fosse hadde behandlet en skadet israelsk soldat dersom denne ble brakt til sykehuset "deres" under krigshandlingene? Det er forskjell på politikk og individ. La oss heller enn å kritisere være stolte av at vi i legestanden har eksempler som har kapasitet og "guts" nok til å heve blikket ut over sykehusøkonomi, vaktlister og hverdagens trivialiteter. At disse har mot til å utøve legegjerningen der den trengs som mest, med fare for eget liv og helse, til støtte for våre palestinske kollegaer som jobber under disse forholdene daglig, det finner jeg beundringsverdig. Jeg hadde aldri våget, og har enorm respekt for disse som gjør nettopp dette. At de i tillegg klarer å få mediafokus på saken de brenner for er jo bare flott! Uten media oppnås ingenting i dagens samfunn. At det finnes politikere og artister som ville gjort hva som helst for å ha tilnærmet Gilberts mediatekke, er vel hevet over enhver tvil. Men i denne saken, og i denne settingen, har mannens gjerning overskygget mannen, slik jeg ser det.

Kirsten Toft, leder Nordland Legeförening



Mads Gilbert i Gaza 5. januar 2009. Foto: NORWAC

# - Vi er ingen **helter**

**Israels krig mot Gaza, som startet 28. desember i fjor, har dominert utenriksnyhetene ved inngangen og starten til 2009. Dette mye på grunn av legene Erik Fosse og Mads Gilbert, som dro til Gaza og Shifa-sykehuset for bistandsorganisasjonen NORWAC med solid støtte fra UD.**

Av Kirsten Toft

De klarte å komme seg inn i det avstengte Gaza allerede nyttårsaftnen i krigens begynnelse. Da var de eneste vestlige medisinske hjelpeorganisasjon – og de eneste vestlige ”vitnene” – siden Israel stengte Gaza også for all vestlig presse. Ved hjelp av mobiltelefon, internett og en TV-linkbil med satellittsender, klarte de å få verdens øyne rettet mot Gaza og mot Israels systematiske krigføring mot sivile mål. I etterkant har legene blitt gjenstand for enorm oppmerksomhet, og stort sett blitt mottatt som helter etter hjemkomsten til Norge.

– Det er ikke vi som er heltene, presiserer begge legene. ”Våre tanker går til våre kollegaer og sivilbefolkningen i Gaza. Det er disse som er de virkelige heltene! De må fortsette å leve og virke i et okkupert Palestina som stedvis er jevnet med jorden av nådeløs israelsk krigføring.”, sier de.

Mads Gilbert er nå hjemme i Norge igjen. Han fikk opplyst overlegepermisjon fra sin

stilling som avdelingsleder på Akuttmedisinsk avdeling på UNN for å jobbe videre med bearbeiding av materialet fra Gaza. Hans ”kjendisstatus” etter innsatsen i krigen i Gaza har gjort hans tilstedeværelse ønsket i mange sammenhenger og mange steder. Media avslørte nylig at kollegene har inngått kontrakt med Gyldendal forlag om å skrive bok med utgangspunkt i opplevelsene under krigen i Gaza, men også med et bredere perspektiv på Palestina-konflikten.

## **En av våre**

Gilbert er allikevel enkel å be når Doktor i Nord ønsker intervju. Han er jo tross alt ”en av våre”, med base i Tromsø i over 30 år, og med hjertet i landsdelen. For den som har noen som helst tilknytning til det medisinske miljøet her nord, er Gilbert neppe ukjent. Hans engasjement og erfaring, samt hans personlige karisma har gjort ham synlig ikke bare i lokalpolitikken og universitetsmiljøet i



Tromsø, men også i nasjonale media. Han er en svært anerkjent og populær foreleser blant studentene, og har også undervist mange steder i "SØR" i samband med mineskadeprosjektet og "Landsbyuniversitetet" - også flere ganger ved det medisinske fakultetet ved al-Azhar-universitetet i Gaza.

Han har i mange år vært fylkespolitiker for Rødt (nå vara), og har siden krigen i Gaza startet måtte tåle tidvis ganske hard kritikk og beskyldninger om å drive politisk propaganda med legefakk. På spørsmål om hvordan Gilbert opplever å bli mistenkeliggjort på grunn av politisk standpunkt, svarer han nøkternt at han og Erik Fosse var forberedt på en svertetekampanje fra Israels side. Det som har forundret ham er hvor omfattende, systematisk og usann svertetekampanjen har vært. Gilbert mener det er bekymringsfullt hvor lett internasjonale medier bruker "fakta" fra anonyme bloggere og såkalte informasjonssentra uten å sjekke sannhetsinnhold og kilder. At Gilbert har valgt side i Midtøstenkonflikten er neppe nytt.

### Beskyldt for å forfalske

– Jeg har vært aktiv i palestinaspørsmålet i 30 år. Det likevel ganske rart å bli mistenkeliggjort og svertet som lege både i forhold til kompetanse og intensjon. Når jeg beskyldes for å forfalske dokumentasjon og "fabrikkere gjenopplivninger" og beviser om palestinske barns brutale død som følge av overlatt israelsk vold mot sivile, er dette dypt krenkende for de døde og deres etterlatte og for hele den palestinske befolkningen. Jeg ble faktisk overrasket over hvor organisert og sterk den Israelske propagandamaskinen har vist seg å være, og hvor langt Israel er villig til å gå. Det at all presse systematisk ble stengt ute fra Gaza før krigens start, viser at mediehåndtering og propaganda var en gjennomtenkt strategi hvor vi ble et problem Israel måtte prøve å eliminere. Sannheten er virkelig krigens første offer, ikke minst under Israels krig mot befolkningen i Gaza.

Under et foredrag på Legeforeningens lederkonferanse på Soria Moria i slutten av januar, holdt Gilbert sammen med kollega Fosse et foredrag om krigen, bakgrunnen for denne og hvordan opplevelsen har satt sine spor i de to. Gilbert forteller gripende historier. Om kirurgen som hadde vært på arbeidet hele dagen mens han hørte på radiopluggen i øret at området der han og familien bodde var under kraftig bombardement. Etter noen timer ble hans kone og to små døtre brakt inn til sykehuset, alle tre hardt skadet. Kirurgen måtte fortsette sin arbeidsdag like fullt, da det ikke var mulig for ham å forlate horden av hardt skadde som strømmet inn.

### Har brent seg fast

– Tenk deg å jobbe under slike forhold, dag etter dag, fortsetter Gilbert, før han viser oss et bilde av en liten nydelig 4-åring, som han opplyser er lam fra livet og ned. Hun ble liggende alene på sykehuset uten foreldre, da hun kom inn i et virvar av skadete



Mads Gilbert og Erik Fosse var på ledersamling i Legeforeningen og fortalte fra Gaza. En sterk fortelling som gjorde sterkt inntrykk på forsamlingen. Foto: Knut E. Braathen.

etter et kraftig israelsk angrep i et boligområde i Nord-Gaza. Jenta ble etter omfattende kirurgi liggende på sykehuset. Hennes spede hvisking etter "mama, mama" har brent seg fast, forteller Gilbert. BBC fattet også interesse for jenta da de kom til sykehuset. Et TV-team tok med seg bildet hennes opp til området der hun ble funnet, for om mulig finne familien hennes. Etter mye leting fant de jentas far, som fortalte jentas historie, takknemlig for å få vite at hun var i live.

Han beretter at jenta stod utenfor familiens hus sammen med mamma og to søsken, begge under skolealder, da israelske soldater åpnet ild mot dem med håndvåpen, skjøt og drepte begge søsknene til jenta, og skadet moren. Veslejenta ble truffet i ryggen. Hun fikk en åpen skade som skadet medulla og ble paraplegisk fra livet. Nå er hun kvestet for livet, både fysisk og psykisk. Mens soldatene skjøt, spiste de sjokolade og chips i følge jentas far. Hva har hun gjort for å fortjene dette? spør Gilbert, og besvarer i neste øyeblikk sitt eget spørsmål.

– Den palestinske befolkningen valgte i lovlige, demokratiske valg 25. januar 2006 et parti USA og EU ikke likte. Da Hamas dannet regjering etter valget, ble dette innledningen på økonomisk blokade, nådeløs beleiring av Gaza og økende militært press fra Israel. Dette valget er legitimeringen av de forbrytelsene mot menneskeheten Israel har begått, og sannsynligvis vil fortsette med å begå mot den palestinske sivilbefolkningen på Gazastripen. Dette er ikke krig. Det er mord. Man bomber ikke skoler, moskeer, ambulanser, helseinstitusjoner og markeder hvis man ikke ønsker å ramme sivilbefolkningen. Dette er en nøye planlagt strategi fra Israels side, der ingenting er blitt overlatt til tilfeldighetene. Vi ønsker ikke å tro at ned-

slakting av kvinner og barn er en del av en strategi, ingen ønsker å tro noe som kun kan forklares med ondskap, men etter det vi opplevde på Gaza nå i vinter er det ikke mulig å se på dette på noen annen måte.

### Støttet av Røde Kors

Gilberts syn støttes av de fleste anerkjente humanitære organisasjoner. For eksempel kom den internasjonale Røde Kors komiteen med en pressemelding 8. januar der de skrev at det israelske militæret har brutt krigens regler ved å forsinke arbeidet for å hjelpe sivile ofre på Gazastripen. Bakgrunnen var en hendelse 7. januar, da mannskapet fra Røde kors og Røde Halvmåne fikk tilgang til et område i Gaza by etter å ha forhandlet med israelerne om dette i fire dager. I området fant mannskapene fire utsultede barn fra Samoni-familien som klamret seg til sin døde mor. I det samme huset fant de tolv andre lik. I et annet hus ble det funnet ytterligere tre lik, og i et tredje hus ble det funnet flere sårede personer (1).

Krigen på Gazastripen har til nå (29.1.09) krevd 13 israelske liv, 3 av disse er sivile. Til sammenlikning er nesten 1400 palestinere drept, langt de fleste sivile. Nær 1/3 av de drepte, over 400, er barn under 18 år. I tillegg kommer de nesten 5400 skadde palestinere (40 % kvinner og barn) som skal fortsette livene sine mer eller mindre kvestet i årene framover.(2) Det er lett å glemme ansiktene bak disse tallene, vi vil beskytte oss selv, slå av TV om bildene på ruta blir for ubehagelige. Derfor er det som Gilbert og Fosse gjør så viktig. Vi må minnes på at disse barna er som våre egne, av kjøtt og blod, som elsker og blir elsket, og som har blitt uforskyldte, meningsløse ofre i storpolitikkens navn. De fortjener at verden bryr seg, at deres død blir

lagt merke til og fordømmes.

– Vi hørte fra en tysk journalist at israelske myndigheter brukte begrepet – *De er jo Hamas-barn* – når de skulle legitimere bombingene av sivile mål med barn. Dette må skremme alle. Det er ikke mer enn 60 år siden grusomme forbrytelser ble legitimert med at ofrene var jøder. Har ikke historien lært oss hva som skjer når makta graderer menneskeverd? Vår allmenne humanistiske plattform er truet nå. Plattformen og menneskesynet som vi liker å tro at Vesten bygger på, er forvitret. Det går en linje fra invasjonen av Irak til Guantanamo og Abu Graib-fengslene, videre til invasjonen av Afghanistan og nå angrepet på Gaza 2009: ”*De andre*” dehumaniseres, fratras menneskerettigheter og behandles som annenrangs. Er ikke alle like mye verdt? Se på dem. Dette er barn, helt vanlige barn, palestinske barn.

### Må ikke glemme Gaca

Gilbert er opptatt av at vi nå ikke må glemme Gaza. Den humanitære krisen fortsetter og den vokser. Tross våpenhvile er situasjonen spent og Gaza fortsatt avstengt av Israel. Det meste av infrastruktur er lagt i ruiner. Sivilbefolkningen er alle berørt av krigen, mange er hjemløse og alle har mistet noen eller noe. Alle er redde, særlig barna. Det er kaldt i Gaza, tusener er uten vann og sanitærtilbud. Det er matmangel og mangel på alle vanlige dagligvarer som følge av blokaden. Gazas fiskebåter er bombet i stykker, grønnsaks-markene og hønseoppdrettene likeså. Israel slipper ikke inn sement og bygningsmateriale til området, angivelig fordi det da kan bygges rakettoppskytningsramper av dette.

– Hvordan skal befolkningen kunne bygge opp husene sine igjen og starte med livene sine når de ikke får ta inn bygningsmaterie-riell?, spør Gilbert.

– Israel benekter en humanitær krise, tross omfattende dokumentasjon på det motsatte fra mange NGO'er og FN's organer.

Like etter våpenhvilen anslo økonomer at det ville koste 13,2 milliarder kroner å bygge opp igjen Gaza. Ødeleggelsen som følge av den omfattende krigføringen kommer på toppen av forfallet den langvarige blokaden av

Gaza har medført. De menneskelige tapene og ødeleggelsene er det nok derimot ikke mulig å gjenoppbygge, uavhengig av kostnad og innsats. En hel befolkning sitter igjen med dype spor etter overmaktens maktmisbruk. Faren for at denne krigen avler hat hos disse barna som har sett søsken, foreldre og venner bli skadet eller drept er overhengende. Gilbert er ikke spesielt optimistisk når det gjelder fremtiden:

– Disse barna er Palestinas fremtidige ledere og forhandlere. Man kan reflektere over hvilken skole Israel lar disse barna gå gjennom, hvilke forutsetninger de får for å søke forsoning og fred, sukker han. – *Staten Israel* ønsker åpenbart ikke fred, men ekspansjon og territorial kontroll på bekostning av sitt eget folks sikkerhet og velstand, - og nabofolkenes rett til samme sikkerhet som det israelske folket, rett til overhodet å overleve, bo, arbeide, skape, forsørge seg selv og sin familie og nyte godt av de grunnleggende menneskerettighetene som FN vedtok samme år som de vedtok delingen av Palestina.

– Men, legger han til. Jeg vil gjerne få benytte denne anledningen til å takke alle gode kollegaer her i nord for den støtten jeg har opplevd den siste tiden. Det betyr faktisk utrolig mye den anerkjennelse og moralsk støtte jeg har følt fra fjern og nær siden jeg kom hjem. Jeg er også glad for at Legeföreningen, ikke minst lokalt her i nord, har våget å mene noe i denne saken, det er flott. Så takk alle sammen, avslutter han, før han haster videre til nye og viktige oppdrag.

- (1) [http://www.rodekors.no/Nyheter\\_og\\_presse/Nyheter/Sjokkerende\\_brudd\\_pa\\_krigens\\_regler/](http://www.rodekors.no/Nyheter_og_presse/Nyheter/Sjokkerende_brudd_pa_krigens_regler/) (08.01.2009)
- (2) Tall fra helseministeriet i Gaza (29.01.2009)
- (3) Gilbert M Sommerregn i Gaza kronikk Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:2136-9

## Mellom Linjene – nyheter til allmennleger i Troms på nett

Praksis konsulentene ved UNN i Tromsø ga for noen år siden ut Mellom Linjene, et nyhetsbrev til allmennlegene i UNNs lokalsykehusområde. Det skal nå gjenoppstå i elektronisk format. Nyheter vil bli lagt fortløpende ut på UNNs nettsider under Samhandling, her: [www.unn.no/praksisnytt](http://www.unn.no/praksisnytt). Offisielt kommer første nummer ut 1. februar, og deretter planlegges nye utgivelser 1. april, 1. juni, 15. sept og 15. nov. samt ekstranummer ved behov. På disse datoene kommer vi til å sende ut e-post til allmennleger i UNN Tromsø sitt lokalsykehusområde, Nord- og Midt-Troms, med påminning og elektronisk lenke til nettsidene. Praksisnytt Mellom Linjene blir altså nå kun tilgjengelig på nett.

Saker fra Mellom Linjene som handler om nye lokale prosedyrer og retningslinjer for henvisninger til UNN kommer vi etter hvert til å legge i den alfabetiske lista over slike, nemlig her: [www.unn.no/henvisninger](http://www.unn.no/henvisninger).

Vårt mål er at all informasjon fra UNN til allmennleger etter hvert skal gå elektronisk via praksisnytt Mellom Linjene. Det bør ikke lenger være nødvendig at forskjellige avdelinger sender ut egne brev og rundskriv.

Tips, nyheter og informasjon som ønskes formidlet vil bli redigert av oss og kan sendes til [ma-l-jo@online.no](mailto:ma-l-jo@online.no) eller til Bernt.Stueland@langnes.nhn.no.

## Helse-Norge trenger fastlegers e-postadresser!

Hvordan kan man samhandle uten å vite hverandres adresser? Både departement, direktorat, helseforetak, lokalsykehus, praksis konsulenter og kolleger har behov for å kontakte leger med informasjon og forespørsler. For nesten ett år siden fikk alle fastleger i Norge et brev i posten fra MedLex Norsk Helseinformasjon på vegne av Sosial- og Helsedirektoratet, med oppfordring til å oppgi blant annet sin e-postadresse. Det ble presisert i brevet at e-postadressene til fastleger ikke vil bli

offentliggjort, kun formidlet til offentlige aktører som etterspør dem, f eks sykehuse og de regionale helseforetakene.

Som redaktør av praksisnytt ”Mellom Linjene” (se egen sak) hadde jeg behov for e-postadressene til fastleger i Troms, og bestilte derfor disse fra MedLex. Jeg var veldig spent på hvor mange av fastlegene som hadde oppgitt adressene sine. I Tromsø har vi mange år vært hatt en kontinuerlig oppdatert e-postliste for allmennleger, takket være overlege Anton

Giæver ved Tromsø Legevakt. Det ser ut som om ”Mellom Linjene” må benytte denne lista en stund framover, for nettopp fra fastlegene i Tromsø mangler det mange e-postadresser i MedLex. Fastlegene i distriktet har vært flinkere til å registrere seg, men det mangler fortsatt noen adresser. Praksis konsulentene oppfordrer alle fastleger til å oppgi og oppdatere sin e-postadresse i MedLex. Det kan f eks gjøres ved å sende en e-post til [adresser@lex.no](mailto:adresser@lex.no).

# Legefilosofen fra Hammerfest

**Medisinsk etikk forbindes ofte med vanskelige dilemmaer, som avslutning av livsforlengende behandling, bruk av tvang eller genteknologi. I den medisinske hverdagen blir det sjelden henvist til etiske prinsipper. Legen tar beslutninger med hensyn til behandling basert på den medisinske grunnutdannelsen – uten å tenke på hvilke verdier det innebærer. Mange mener at i dagens medisin er dette ikke godt nok. Det kan lege og filosof Kari Milch Agledahl langt på vei være enig i.**

Av Tove Myrbakk

– Leger tilnærmer seg pasientene på en systematisk måte som er med på å gjøre det vanskelig for dem å ta inn over seg de etiske aspektene. De er drevet av hva som er best for pasientens helse, og dette overskygger alle andre verdiprinsipper. Noen ganger kan pasienten ha andre og mer presserende behov enn helsen, uten at det får konsekvenser for legens kliniske praksis. Dette kan være nokså slående i møtet med alvorlig syke, eller pasienter med store sosiale problemer. I klinikken omgjøres alt til en medisinsk terminologi hvor andre dimensjoner ikke får plass. Men dette er ikke den enkelte leges feil – det kliniske fokuset er jo nødvendig for å behandle pasientene. Problemet oppstår når legene ikke ser hvordan medisinen legger sterke moralske føringer for deres kliniske praksis. Da står de faktisk i fare for å påføre pasienten mer lidelse i sitt oppriktige forsøk på å hjelpe.

Agledahl er glad for at hun tok filosofi grunnfag året før hun begynte på grunnutdanninga i medisin.

– I utgangspunktet var det for å skaffe meg nok poeng til å komme inn, men i ettertid ser jeg at dette hjalp meg med på å bryte den tradisjonelle tenkemåten som medisinerutdanningen legger opp til. I filosofiens verden handler alt om å stoppe opp og stille spørsmål til det som blir sagt og gjort, mens det i medisinen ikke er rom for å være kritisk på samme måte. Her er målet satt, man skal lære seg et håndverk og utføre det, og da blir refleksjon nærmest spill av verdifull tid.

Doktor i Nord har tidligere skrevet om forskningen hennes der hun foreløpig har fulgt 15 leger fra sykehus og allmennpraksis. Den første datainnsamlingen ble avslut-



Kari Milch.

tet høsten 2007, og hennes første artikkel er under publisering.

## Leger vant med haleheng

– Hvordan ble du møtt av legene?

– Jeg ble veldig godt mottatt. Man kan jo tenke seg at det må være stressende å ha en observatør hengende over skulderen når man prøver å gjøre jobben sin, men jeg fikk følge dem hele arbeidsdagen nesten uten unntak. Leger er vel vant med å ha med seg haleheng, og det at jeg var lege selv hjalp nok sikkert på. Å observere andre leger når man selv er lege var til tider en utfordring. Jeg måtte streve litt med å glemme det rent medisinske for å kunne få med meg det som ellers skjedde under konsultasjonene. Å få tak i hva pasienten uttrykker, hva legen spør om og hvordan situasjonen utvikler seg. Da jeg senere bearbeidet inntrykkene og analyserte hva som skjedde under konsultasjonene fikk jeg en del aha-opplevelser. På tross av ulike typer leger viste det seg å være liten forskjell i hvordan den enkelte lege konstruerte den medisinske problemstillingen. Den kliniske tilnærmingen til pasienten var veldig lik. Medisinen legger klare føringer for hvordan situasjonen skal forstås, noe som står i veien for en åpen kommunikasjon mellom lege og pasient. Alt pasienten sier tolkes inn i en medisinsk ramme og forståelse. Legen gjør dette for å konstruere et spørsmål som kan besvares innenfor den medisinske kunnskapen. Men noen ganger er dette kanskje ikke det beste for pasientens totalsituasjon.

Agledahl tror legenes individuelle verdier i liten grad kommer til uttrykk i klinikken fordi den moralske plikten til å hjelpe pasientens helse står så sterkt i legerollen. Denne

moralske plikten overkjører mange av de andre verdiene som kan ha betydning for pasienten. Spesielt tydelig blir det når pasienten er i en personlig krise, som for eksempel terminal sykdom eller samlivsbrudd, der pasienten er opptatt av de eksistensielle spørsmålene mens legen har fokus på de rent medisinske.

– Spørsmålet er i hvor stor grad legene skal være kroppsteknikere, og i hvor stor grad de også skal trøste og lindre, slik det Hippokratiske legeidealet tilsier, og svaret er ikke åpenbart. Det er ikke sikkert dette lar seg kombinere like lett som vi skulle ønske. Det hender at legene strekker seg langt ut over det medisinske i sitt forhold til pasienten, men kanskje handler man da mer som medmenneske enn som lege.

## Mer lege enn filosof

– Er du mest lege eller mest filosof?

– Jeg føler meg mest som lege, men så er nok medisinstudiet mer identitetsskapende enn filosofistudiet. Akkurat nå i doktorgradsarbeidet er jeg nok vel så mye filosof, og det merker jeg godt når jeg snakker med kliniske kolleger. Men jeg tror det er viktig å holde kontakt med det kliniske arbeidet for å kunne beskrive legerollen ”innenfra”. Mange har store forventninger til medisinen og legerollen, også legene selv. Mange av disse er det ikke mulig å innfri. Derfor må legene reflektere over sin rolle, og selv være med å definere den. Det er nok av dem som ønsker å gjøre det for oss, sier Kari Milch Agledahl.

I dag har hun doktorgradsstipend fra Helse Nord RHFR og er godt i gang med forskningsarbeidet om ”Klinikkens skjulte verdier”.



# Psykiatritilbudet spriker

**Psykiatritilbudet i Nord-Norge preges av store forskjeller og mangel på spesialister. Regionsutvalget i Legeforeningen ønsker nå å samarbeide med Helse Nord RHF for å finne fram til gode løsninger.**

Av Tove Myrbakk

En rapport fra Riksrevisjonen som kom rett før jul viser at det er store forskjeller i psykiatritilbudet både nasjonalt og regionalt. Om man er rettighetspasient avgjøres i stor grad av hvor i landet man bor.

## Ingen overraskelse

Lokalforeningene og regionsutvalget i Nord-Norge har hatt psykiatritilbudet, og spesielt tilbudet på DPS-ene, oppe på dagsorden en god stund. Da riksrevisjonens rapport kom rett før jul var det egentlig ingen her som ble overrasket over beskrivelsen som framkom der. Bekymringsmeldinger fra primærhelsetjenesten, og da spesielt fra Finnmark, har det vært mange av. Spesielt etter at Åsgård sykehus la ned 13 senger som ledd i innsparingene i 2008.

– Vi henviser i dag ikke pasienter til DPS-er som ikke er bemannet med spesialister. Dette skal være en spesialisthelsetjeneste, men uten spesialister er DPS-ene ikke i nærheten av å være det, sier kommuneoverlege i Hammerfest Anne Grethe Olsen.

Leder i regionsutvalget Kirsten Toft var i desember i fjor i radiodebatt med informasjonssjef Kristian Iversen Fanghol i Helse Nord RHF. Begge var enige i at forskjellene som rapporten beskrev ikke er til å leve med i regionen.

## Møttes i midten av januar

To ganger i året møter regionsutvalget Helse Nord-ledelsen, og på møtet i midten av januar var det naturlig at psykiatri var det temaet som ble mest debattert, utenom ambuleringstjenester. Administrerende direktør Lars Vorland innrømmer at tilbudet på DPS-ene noen steder er alt for dårlig.

– Det er et stort sprik på retten til nødvendig helsehjelp i vår region. Vi har jobbet mye med å få på plass spesialister, og når det gjelder barne- og ungdomspsykiatere er vi på god vei. Men i voksenpsykiatrien sliter vi, og vil slite i mange år fremover. Det gjør at vi sannsynligvis må differensiere mellom DPS-ene i fremtiden. Hvordan dette skal gjøres er det for tidlig å si noe om nå, sa

Vorland som heller ikke utelukker at noen av DPS-ene legges ned.

Han reiser nå rundt på de 14 DPS-ene i regionen for å skaffe seg en oversikt. Flere i regionsutvalget tror ikke det er realistisk å spre de få spesialistene på så mange DPS-er.

Lav effektivitet i psykiatrien ble også diskutert. I noen foretak er det lagt ned forbud mot å ha møtedager tirsdag, onsdag og torsdag. Foreløpig er dette ikke aktuelt i Helse Nord.

Fagdirektør Jan Norum tok opp rusfeltet der behovene vil øke enda mer fremover.

– I dag bruker vi mange millioner kroner til behandling utenfor vår egen region. Fremover vil bevilgningene fra myndighetene til rusfeltet i stor grad gå til primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan ikke påregne noen økning i tilskuddene.

På møtet med Norum og Vorland ble det også debattert rundt ambulante tjenester. Helse Nord-ledelsen har anbefalt å bruke UNN-avtalen fra 2003 for avlønning av ambulering i hele regionen. Avtalen har ikke vært fornyet på 6 år. Det er de tillitsvalgte lite fornøyde med.

Helgelandssykehuset beholder foreløpig sin avtale. Den er betydelig dårligere enn det som nå vil bli gjeldende for andre leger i Helse Nord. Prinsippet om frivillighet står dog fast i alle foretak.

Akuttirurg og lokalsykehusstrategi var også på sakslista. Legeforeningens president Torun Janbu var interessert og lyttende deltaker på møtet mellom regionsutvalget og Helse Nord ledelsen.



Regionsutvalget Nord-Norge møtte Regionsutvalget i Midt-Norge og generalsekretær Terje Vigen var også til stede.

## Møtte Midt

**Representanter fra regionsutvalget i Midt-Norge kom på Bodø-besøk i midten av januar for å møte regionsutvalget i nord. Det ble en vellykket møte som viste at utfordringene er mange av de samme i begge regionene.**

Av Tove Myrbakk

Regionsutvalget i Nord-Norge er kanskje det utvalget som har kommet lengst i å finne sin arbeidsform. Diskusjonene rundt Bodø-Tromsø aksene er for det meste lagt død, og utvalget har i stor grad et regionalt perspektiv på sakene som er oppe til behandling.

President Torunn Janbu og avtroppende generalsekretær Terje Vigen var til stede på møtet. På landsstyremøtet i 2007 ble det vedtatt at sentralstyret og sentraladministrasjon skulle ivareta regionsutvalgenes behov fremover, og at kontakten skulle pleies gjennom regelmessige møter. Så har stort sett ikke skjedd pr. i dag. I Nord-Norge er det dyrt og komplisert å få til regionale møter, og en savnet mer kontakt med sentrale aktører.

– I Legenes hus i Oslo får vi snart to rom som skal brukes til videokonferanser. Det burde kunne avhjelpe noe av dette, sa Vigen.

Sammensetningen i utvalget var også oppe til diskusjon. Enkelte mener at sykehustillitsvalgte har for få plasser i utvalget. I dag har de en representant for Ylf og en





Utvalget Midt-Norge i januar. President Torunn tilstede på møtet.

# t-Norge

for OF. I tillegg har alle de andre yrkesforeningene en representant, og lokalforeningen er representert ved leder. Utvalgets leder er Kirsten Toft som også er leder i Nordland Legeforening. Hun er kommuneoverlege i Alstahaug på Helgeland.

Randulf Solberg er leder i Midt-Norge og er i gang med å revitalisere dette. Sammen med konserntillitsvalgt Jon Helle og lokalagsleder for Sør-Trøndelag Helge Bjørnstad Pettersen deltok han på møtet i Bodø for å få med seg mer om hvordan utvalget i nord jobber. Leder for Møre og Romsdal lokalforening Ottar Grimstad skulle vært til stede, men ble syk.

Torunn Janbu orienterte om hovedstadsprosessen som i starten hadde veldig store ambisjoner om blant annet funksjonsfordeling, men det nasjonale perspektivet forsvant underveis.

– I dag er noe av utfordringen å få hovedstadsprosessen og samhandlingsreformen å gå i samme retning. Det er det ingen som har fokus på.

Jon Helle mener den såkalte hovedstadsprosessen er en lokal prosess i Helse Sør-Øst der økonomi er hovedmotivet, og hvor faglighet brukes som argument for å sentralisere.

– Det er naivt å tro at dette ikke får konsekvenser for resten av landet, men det er et lokalt prosjekt. Det er mye god kvalitet på det arbeidet som gjøres rundt om på sykehusene, også i periferien. Problemet er at vi mangler kvalitetsregistre som kan fortelle oss mer.

Noen sykehusdirektører nordpå har stor tro på at hovedstadsprosessen vil føre til legeoverskudd som kommer andre regioner til gode. Det har ikke presidenten særlig tro på.

# Engesjement i Sandnessjøen

**De fire konserntillitsvalgte i RHF-ene var på Helgelandbesøk i januar og møtte blant annet legene på Sandnessjøen sykehus.**

Av Tove Myrbakk

Kirsten Toft orienterte om Legeforeningen, både den store sentrale kompliserte som har sitt utspring i Oslo, og den aktive lille foreningen i nord. Hun hadde laget et litt forenklet organisasjonskart som nok skapte større forståelse blant de rundt 20 fremmøtte enn det store offisielle kartet.

Terje Keyn, konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst, tror mye av det som skjer i hans region vil forplante seg over hele landet.

– Men jeg tror vi kan begynne å slappe litt av i forhold til begrenset akuttmottak som har vært mye debattert i Helse Sør-Øst og ellers i landet. Det er neppe mulig å få til dette i noen av lokalsykehusene våre, kanskje med unntak av Lovisenberg. Men det er helt spesielle forhold der som ikke kan sammenlignes med andre sykehus. Flere og flere innser heldigvis at det ikke holder å sammenligne oss med Danmark og Sør-Sverige.

Keyn bekymrer seg mer om spesialiseringen enn akuttberedskapen på lokalsykehusene.

– Vi må snart ta et valg. Skal vi gå samme vei som tannlegene har gjort, og bort fra den generelle medisinen. Breddekompetanse får man i dag kun i teamarbeid. Slik har utviklingen vært, og det er skremmende. Jeg savner en slik debatt.

Svein Arne Monsen, avdelingsleder på akuttmedisinsk avdeling ved Sandnessjøen sykehus er enig med Keyn, og tror verken leger eller pasienter skal være redd for om det blir to eller tre sykehus på Helgeland.

– Ei kvasiløsning som vi ser på Mosjøen sykehus er langt verre. Vi må ikke splitte indremedisinsk og kirurgisk beredskap. Helse Nord prøver å fremstille Mosjøen som en suksess. Stabiliseringsteamet for traumepasienter kan fort bli en pasientfelle. Det er bekymringsfullt.

Kirurgen som tar et totalansvar er i ferd med å forvitte. Det betyr i følge flere på møtet at pasienter må sendes lenger og lenger for å få behandling for enkle lidelser.

– Ortopedien er egentlig plassert i Mo i



De fire konserntillitsvalgte på RHF-nivå i helse-Norge. Fra v. Margith Steinholt (Helse Nord), Terje Keyn (Helse Sør-Øst), Sigrun Solberg (Helse Vest) og Jon Helle (Helst Midt).

Rana, men vi gjør masse ortopedi her hos oss. Det sparer pasienter for slitsom reising, og er også positivt for foretaksøkonomien. Hvis den generelle kirurgen forsvinner hos oss, kan vi ikke lenger gjøre dette.

Sigrun Solberg, konserntillitsvalg i Helse Vest, tror det er veldig viktig at leger tar lederansvar fremover, og at alle andre støtter opp om de som gjør det.

– Mange leger holder seg langt unna lederskap for å få gjøre som de vil. Det holder ikke.

Jon Helle, konserntillitsvalgt i Helse Midt-Norge, laget en tankevekkende modell på leder og fagkompetanse.

– Leger er alltid ledere fordi de har den faglige kompetansen. Vi vet best hvordan faget utvikler seg, og kan derfor lettere se hvor veien videre må gå. Da må vi også være offensive og gå foran. Det kan rett og slett være farlig for oss å bli satt under lederskap av andre. Vi er faglig ansvarlig uansett.

Solberg ba leger og andre slutte å sutre over omstillinger og heller bruke lovverket offensivt.

– Hvis omstilling betyr færre stillinger og mindre kursvirksomhet er det mye bedre å vise hva konsekvensene blir for pasientbehandling.

# Trenger flere primadonnaer

**Helsevesenet trenger primadonnaene. De har stor vilje til å yte, men er ekstremt sårbare for dårlig ledelse. Da kan de ende opp desillusjonerte og miste sin dedikasjon til jobben. I verste fall ender de opp som lønsmottakere.**

Av Tove Myrbakk

Helle Hedegaard Hein er seniorforsker ved Handelshøyskolen i København og har lang erfaring som forsker innenfor ledelse av høyspesialiserte, kreative mennesker. Spesielt innen sykehusledelse.

– Vi har alt for få primadonnaer i danske sykehus. De er faglig dyktige, kreative og svært dedikerte til jobben sin. De finnes mange steder, men kreative bransjer og kunnskapsbedrifter har spesielt mange. En profesjon eller organisasjon uten primadonnaer vil dø ut.

Primadonna er et uttrykk vi vanligvis kjenner fra teater- og filmverdenen, og assosiasjonene er ikke spesielt positive.

– Vi snakker om primadonnanykker når vi snakker om det å være egenrådige, forfengelige og selvhøytidelige. Primadonnaen styres av et kall og et ønske om å gjøre en forskjell. De er styrt av ekstremt sterke verdier og idealer. Ytre anerkjennelser er ikke i seg selv motiverende, man kan brukes for å gi arbeidet mening. Arbeidet i seg selv er en primær kilde til tilfredshet og identitet.

## Fire typer arbeidstakere

Hedegaard Hein deler arbeidstakerne i fire grupper. Primadonnaer, prestasjonsjegere, pragmatikere og lønsmottakere.

– Prestasjonsjegerne motiveres av anerkjennelse, karrieremessig suksess og klatring i hierarkiet. Slutter seg til profesjonsverdiene, men er mest opptatt av egen prestasjon. Pragmatikerne har et pragmatisk forhold til arbeidet, og prioriterer ut fra



Den danske forskeren Helle Hedegaard Hein vil ha mange flere primadonnaer inn i helsevesenet.

og tenker i arbeids-fritidsbalansen. Er ikke villig til å bringe store offer. Lønsmottakere er den kategorien arbeidstakere man må prøve å unngå. De tenker utelukkende i bidrags-belønningsbalanse og slutter seg til profesjonens verdier hvis det er til personlig fordel og uten omkostninger. De vil forsøke å få sine verdier gjort gjeldende, og viser til overenskomster i alle situasjoner.

## Frustrasjonsregresjon

Når utsikt til å få dekket et behov uteblir, vil medarbeidere regreere og oppføre seg som lønsmottakere. Det gjelder i verste fall også primadonnaene hvis de må gå på akkord med faglige standarder. Den store positive energien de bringer inn i jobb og organisasjon kan også komme ut like sterkt i frustrasjon. I siste instans kobler de ut verdiene og ender opp bitre og frustrerte.

## Lag en solid primadonnakultur

Den danske forskeren vil ikke si noe om hvilken type medarbeider som er den dyktigste.

– Du kan finne store talenter innenfor gruppen lønsmottakere, men først og fremst kanskje blant primadonnaene og prestasjonsjegerne som styres av plikt og konkurranse. Jeg tror ikke det er mange lønsmottakere av natur, men de blir det er skumle hvis verdisetet deres smitter over på mange. Jeg anbefaler ledere å lage en solid primadonnakultur i organisasjonen som motkultur mot lønsmottakergruppa.

Fag og økonomi har i seg kilde til dype konflikter for primadonnaene.

– Det er kun de faglige premissene som gjelder for dem. De trenger skjermende lederskap. Det som motiverer dem i det daglige er flow. De glemmer tid og sted når de engasjerer seg i arbeidet. Hvis du uttaler frustrasjon er det viktig å se på bakgrunnen for denne. Man må ikke finne på å fjerne faglige utfordringer. Gi aldri ros for standardting. De vil gjerne vite når de har gjort noe eksepsjonelt, noe som gjør en forskjell. Av lederstiler er den demokratiske helt klart den dårligste. Da kommer lønsmottakerne til makta, sier Helle Hedegaard Hein.

# Nevrolog og fylkeslege

**Nevrologer har vanligvis ikke veldig mange karriereveier utenom sykehuskorridorene. Men i Troms har Caroline Olsborg byttet ut sentralnervesystemet med helseadministrering.**

Av Tove Myrbakk

Nevrolog Caroline Olsborg var i 2004 nesten ferdig utdannet nevrofysiolog da hun bestemte seg for å utvide horisonten. Hun tok et gigantskritt ut av UNN og inn på Fylkeshuset i Tromsø. Nervesystemets struktur ble byttet ut med et nasjonalt helseperspektiv. Det har hun ikke angret på.

## En jobb man vokser inn i

– Jeg jobbet som allmennlege tidligere hjemme i Målselv for mange år siden, og trivdes godt med den oversikten jobben ga meg over helsevesenet.

Tøffe vakter gjorde at familien forlot hjembygda for å jobbe i sykehus. Først et par år i Bodø, og senere har UNN vært arbeidsplassen hennes.

I juni i fjor ble hun utnevnt som fylkeslege i Troms etter Gerd Ersdal.

– Jeg visste jo en del om hva jeg gikk til, men jobben som fylkeslege er nok noe man vokser inn i. Jeg er fortsatt i opplæringsfasen.

Som fylkeslege har hun lederansvar for helseavdelingen/helsetilsynet i fylket, og får lite tid til å være doktor. Heldigvis har hun god kontakt med sine kollegaer nord og sør i regionen.

– Karin Straume og Henning Aanes er gode støttespillere. Vi har i utgangspunktet samme ansvar innenfor helsetjenesten. Finnmark har hatt et stort og nødvendig fokus på primærhelsetjenesten gjennom mange år. Her håper jeg at vi i Troms også skal klare å engasjere oss mer nå som vi har fått tilsatt assisterende fylkesleger. Til nå har vakanser på avdelingen gjort at mye av dette arbeidet har lagt brakk. Stadig nye oppgaver tar mye av tiden vår. Etablering av spesialisthelsetjenester til rusavhengige i Helse Nord har hatt ført til økt trøkk på vårt kontor, da de regionale oppgavene i dette feltet er pålagt UNN. Det genererer klagesaker fra hele landsdelen til oss. Vi har faktisk like mange klagesaker som Nordland, til tross for at vi er et mindre fylke.

## Flere saker med alvorlig svikt

I 2008 ble 125 klagesaker avsluttet.



Caroline Olsborg ser gjerne at det blir mer åpenhet omkring feil som skjer i helsevesenet.

– Mange saker går på dårlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, men vi har også merket en økning av antall saker som handler om alvorlig svikt i behandling. Jeg skal ikke driste meg til å komme med forklaringer på dette. Kanskje skyldes noe av økningen at folk er mer bevisste enn de var før, og at de har større mulighet til å innhente opplysninger om behandling og behandlingsmuligheter nå enn før om hvordan ting skal være.

– Hvor alvorlig må klagesaker være for at leger skal få advarsel?

– Ganske alvorlig. Vi vurderer alle sakene ut fra forutsetningene hos det enkelte helsepersonell og omstendighetene omkring hendelsen. Man forlanger mer av leger med spesialistutdanning og erfaring enn av dem som mindre erfaren eller under opplæring. Likeså forventes det mer av dem som har tid og ro til overveielser enn av dem som står i en akutt situasjon hvor det må handles her og nå. De langt fleste sakene avsluttes med rådgivning, eventuelt at man konstaterer pliktbrudd uten at formell reaksjon blir vurdert. Få saker ender med advarsler. I fjor var det kun tre saker som endte med advarsel.

De fleste klagesakene handler om leger. Olsborg tror en del av sakene kunne vært unngått hvis kollegaer hadde handlet annerledes i etterkant av hendelsen. Leger som bli påklaget kan kontakte fylkeslegens kontor for å få råd.

– Pasienter har innsynsrett i dokumentene som følger saken. Det kan være greit å huske når man skriver sin uttalelse til helsetilsynet.

– Hvordan reagerer legene på at dere blander dere inn?

– Jeg synes jeg merker en større forståelse for at vi blander oss inn nå enn tidligere. Men fremdeles har jeg en følelse av at legene har et forbedringspotensiale når det gjelder åpenhet omkring feil som skjer. Sykepleierne er langt flinkere å melde fra om feil som oppstår under behandling. Jeg tror at leger må ta inn over seg hvilken stor effekt en unnskyldning kan ha overfor pasienten når man har gjort en feil vurdering i forhold til utredning og behandling. Folk har forståelse for at også leger kan gjøre feil. Gjør vi det så unngår vi kanskje at det blir sak av det, sier Caroline Olsborg, som etter hvert kanskje skal spesialisere seg i samfunnsmedisin. Bare hun får tid. Da skal hun også få ned adventsstjerna i vinduet på kontoret.

## Fylkeslegens kontor skal:

- se til at innbyggerne og andre får den rettssikkerheten de har krav på etter regelverket for helsetjenesten
- se til at den nasjonale helsepolitikken blir fulgt opp i kommunene, fylkeskommunen og helseforetakene
- gi råd om forhold som gjelder helsetjenester og helsetilstand til nasjonale, regionale og lokale myndigheter, helsepersonell og innbyggere.
- Helsetilsynet i fylket behandler klager og fører tilsyn med helsetjenester og helsepersonell.
- Helsetilsynet blir administrert av Fylkesmannen, men er faglig direkte underordnet Statens helsetilsyn.



# Tanker rundt samhandling mellom primærhelsetjenesten og sykehusene

Jeg har kontakt med en distrikts kollega i Marlborough, Massachusetts. To ganger i uken (rundt to timer hver gang) har hun tilsynsbesøk hos sine pasienter som er innlagte ved lokalsykehuset. Hun har da for det meste laget innleggelsesskrivet, og selv skrevet sine ordinasjoner og spesialundersøkelser som evt spesialist kollegene må ta seg av ved lokalsykehuset.

Hun følger selv opp resultat av lab og andre undersøkelser som gjøres under innleggelse, korrigerer og supplerer undersøkelser og medikamentelle ordinasjoner. Og-dette er en selvfølge for henne. Pasientansvaret er tydelig og klart hennes, også under pasientens innleggelsestid på sykehuset.....

For hvem kjenner vel bedre pasientens lidelser og totale livs og medisinske historie bedre enn henne?

I Skandinavia har vi ikke riktig de samme retningslinjene og kultur for samhandling og ansvar.

Kan det vare ønskelig å ha det? Jeg mener, de distriktskolleger som har kort vei til sykehuset burde innfører som rutine å besøke sine innlagte pasienter på sykehuset. Vi som

bor lengre bort burde i hvert fall ta telefonkontakt med behandlingsansvarlig overlege eller ass lege på innleggelse avdelinga, og ikke bare nøye seg med et aldri så godt innleggelsesskriv.

Dette fordi det er uhyre sjelden at mottakende lege (oftest turnus lege eller annen lege på vakt under utdanning) er behandlingsansvarlig lege på avdelinga. Og som kjent blir ikke sjelden papirer og journaler utilstrekkelig leste og gjennomgått av både menneskelige og tidsmessige grunner.

Men en opplysende og supplerende samtale interkollegialt kan på kort tid gi veldig mye viktig og supplerende informasjon for å få utredning og behandling på stell under innleggelsen og ved utskrivning fra sykehuset.

Det bør også vektlegges at flere sykdommer behandles samtidig under innleggelsen. Det er ofte ønskelig å få både arytmien og diabetessykdommen bedre regulert under sykehusoppholdet. Dette tar bare noen få minutters ekstra tankearbeid for kollegaer ved sykehuset, men er en betraktelig hjelp for pasient og primærhelsetjeneste ved hjemkomsten. Jeg savner generalisten innen indremedisinen som tar dette helhetsansvar

uten å gå omveien via endokrinolog og cardiolog.

Jeg oppfatter at det er et overforbruk av internkonsultasjoner ved sykehusene. Disse er svært ressursforbrukende og ofte litt hensiktsmessige. Subspesialisering inne på sykehusen har blitt til et stort problem for pasienten, og for oss distriktsleger ute i distriktet. Krav på hurtig gjennomtrekk og produksjon med kortere liggetider, subspecialiserte kolleger som kun gjør sine ting og ansvarsapulverisering fremmer ikke pasientens totale helsetilstand.

Jeg trur vi kan endre på innvante mønster og rutiner med ganske enkle metoder når det gjelder samhandling med sykehusene. Jeg trur også vi har noe å lære fra primærhelsetjenesten i England og USA i den forstand..

*Lars Abrahamsson  
Kommunelege  
Målselv*

”Du finner oversikt over styrene i lokalforeningene, samt informasjon om regionsutvalgene og kollegiale støttegrupper på hjemmesidene til lokalforeningene,  
[www.legeforeningen.no/nordland](http://www.legeforeningen.no/nordland) [www.legeforeningen.no/troms](http://www.legeforeningen.no/troms)  
 og [www.legeforeningen.no/finnmark](http://www.legeforeningen.no/finnmark)

Ta kontakt med sekretariatet hvis du lurer på noe.  
 Telefon 755 44911 E-post: [nlinfo@frisurf.no](mailto:nlinfo@frisurf.no)





Knut Schrøder

## Har vi et helserike i Nord?

”Det er langt dette landet. Det meste er nord.” Det skriver Rolf Jacobsen i dikt-samlingen ”Nattåpent” i 1985. Ja det har vi: store avstander, spredt bebyggelse og en relativt liten befolkning stiller oss over spesiell utfordringer i å skape et godt helse-tilbud til alle der de bor.

Mens vi venter på samhandlingsreformen skjer det jo andre ting som vil påvirke oss i nord. Helseministeren vil ha flere leger i sykehjemmene, det er fornuftig, selv om noen fastleger ikke liker det. Det er ønske om mer forbyggende arbeid, fornuftig det også. Det klages over at det ikke er gode nok samarbeidsrelasjoner mellom fastlegene og helseforetakene. De avtalene om samarbeid mellom helseforetakene og kommunene er en begynnelse på noe bra, men utfordringen ligger i å få praktiske løsninger som begge parter finner tjenelig. Og ikke minst er det en utfordring å få fastlegene med på laget.

Vi har mange små sykehus i landsdelen. Det er dyrt å opprettholde beredskapen mange steder. Det er mye innleie av helsepersonell, ikke bare leger. Vi har ikke greid å få til en bedre utnyttelse av de spesialistene vi har i egen landsdel. Alt burde ligge til rette for at vi i nord kunne samarbeide bedre.

Vi har gode telemedisinske løsninger, vi har lang tradisjon for å drive ambulant virksomhet. Men vi må bli mye bedre på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Med en bedre legedekning i sykehjemmene, og muligheter for kommunikasjon ”online” med spesialistene på sykehusene ville mye kunne bli bedre for pasientene.

Men da må vi ville det, og være villig til å sette noen kjepphester på båsen.

Det er p.t. ikke oppnådd enighet om nye avtaler for ambulant virksomhet mellom Legeforeningen og Spekter. Det er svært beklagelig.

Legene vil ha det som en frivillig ordning, og ekstra godt betalt.

Helseforetakene ønsker at dette er en naturlig del av arbeidsbetingelsene for å få en sikkerhet for langsiktig planlegging og disposisjon av legens arbeidskraft.

Ved mer ambulering vil spesialisthelsetjenesten komme ut til andre sykehus og helsesentra, slik at pasientene slipper å reise langt for å få undersøkelse og behandling. En økt ambulering vil også kunne avhjelpe små sykehus med spesialistmangelen, og dermed minske behovet for vikarer. Men skal vi få til dette så må vi få en forståelse av at det er nødvendig med større fleksibilitet fra legeforeningens side. Vi har en handlekraftig helseminister. Kanskje var det lurt å finne frem til løsninger begge parter er tjent med, ellers kan det komme en overordnet beslutning som noen ikke vil se på som spesielt positiv.

Helse-Nord har også utfordringer i spesialisthelsetjenesten.

De mange små enheter, økende spesialisering, økte krav til kvalitet i behandlingen og krav om dokumentasjon av det vi driver med vil stille oss overfor nye utfordringer. Økt fokus på kvalitetsregistre, d.v.s. å vite hvordan det går med pasientene vår, vil kreve andre grep. Det er gjennomført en del overordnede, med sentralisering av bl.a. behandling av enkelte kreftformer.

Jeg tror det er nødvendig med sentralisering også for andre pasientgrupper.

Alt burde ligge til rette for at vi i Nord-Norge kunne gå foran og vise vei i konkret

samhandling mellom sykehusene, avtalespesialistene, fastlegene, distriktsmedisinske sentra, distriktpsikiatriske sentra og primærhelsetjenesten.

Vi kan det hvis vi vil være med på å sette noen kjepphester på båsen.

Husk: ”Det er bedre å ville, enn å måtte”!

*Til neste nummer av Doktor i Nord som kommer i april utfordrer Knut Schrøder administrerende direktør ved UNN Tor Ingebrigtsen til å skrive i spalten ”Betraktninger utenfra”.*





Tor Ingebrigtsen fikk skryt for omstillingsprosessen på UNN under lederkonferansen for Norsk sykehus- og helsetjenesteforskning.

## Skryt til UNN

**Vellykkede fusjoner og store omstillinger krever at det bygges nytt, tar tid og man blir egentlig aldri ferdig. Alt dette tar administrerende direktør Tor Ingebrigtsen med knusende ro. Han er i ferd med å lykkes i Troms.**

Av Tove Myrbakk

Det går en regionaliseringsbølge over Europa og fusjonering av større organisasjoner. På en helselederkonferanse i Oslo fortalte Göran Stiernstedt at prosessen har gått seg litt fast i Sverige på grunn av politisk uenighet, men nok kommer på skinner igjen om kort tid. Han har vært involvert i fusjoneringen av Nye Karolinska og er nå med i styret i Oslo Universitetssykehus.

– Motivet for å fusjonere er økonomi, men i dag er det større fokus på kvalitet og sikkerhet. Kirurgens volum versus sykehustets volum. Her vet vi enda for lite. Men sikkerhet krever standardisering som igjen krever volum. Det vet vi.

Stiernstedt nevnte mange utfordringer som store organisasjoner møter etter fusjon.

– Avstanden til innbyggerne og pasientene øker. Arbeidsmiljøet er ofte betydelig bedre i mindre organisasjoner. Følelsen av den enkeltes medansvar blir mindre.

Hans erfaring fra Karolinska er at fusjonering er et langtidsprosjekt.

– Det er minimum et 10-årsprosjekt og man blir aldri ferdig. Men det ble man jo i grunnen ikke tidligere heller. Det er viktig å gjøre raske endringer i starten og være klar over at omstilling koster. Ansatte kommer til å slutte, men det er det lite å gjøre med.

Ledelsen på nye Karolinska mislyktes ifølge Stiernstedt med å kommunisere fusjonen ut til alle. Det har bidratt til fusjoneringen har fått skylda for det meste av det som har skjedd underveis og etterpå.

Tor Ingebrigtsen mener forventningene og kravene i omgivelsene rundt nye UNN har endret seg siste år.

– De har understøttet vår omstillingsprosess. Vi har fått til en felles kriseforståelse i organisasjonen. I dag er ny organisasjonsmodell og ledelsesstruktur på plass. I neste fase skal vi dokumentere kvalitet og prioritere riktig. Samhandlingen internt og med

våre omgivelser skal bli bedre for å sikre helhetlige pasientforløp, sa Ingebrigtsen som fikk mye ros for det han har oppnådd i løpet av kort tid. På spørsmål om hvorfor han og UNN har lyktes med det mange sliter med, svarte han.

– Det har jeg grunnet over og lest mye organisasjonsteori for å skjønne. Jeg tror at den positive kulturen i gamle UNN har virket forlokkende på Narvik og Harstad å bli deltakende i. Det er nok også lettere å fusjonere stor og to mindre enheter, enn enheter som er like store.

Fremover har Ingebrigtsen store planer for UNN. Han ga klar beskjed om at nå må Helse Sør-Øst begynne å utdanne sine egne spesialister. Det er slutt på den tiden da Helse Nord, og spesielt UNN, har påtatt seg dette med det resultat at de har flyttet sørover i det øyeblikket spesialistgodkjenningen kom i posten.

# - Får hjelp for sent

- Dialyserommene rundt omkring er et bilde på at helsevesenet har mislyktes. Vi må jobbe langt mer forebyggende enn vi gjør nå.

Av Tove Myrbakk



President Torunn Janbu og helseminister Bjarne Håkon Hanssen.

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen møtte 450 helseledere på den årlige Lederkonferansen som Norsk sykehus- og helsetjenesteforskning arrangerer. Her tegnet han et bilde av et helsevesen som bruker alt for mye ressurser i spesialisthelsetjenesten, og som ikke har tatt til seg at sykdomsbildet er totalt endret i dag.

– Hvis jeg faller om i dag med et hjerteinfarkt er prognosene gode uansett hvor i landet jeg faller om. Men får jeg Diabetes 2 er det langt fra sikkert at dette blir oppdaget før langt ute i sykdomsforløpet, når plagene kanskje har blitt kroniske og livstruende. I dag er det rus, kreft, diabetes, overvekt, KOLS, psykiske lidelser og demens som de store folkesykdommene. Det er ikke helsevesenet dimensjonert for, og det må vi gjøre noe med.

Reformarbeidet er ifølge Hanssen i ferd med å bli en kommunehelsereform, og er nå inne i slutfasen. I disse dager er det veldig mange lovforslag som er på tur fra han og til regjeringen.

Ministeren ønsker seg minimum 50 % flere allmennleger. Dette skal også bidra til at fastle-

gen får bedre tid til hver pasient, og få opp sykehjemsmedisinen på et forsvarlig nivå.

– Ambulansene fyker mellom sykehjem og sykehus og bak ligger ei forvirret gammel dame som skal ha intravindr behandling. Det burde hun kunne få på sykehjemmet der hun har kjent personale rundt seg.

Hanssen vil tone ned stykkprisfinansiering og opp basisfinansieringen i fastlegeordningen.

– Allmennlegene skal tjene godt, men jeg vil ha slutt på listebarone. Legene skal kunne delta i det tverrfaglige arbeidet i kommunene uten at de taper penger på det.

IKT er høyt oppe på ministernes liste over ting som skal prioriteres. Derfor er dette tatt fra de regionale foretakene og kommet inn under nasjonal styring. Ei helsetrapp med helsekommuner, DMS, lærings- og mestringsentra med mer skal gjøre pasientforløpene mer sømløse. Man skal ikke lenger snakke LEON-prinsippet, man gjøre det.

## Matoppskrifter:

### Fersk kjøtt og suppe med løksaus

En fantastisk tradisjonsrett som passer godt for kalde vinterdager. Kjøttet kan kokes dagen i forveien.

#### Ingredienser til fire personer

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

#### Løksaus

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

#### Slik gjør du:

1. Kok opp vann og legg kjøttstykkene i så hele som mulig. La vannet koke opp igjen og skum godt av.
2. Dryss over salt og legg i det grønne av purren. La det trekke under lokk til kjøttet er mørt, ca 1.5 time. Skum godt av fett med en øse.
3. Grønnsakene vaskes, renses og deles i terninger. Kålen strimles fin opp. Ha grønnsakene i gryten. La alt trekke til grønnsakene er møre - ca 15 minutter.
4. Mens grønnsakene trekker, sil opp ca 5 dl kraft fra suppen og lag løksausen.
5. Kok opp hakket løk og kraft. Rør hveteemelet ut i ½ dl kaldt vann og rør meljevningen inn i kraften.
6. La sausen trekke i ca 10 minutter. Smak til med eddik, sukker, salt og pepper

Løksausen serveres varm ved siden av kokte poteter, kjøtt i skiver og grønnsaker fra suppen.

Lykke til.

Tove Myrbakk, Bodø

# Vil du bli mentor?

**Mentorordningen er et tilbud til medisinstudentene i Tromsø. Hovedmålet er å gi studentene mulighet til et fast og langvarig kontakt med en ferdigutdannet lege. Slik kan mentoren fungere som en rollemodell og en ressursperson i forhold til problemer man møter som student.**

**Av Seija M. Pedersen**

Mentorgruppen som består av 7 studenter + mentor er et forum hvor en kan diskutere følelser rundt det å være medisinstudent/nyutdannet lege, og de etiske problemstillingene en kan møte i løpet av studiet.

Mentoren må være en ferdigutdannet lege. For å sikre bredde blant disse er det viktig at de kommer fra ulike spesialiteter, men det til felles at de gjerne på ulike måter vil bidra til utdanningen av studenter. Det er klart en fordel at de er åpne og villig til å gi av seg selv, og ikke minst at de trives sammen med studenter.

– Marianne Nordhov har vært lege i 15 år og er i dag overlege på nyfødt intensiv ved UNN.

Hun er mentor for en gruppe med medisinstudenter og har vært det siden de begynte på studiet høsten 2006. Grappa deres møtes ca hver 6. uke, enten hjemme hos hverandre eller på sykehuset. Møtene varer ca to timer, avhengig av hva de gjør. Marianne fungerer både som en kontaktformidler og hjelper de å komme seg rundt på sykehuset. Hun fungerer som en voksen person de kan søke hjelp og råd hos, enten i gruppen eller alene, og er en fagperson som leder gruppen gjennom de ulike temaer.

De avtaler tema på forhånd, og har delt personlige erfaringer som hvordan det er å være pårørende eller pasient, de har møtt foreldrene til alvorlig syke barn, foreldre som har mistet barn og fulgt Marianne en dag på vakt. Dette mener Marianne ikke bare bidrar til at studentene blir bedre doktore.

– Det å tilbringe tid med motiverte studenter med mange ressurser og tanker gir meg mye tilbake.

Hun ønsker også å utfordre studentene til å teste sine egne fordommer og holdninger ved å snakke med innsatte i fengselet, møte tunge rusmisbrukere eller pasienter i psykiatrien.

Nøyaktig hvor forpliktende en gjør det, er opp til den enkelte gruppe og dens mentor, men for å få noe ut av ordningen, er det vik-



Marianne Nordhov – en engasjert mentor i Tromsø.

tig at både studenter og mentorer prioriterer møtene. Ved spørsmål om det er mye jobb med å være mentor, bedyrer hun at det ikke er noe ekstra arbeid utenom møtene, men at det gir henne masse, både inspirasjon og glede. Hun ser på studentene som fremtidige kollegaer, og sier det er viktig å tenke tilbake på hvordan det var å være medisinstudent selv. Videre forteller hun at taushetsplikten er absolutt, og gruppen er et lukket forum hvor alt som blir diskutert forblir i gruppen. Hvis du fortsatt lurer på noe, kan du sende en email til mentoransvarlig i Nmf Tromsø, Seija Maria Pedersen, Zeija@hotmail.com



# Helse Nord RHF

## og Nord-Norge



Lars H. Vorland  
Helse Nord RHF



Jan Norum  
Fagdirektør  
Helse Nord RHF



Margit Steinholt  
konserntillitsvalgt  
Helse Nord RHF



Jens Munch-Ellingsen  
Helse Nord RHF

## Psykisk helsevern i nord – utvikling og endring

Adm. direktør Lars H. Vorland Helse Nord RHF

Den ti-årige opptrappingsplanen for psykisk helsevern er avsluttet. Helse Nord sine egne investeringer og oppbygginger av nye tiltak realiseres også alle i løpet av 2008. Selv om det fortsatt er kapasitetsmessige mangler går denne fasen mot sin avslutning. I denne perioden er også ansvaret for tilbudet til rusmiddelavhengige lagt til spesialisthelsetjenesten. Pasientene er ofte de samme på tvers av hoveddiagnosegrenser. Et kjerne-spørsmål blir derfor hvordan vi kan skape faglige og kapasitetsmessige gevinster mellom rus og psykisk helsevern til beste for pasientene. Tida er nå kommet for å:

- evaluere dagens situasjon på viktige områder
- reorientere oss i forhold til dagens status og helsepolitiske målsetninger nasjonalt og regionalt
- stake ut en kurs for en regional faglig utvikling

Helse Nord vil starte en gjennomgang av psykisk helsevern. I første omgang vil jeg besøke alle distriktpsikiatriske sentra i landsdelen denne våren.

### Hva slags dokumentasjon har vi?

Følgende planer og analyser bl.a. vil være viktige:

- Statlig opptrappingsplanen for psykisk helsevern i Helse Nord
- Helse Nord sine egen satsing
- Helsedirektoratets (Muusmann og Agenda) sin Kartlegging av de distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008
- Riksrevisjonens rapport Dokument 3:5(2008 – 2009) Riksrevisjonens undersøkelse av spesialisthelsetjenestene sitt tilbud til voksne med psykiske problemer
- Nasjonale faglige veiledere
- Resultatene fra den siste PasOpp undersøkelsen hvor tilfredsheten ble målt
- Tilsynsrapporter

### Helsedirektoratets kartlegging av DPSene

Resultatene fra arbeidet viser at det er store regionale forskjeller og forskjeller innad i hvert RHF. Helse Nord har høyeste beløp når det gjelder driftsmidler i kr per innbygger, med 1776 i forhold til Helse Midt som

har 812 kr. per innbygger. Innad i Helse Nord har Psykiatrisk Senter Mo i Rana 918 kr i driftsmidler per innbygger mens DPS Midt Finnmark har kr 3125.

Helse Nord har middels kapasitet på antall årsverk pr 10.000 innbyggere, etter faggruppe og tjenesteproducent. Helse Nord(HN) har lavere andel sykehusavdelinger enn de andre RHF-ene. HN har høyere andel av DPS-er, polikliniske og ambulante tjenester. HN har høyest antall årsverk pr. 10000 innbygger over 18 år i dag og døgnavdeling. Vi har den laveste kapasiteten i form av døgnplasser. Den gjennomsnittlige kapasiteten nasjonalt for fagårsverk i poliklinikk er på 8.1%. I HN er den på 8.7%. Spesialistårsverk er i HN på 3.9, mens landet under ett er på 4.9 %.

### Riksrevisjonsrapporten

I HN er det store forskjeller når det gjelder døgnplasser pr 10 000 innbyggere. Lofoten har ikke egne døgnplasser. I Nord-Troms er det 17 pr. 10 000 innb. Når det gjelder fagårsverk per 10 000 innbyggere har Nord-Troms 48.1 mens Mo i Rana har 10.2. Lofoten har 16.8

Konklusjonen er at det er store variasjoner i tjenestetilbud og bemanning innad i Helse Nord.

Befolkningen har krav om likeverdige og tilstrekkelige tjenester. En hver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få sin tilstand vurdert i forhold til prioriteringsforskriftens tre hovedvilkår:

- Alvorlighet (prognosetap),
- Forventet nytte
- Kostnadseffektivitet.

Henvisningene inneholder iflg rapporten ikke alltid tilstrekkelige opplysninger til at man med sikkerhet kan sette en tentativ diagnose. Legene sier samtidig at de sjelden får tilbakemelding om kvaliteten på henvisningene.

Riksrevisjonsrapporten viser store og forskjeller i tildelingen av retten til nødvendig helsehjelp. Forklaringsfaktorer av betydning kan være ulik organisering, ulik bruk av fagkompetanse i inntaksprosessen, ulik forståelse av kriteriene, kapasitetsvurderin-

ger og lignende. Rapporten viser at det er en lang vei å gå når det gjelder bruk av prioriteringsforskriften og vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Helsedirektoratet lanserte den 2. desember en veileder i prioritering innen psykisk helsevern for voksne. Helse Nord har ansvaret for å implementere denne i fagmiljøene. Arbeidet med implementeringen er igangsatt. Denne blir et viktig verktøy for å kunne prioritere bedre og gi folk et mer likt tilbud.

### Gjennomgang av psykisk helsevern i Helse Nord.

Bakgrunn for å foreta en gjennomgang er å sikre at befolkningen får et tilbud om tjenester i tråd med nasjonale og regionale krav og målsetninger. Dette gjelder både:

- prioritering
- tilgjengelighet
- faglig innhold/kvalitet

Ulik ressursbruk i landsdelen må vi se nærmere på for å finne forklaringer og evt. justere og/eller harmonisere. Sammenligning mellom virksomheter er her en kilde til læring. Tre andre problemstillinger som bør inn i et slikt prosjekt er:

- Vurdere innholdet i DPSene, skal alle være like
- Hvordan styrke det faglige lederskapet?
- Ytterligere oppmerksomhet om rekrutteringen av den mest spesialiserte kompetansen

I et slikt arbeid må vi også ha som ambisjon å diskutere hvordan en sikrer det regionale perspektiv på den framtidige utvikling av psykisk helsevern og utvikler dette til en tjeneste.

Det foreligger gjennom opptrappingsplan, de to rapportene, nasjonale veiledere og annet materiale et rikelig datagrunnlag for å starte arbeidet. I første omgang skal vi kvalitets-sikre det datamateriale vi har. Utfordringen blir så å initiere og gjennomføre prosessen på en slik måte at den blir regional, trekker fagfolkene med seg på en god måte og legger grunnlaget for et enda bedre tilbud.

# Legeforeningens Regionutvalg Nord 2007 - 2009:

**Leder:**

Kirsten Toft, Af, Sandnessjøen  
E-post: kirsten.toft@monet.no

**Leder av Finnmark Legeforening:**

Pal Ivan, OF, Hammerfest  
E-post: leder.flf@gmail.com

**Leder av Troms Legeforening:**

Lars A. Nesje, Af, Salangen  
E-post: lnesje@online.no

**Repr. for Norsk Overlege forening (OF):**

Torstein Foss, OF, Bodø  
E-post: torstein.foss@nlsh.no

**Repr. for Norsk Arbeidsmedisinsk forening (Namf):**

Gunnar Skipenes, Bardu  
E-post: gskipenes@mil.no

**Repr. for leger i vitenskapelige stillinger (LVS):**

John Bjarne Hansen, Tromsø  
E-post: johnbh@fagmed.uit.no

**Repr. for leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA):**

Anne Grethe Olsen, Hammerfest  
E-post: ago@hammerfest.kommune.no

**Repr. for private avtalespesialister (PSL):**

Elisabeth Steen, Fauske  
Tlf. 75 64 40 01

**Repr. for assistentlegene i Nord-Norge (YLF):**

Jo-Endre Midtbu, Tromsø  
E-post: jo-endre.midtbu@unn.no

**Repr. for medisinerstudentene (Nmf):**

Axel Lupton, Tromsø med vara: Hanne Sveggen  
E-post: axel.lupton@gmail.com

# BLAD B - Økonomi

RETURADRESSE:  
Doktor i Nord,  
postboks 665, 8001 Bodø