

# Doktor I NORD

4•11

MEDLEMSBLAD FOR NORDLAND, TROMS OG FINNMARK LEGEFORENING • 10. ÅRGANG



En lege for  
fremtiden

4

Ramis vei til  
Gildeskål

9

Empati er  
effektivt

10

Å sykkelig-  
gjøre livet

12



## Doktor i NORD



Organ for Nordland, Troms og Finnmark legeförening

Utgiver:  
Nordland, Troms og Finnmark legeförening

Ansvarlig redaktör:  
Jostein Törstads, Kirkenes  
E-post: jostein.torstad@sor-varanger.kommune.no  
Jo-Endre Midtbu  
Tlf. 930 08 700  
E-post: jo-endre.midtbu@unn.no  
Margit Steinholt, Sandnessjónen  
Tlf. 993 55 760  
E-post: margit.steinholt@gmail.com

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

Bladets adresse:  
Doktor i NORD  
Mörkvedsenteret 17  
8028 Bodö

Sekretariatet finner du i Mörkvedsenteret 17, i 2. etg. over Coop Extra på Mörkved. Det er öpent mandag til fredag 09.00 - 15.30. Tlf. 75 54 49 11. E-post: nlfinfo@frisurf.no

Forsidefoto:  
«Nyholmen»  
Foto: Ole-Kristian Losvik.

Redaksjonen for nr. 4/11 avsluttet 14. oktober 2011.

Deadline for 2011:  
1. desember

Produksjon:

**COX**

Bergen AS

Annonser: Cecilie Dahle Tlf. 930 04 871  
Mail: cecilie.dahle@cox.no

LEDERENS



HJÖRNE

## Tar vi godt vare på dinosaurerne?

Postverket feilsorterte posten og et brev til meg havnet hos en bekjent. Brevet kjentes ut som det inneholdt en diskett. Med bakgrunn fra IT og skole spurte han overrasket om helsevesenet fortsatt brukte slike. Jeg forklarte at dette nok var min pasientliste som oppdateres månedlig fra diskett, at jeg var glad for at denne ikke kom helt på avveier og at Helfo sender ut tusenvis av slike disketter hver måned. "Det er lenge siden jeg håndtert slike" sa han ettertenksomt.

Denne sommerens traumer har satt liv, helse og helsetjeneste i perspektiv. Det er godt at fungerende systemer og kompetanse får positiv omtale. Ivaretagelse av medmennesker har stått sentralt. Vi registrerer interesse i media for å dröfte beredskap, spesielt mhp. varslingssystemer. Diskusjon om beredskap vil ha betydning for prioritering og utforming av digitalt nödnett. Her har vi krav å melde. Det er bare det sentrale Östlandet som p.t. bruker teknologi fra vårt århundre. I resten av Norge benytter vi helseradioer med det ypperste at 1980-tallets teknologi – like utdatert som diskettene og de første pc'ene. Dette er mao. også en dinosaur vi pleier til daglig. Jeg har sans for museer, men vil ikke arbeide med museumsmodent utstyr i daglig bruk.

Digitalt nödnett er viktig for helsevesenet og befolkningen, men det er vesentlig at ikke bare katastrofeberedskapen, men også hverdagsbehov blir ivaretatt når nettet utformes og det skal velges utstyr. Den vanligste hastsituasjonen er én pasient som trenger bistand fra én lege og én ambulanse. Nödvendig samarbeid mellom nödetatene er vesentlig når behovet foreligger, men dette er ikke den vanligste situasjonen i hverdagen.

Som fagpersonell önsker vi at publikums direkte tilgang til kompetent helsepersonell i vaktberedskap via telefon 113 ikke skal sperres og erstattes av et overbelastet fellesnett basert på politiets nödnummer 112, men at samhandlingen(!) mellom nödetatene videreutvikles. Det forutsetter robuste fagsystem og trygg hverdagserfaring.

Det har vært valg i år, ikke bare i kommuner og fylkeskommuner, men også i legeföreningen.

Det er godt å se at status etter årets valg på tillitsvalgte i legeföreningen er nye, engasjerte ansikter

i mange posisjoner i våre tre nordligste fylker. For å opprettholde entusiasme og engasjement i medlemsmassen og sikre kreativitet i styrenes arbeid, er det nödvendig med en utskifting av tillitsvalgte etter som tiden går. Jeg må erkjenne at ideer som ikke er realisert etter mange år i posisjon må vike for nye kreative innspill. Tiden var inne for en utskifting – man vil jo ikke fremstå som dinosaur...

Som avgått fylkesavdelingsleder önsker jeg å gratulere våre tillitsvalgte med valgresultatet og önske lykke til i arbeidet fremover.

Lars A. Nesje, leder i Regionsutvalget Nord

# – En lege for fremtiden

**Ny studieplan for legestudiet i Tromsø er ute på høring. På Sommarøy diskuterte man kravene til morgendagens helsearbeidere, legerollen, rekruttering, desentralisert undervisning og behovet for gode rollemodeller.**

Av Tove Myrbakk



I panelet fra. v. Trond Egil Hansen, Jan Norum, Tor Ingebrigtsen, Arnfinn Sundsfjord og Christian Kjellmo.

Legerollen er i endring som følge av forandringer i samfunnet og helsetjenesten, og på grunn av utviklingen innen medisinsk kunnskap og teknologi, står det å lese i forslag til ny plan for legestudiet i Tromsø. På Sommarøy var blant annet dekanus Arnfinn Sundsfjord invitert til å presentere ny studieplan.

– 1751 leger er utdannet i Tromsø siden starten i 1973. En del ting har skjedd siden da, men det er på tide med en revisjon. Undervisningsformen er passiviserende. Bodømodellen er vi veldig godt fornøyd med og er absolutt noe å bygge videre på i resten av regionen. Om en kvinne på 35 år med helsefaglig utdanning fra Nordkapp ønsker å studere medisin bør vi legge til rette for det.

Fagdirektør i Helse Nord RHF tok for seg drømmelegen som i fremtiden først og fremst skal drive med pasientbehandling, som i dag, men som også skal drive med undervisning, forskning og innovasjon.

– Fremtidens doktor må ha lederegenska-

per, ha samarbeidsevner og ikke minst være åpen for ny teknologi. Faget er og skal være det viktigste, men vi lever i et multikulturelt samfunn og kulturforståelse blir enda viktigere fremover.

Sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen på UNN var også blant innlederne og la vekt på at han mener diskusjonen rundt turnustjenesten har vært for snever.

– Vi må se på hele utdanningen under ett, og noen må ha et gjennomgående ansvar her. Den gamle mester-svennlæringen må bort. Fremdeles er den tungt inne i spesialistutdanningen. Leger skal samhandle og jobbe i effektive team. Det krever er helt ny type læring som sikrer systemforståelse og utvikler lederegenskaper.

Trond-Egil Hansen måtte på kort varsel steppe inn for Karin Straume som ble valgt inn i 22. juli-kommisjonen og derfor måtte melde forfall.

– Grunnutdanningen må bidra til at flere

velger allmenntidmedisin. I dag er det for lite allmenntidmedisin i studiet og vi trenger flere allmenntidleger som undervisere og rollemodeller for studentene. Vi har fått tilbakemeldinger fra studenter om at enkelte sykehusleger har hatt negative holdninger til allmenntidleger og kommunisert dette. Det må det bli slutt på.

Medisinerstudent Christian Kjellmo er engasjert på full tid med revisjonsarbeidet.

– Studentene har vært veldig involvert i prosessen. Slik som undervisningen fungerer i dag er det stort sett opp til hver enkelt foreleser å selv finne ut av hva han eller hun vil undervise i. Den pedagogiske kompetansen hos underviserne må styrkes og det må bli mer studentaktiviserende undervisning. I dag er det for lite praksis og her går det an å tenke kreativt. Hvorfor ikke plassere oss ut i de distriktene som trenger rekruttering. Gi studentene utfordringer og still krav.

# Kritisk til studieplan

**Diskusjonen om ny studieordning går nå høylutt i deler av kollegiet. Fra røntgenavdelingen ved UNN i Tromsø er det sendt en høringsuttalelse som er sterkt kritisk til det nye forslaget. Uttalelsen er underskrevet av mer enn 20 leger ved avdelingen, og overlege Sven Weum er en av disse.**

– Vi ser et klart behov for å forbedre studieplanen. Men hvis forslaget til ny studieplan blir gjennomført, tror vi dette vil være et stort skritt i feil retning.

I 2006 gjorde Roaldutvalget en ekstern evaluering av medisinstudiet i Tromsø. De pekte på en rekke områder som må styrkes ved studiet. Utvalget skrev blant annet at det var høye krav til basalkunnskap det første studieåret men lave krav de neste 5 årene.

– Det er også vår erfaring ved røntgenavdelingen at mange henvisende leger har mangelfull medisinsk basalkunnskap. Dette gjelder spesielt innen anatomi, fysiologi, patofysiologi og medisinsk nomenklatur, noe som gjør at samhandling og presis kommunikasjon blir vanskelig.

– De av oss som underviser ser også store nivåforskjeller mellom studentene, og noen studenter har store kunnskapshull. Vår bekymring er at den nye studieplanen ikke retter opp svakhetene ved dagens studieordning, men tvert i mot gjør situasjonen verre når fokuset flyttes fra basalkunnskap til kasusbasert læring.

I forslaget brukes "factual overload" som argument for å gå over til kasusbasert pensum. Men vi tror en slik endring vil virke mot sin hensikt. Den totale kunnskapsmengden innen medisinen har alltid vært større enn hva den enkelte student kan lære seg, dette er ikke noe nytt. Kasusbasert pensum vil ikke sikre den akademiske plattformen som er nødvendig for at den enkelte lege skal kunne forholde seg til den store medisinske kunnskapsmengden.

– Det som skiller legene fra andre helsefaglige yrkesgrupper er nettopp omfattende medisinsk basalkunnskap. Dette er selve grunnfjellet for vår profesjon. Det kan se fint ut på papiret å satse på kasusbestemt pensum, kommunikasjon og kulturforståelse. Men når dette går på bekostning av basal medisinsk kunnskap kan det vise seg at det fine huset var bygget på sand, og ikke på fjell. Vi trenger å styrke det akademiske innholdet i medisinstudiet, ikke omgjøre studiet til en yrkesfaglig utdanning, sier Weum i en kommentar til Doktor i Nord.

## Kurs om rusmiddelavhengighet

**Kurskomiteen i Finnmark inviterer til kurs om rusmiddelavhengighet i Alta 10. og 11. november. Det blir også medlemsmøte torsdag der legeforeningens nye president Hege Gjessing også deltar.**

Kurset arrangeres i samarbeid med Rusforum Finnmark og har mange spennende forelesere og temaer. Avhengighetens natur har både en psykologisk og en patofysiologisk side og vil bli belyst. Etske betraktninger rundt avhengighet blir debattert og deltakerne får også et innblikk i motiverende intervju som metode.

Mer informasjon om medlemsmøte og kurs finner dere på [www.legeforeningen.no/finnmark](http://www.legeforeningen.no/finnmark)

## Akuttmedisinkurs for allmennleger

Nordland Legeforening arrangerer i samarbeid med akuttmedisinsk klinikk, Nordlandssykehuset emnekurs i akuttmedisinkurs for allmennleger 12. og 13. januar i Bodø. Påmelding og mer informasjon finner dere på [www.nordland-legeforening.no](http://www.nordland-legeforening.no)

Påmeldte deltakere vil få tilsendt oversikt over relevante artikler som anbefales gjennomlest før kursstart. Datoer for kurs blir fortløpende oppdatert på nettsidene.



Her er noen av deltakerne på Sommarøy. Rundt 80 personer var innom tillitsvalgtkursene og den helse- og fagpolitisk konferansen i høst.

# Engasjement på Sommarøy

**For første gang ble det arrangert en nord-norsk helsepolitisk konferanse i regi av Legeforeningen. Deltakerne opplevde den tverrfaglige refleksjonen som særdeles nyttig.**

**Tove Myrbakk**

Programmet på Sommarøy hadde noe for alle. De tillitsvalgte møttes allerede 31. august til kurs og legeforeningens ledelse stilte velvillig opp. På tillitsvalgtkurset for sykehuslegene bidro både påtroppende president, generalsekretær og leder av OF og YLF til inspirasjon og det faglige utbyttet. Her fikk de lære mer om personalkonflikter, arbeidsmiljø, forhandlinger, styrearbeid og A2-avtalen. Tillitsvalgte i kommunehelsetjenesten hadde

med seg leder i Allmennlegeforeningen, generalsekretær og representant fra styret i LSA. De fikk her viktig informasjon om avtaleverk, håndtering av klagesaker og debatterte rundt rekruttering og kombilegen i nord.

På den helse- og fagpolitiske konferansen ble det uttrykt at den tverrfaglige sammensetningen bidro til at man hadde med seg noe ekstra hjem. Det er ikke avgjort om det blir en egen konferanse for Nord-Norge neste år

eller om man fortsetter det samarbeidet man tidligere har hatt med lokalforeningene og regionsutvalget i Midt-Norge. Informasjon om dette vil komme både i Doktor i Nord og på nettsidene til lokalforeningene så snart det er klart hvor og når konferansen blir.

Det er selvsagt fritt fram for å komme med innspill. Send gjerne en e-post til [tove@nordland-legeforening.no](mailto:tove@nordland-legeforening.no)



Hege Gjessing leverte en solid tiltredelseserklæring på Sommarøy.

# Solid start som president

**Hege Gjessing hadde sin aller første dag som president på Sommarøy. Her leverte hun en solid tiltredelseserklæring og ble ønsket velkommen som legeföreningens øverste leder av både Helse-Nord ledelsen og sine egne.**

Av Tove Myrbakk

Hege Gjessing er som noen vet født i Harstad. Derfor var det spesielt både for henne og lokalföreningene i nord at hun tilbrakte den første dagen som president på Sommarøy hvor tillitsvalgte og medlemmer var samlet til kurs og helsepolitisk konferanse. På tillitsvalgtkurs for sykehuslegene fortalte hun om veien fra plasstillitsvalgt til president. Historien hennes forteller at tillitsvalgtarbeid absolutt er en karrierevei også for leger. På helsepolitisk konferanse dagen etter leverte hun en solid tiltredelseserklæring og fikk trampeklapp.

– Vi leger ønsker å gi pasientene våre så god hjelp som mulig, og de aller fleste er godt fornøyd med jobber vi gjør. Kompetansen vår har stor betydning. Samtidig er det flere og flere som føler at de har for mye å gjøre og i noen miljøer opplever man resignasjon. Dette

må tas på alvor. Bevilgningene til bemanning må øke, prioriteringene bli hardere og systemene forbedres. Samtidig må helsevesenet bli flinkere til å forebygge.

Ledelse er etter den nye presidentens mening avgjørende for at sykehusene skal fungere godt og at helsevesenet skal utvikle seg.

– Vi har den beste forutsetningene for å bli gode ledere, men da må vi lære oss faget ledelse som det bedrives for lite av i dagens sykehus-Norge. For meg er ledelse å sette i sving den kompetansen som er der ute. Administrering må kunne delegeres bort slik at ledere får tid til å drive med ledelse.

Gjessing melder de fagmedisinske foreningene må involvere seg i prioriteringsdebatten.

– Alle er enige i at vi må prioritere, men

ikke om hvem som skal gjøre jobben. Legeföreningen mener at dette er politikernes oppgave, men vi må også delta og her er våre fagmedisinske foreninger sentrale.

Gjessing nevnte også nasjonal sykehusplan som viktig å få på plass og at rollen til RHF-ene må diskuteres fremover.

Administrerende direktør Lars Vorland og fagdirektør Jan Norum, deltok hele første dag av konferansen. Vorland skrev i fredagsbrevet sitt dagen etter at Hege Gjessing var velkommen til samarbeid med Helse Nord. Sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen deltok begge dagene på konferansen og hadde også møter med YLF og OF.

# Troms legeforening – per oktober 2011

**I månedsskiftet august/september hadde fylkesforeningene og mange tillitsvalgte fra Nord-Norge gleden av å møte brorparten av Legeforeningens politiske ledelse på vår lokale perle, Sommarøya.**



Jo-Endre Midtbu er ny leder for Troms Legeforening.

Vi håper den nye presidenten Hege Gjessing og hennes følge satt pris på det praktfulle sommerværet vi hadde ordinert, på kursene våre og på de gode debattene og forelesningene! Det ble holdt tillitsvalgtkurs for både allmennleger og sykehusleger, og oppmøtet fra UNN var svært bra!

Troms legeforening hadde sitt første styremøte med nytt styre i slutten av september. På agendaen sto høringssakene om ny kjernejournal og ny studieplan for legeutdanningen ved Universitetet i Tromsø. Etter gode debatter er høringssvarene utarbeidet, og alle kan lese disse på [legeforeningen.no/troms](http://legeforeningen.no/troms). Vi har prøvd å balansere synspunktene, men det bør ikke være noen hemmelighet at vi er kritiske til den omfattende kjernejournalen som myndighetene ønsker seg, og at vi er bekymret for deler av revisjonen av legestudiet, en bekymring vi etter de tilbakemeldingene vi har fått; deler med store deler av kollegiet.

På hjemmesiden finner dere kontaktinformasjon til det nye styret, og referatene fra styremøtene våre. Troms legeforening har nå rundt 1 150 legemedlemmer, i tillegg til studentmedlemmene via Nmf. Vi vil gjerne at dere engasjerer dere og følger med på hva vi gjør, og hjemmesiden er et godt sted å starte.

En "gladsak" i dette styremøtet, er at vi har tatt initiativ til å etablere en uformell organisering av medlemmene i fylket over 65 år og for dem som har pensjonert seg helt eller delvis før dette. Vi mener denne voksende gjengen her i Troms representerer en kompetanse og klokskap som er vel verdt å lytte til – og ta vare på. Disse kollegaene fyller kriteriene for å melde seg inn i Eldre lægers

forening (Elf), og vi oppfordrer med dette alle seniorer til å gjør nettopp det. Årsmedlemskapet koster 250 kr, og vil gi tilgang til årsmøte og lokale og sentrale sosiale og faglige treff. Jeg tillater meg å sitere leder Rolf Schøyen i sitt nyttårsbrev 2011: "... dette er en forening av meget ressurssterke og oppegående kolleger som ønsker å ta vare på de beste verdier i legeprofesjonen og menneskelivet." Troms legeforening har forespurt Sigurd Sparr om å hjelp til å dra i gang dette her i Troms, og han har takket ja. Følg med! Meld deg inn i Elf nå ved å kontakte Ellen Pettersen i Legeforeningens sekretariat; [ellen.pettersen@legeforeningen.no](mailto:ellen.pettersen@legeforeningen.no). Vennligst spre budskapet til dine eldre kollegaer!

Styremøtet ble også en anledning til å takke avtroppende styremedlemmer for innsatsen, og da særlig kasserer og kardiolog Richard Slubowski som har spredt glede og treffende analyser i Troms legeforening i 8 år, og ikke minst avtroppende leder og kommunelege I i Salangen, Lars Nesje, som har vært foreningens enestående fyrlykt, idretts- og ordensmann – *mer eller mindre siden 1992*, hvorav 12 år som leder. Det krever noe helt ekstra – det å gi av seg selv til fellesskapet, på siden av egen jobb, familie og fritid. Han fortjener *stor* takk og respekt! Lars gir dessuten og heldigvis ikke helt enda. Han fortsetter som leder av Regionsutvalg Nord-Norge, ellers kunne savnet blitt for stort.

*Vennlig hilsen  
Jo-Endre Midtbu,  
leder i Troms legeforening*



# Ramis vei til Gildeskål

**I mer enn 20 sommerferier har Rami Aronzon jobbet som allmennlege i distrikts-Norge. Ellers i året er han psykiater og psykolanalytiker i Jerusalem. I august var han i Bodø og snakket om irrasjonalitet.**

Av Tove Myrbakk

Rami Aronzon nekter for at det er noe irrasjonelt over å vikariere som allmennlege i et lite distrikt i Norge når man ellers jobber med psykoanalyse i Israel.

– Det var et høyst rasjonelt valg som i starten var mye begrunnet i økonomi. Etter hvert var det mer folk og natur som lokket meg nordover i sommerferiene. For meg har det å komme til Norge på somrene vært litt som å ha ferie selv om vaktene var lange og svært hyppige. Det å være allmennlege gir meg et annet møte med mennesker enn det jeg har i Jerusalem som psykiater. Jeg tror mange spesialister, også de som jobber på norske sykehus, hadde hatt godt av å reise ut i distriktene og vikariert.

## Om irrasjonalitet

Doktor i Nord møter han samme dag som han skal forelese om irrasjonalitet på medisinsk-filosofisk forum. Han har vært på snarvisitt i Gildeskål og hilst på gamle bekjente på Inndyr.

– Det kjentes veldig godt å gå i gata på Inndyr. Hit kom jeg i 1990 for første gang og falt pladask for folket og naturen.

Fram til 2006 var Rami vikarierende allmennlege i Gildeskål hver eneste sommer og noen juleferier.

– På den tiden var det vanlig å reise på hjemmebesøk. Jeg og sjåføren min Alf Arne Olsen reiste rundt hver bidige kveld mellom 18 og 02. Jeg sov mens han kjørte og han sov mens jeg var inne hos pasientene.

## Bosatte seg i kibbutz

Rami er barnefødt i Finland i 1943 av finsk mor og polsk far. Begge foreldrene var jøder. Faren ble ansatt som overrabbiner ved den jødiske menigheten i Oslo i 1949. Der bodde familien til de emigrerte til Israel i 1958, og bosatte seg i kibbutz.

– Dette var oppfyllelsen av min fars drøm, men for en ungdom var det ikke helt enkelt å flytte fra det frie livet i Oslo til en kibbutz i Jerusalem. På den tiden fungerte kibbutzene i Israel etter kollektivistiske prinsipper og barna bodde i sine egne små samfunn i kibbutzen. Det var sterk vekt på gruppen som hadde sine egne demokratiske institusjoner.

– Jeg bodde noen hundre meter fra mine foreldre, og det gikk greit. De var jo ikke så



Rami Aronzon.

langt unna. På mange måter har mine foreldre og jeg fått være med på pionertiden i Israel. Rami var tidlig bestemt på å utdanne seg til lege, noe som den gangen var uforenlig med å fortsatt bo i kibbutz.

## Bryllupsreise i Aukra

Rami vendte tilbake til Norge for å ta artium og studere medisin, og var samtidig lærer i hebraiske og jødiske fag i skolen til den jødiske menigheten i Oslo. I 1962 kom han inn på medisinstudiet i Oslo og etter turnus og vikariater som allmennlege gikk turen tilbake til Jerusalem i 1971 og spesialisering i psykiatri, barnpsykiatri og psykoanalyse.

– Jeg visste allerede i studietiden at jeg skulle bli psykiater og valgte å spesialisere meg i Israel.

I 1974 giftet Rami seg og bryllupsreisen gikk til Aukra kommune i Møre og Romsdal. Det første av mange vikariater som allmennlege rundt om i Norge. I 1990 kom han for første gang til Gildeskål, den lille bygda langs Kystriksveien med en befolkning på 2000 mennesker. En sterk kontrast til Jerusalem

med sine 724 000.

## Historisk hjemme i Israel

– Kontrasten er stor. I Jerusalem er det en spenning i dagliglivet. Konfliktene er mange, befolkningen er heterogen med ulike kulturer. Historien er allesteds nærværende og dagliglivets rutiner kan plutselig revne ved at vi hører 20 ambulanser og vet at det er en buss som har eksplodert. Da ringer vi automatisk rundt for å høre at familien har det bra. Hvis noen glemmer en bag i et offentlig rom kontakter man politiet umiddelbart. Den leveres ikke til hittegods. Sånn er ikke livet på Inndyr.

Ramir kunne godt tenkt seg å bo og jobbe i Norge i ett år, men det er i Israel han føler seg historisk hjemme.

– Jeg har røtter både i norsk natur og i jødisk livshistorie. Jeg er 69 år i dag og jobber fremdeles 10-12 timer om dagen. Både som allmennlege og psykiater får jeg som doktor høre og dele folks livshistorie. Det er spennende uansett om de bor i Jerusalem eller på Inndyr, sier Rami Aronzon.

# Empati er effektivt

**Empatiske leger er effektiviserende. Pasienter blir mer tilfredse og klager mindre når legen kommuniserer godt og oppleves empatisk. Legene selv blir også mer fornøyd og pasientbehandlingen mer effektiv.**

Av Tove Myrbakk

Noen leger viser liten interesse for pasientenes personlige bekymringer. Trass i en ellers høflig oppførsel kan dette oppleves som krenkende for pasienten. I pasientklager er det ofte manglende empati og dårlig kommunikasjon årsak til at pasienter er misfornøyd. Studier tyder også på at legestudenter blir mindre empatiske i løpet av utdannelsen eller i begynnelsen av karrieren.

Filosof og lege Reidar Pedersen disputerte i 2010 på en doktorgrad om empati i medisinen. Der har han spurt seg om mulige årsaker til at empatien i medisinen kan synes å være på vikende front.

– Er det legestudiet i seg selv som bidrar til dette? Kan det være sånn at man rekrutterer feil type søkere? Organiserer vi helsetjenestene på en slik måte at det fremmer kynisme, eller er forskningen for dårlig?

Det er gjort lite forskning på empati blant leger, og den som er har etter Pedersens mening store svakheter metodemessig.

– Det er brukt spørreskjema hvor det er lett å tolke svarene i feil retning. Men uansett er det en del ting som tyder på at empatien i medisinen sliter for tiden. Legeforeningen må bidra aktivt med å fremme nye idealer for legerollen. Den gamle som preges av distanse og objektivistiske idealer dominerer fremdeles i biomedisinen.

– DRG-produksjonen er med på å påvirke beslutningsgrunnlag for behandling som ikke alltid er til gode for pasienten. Vaktordninger kan også være empatihemmende, mener Pedersen.

Han tror empati gjøre pasientbehandling mer effektiv ved at man ikke går på autopilot



Maria Gjerpe og Reidar Pedersen.

og bestiller mange unødvendige prøvetester.

– Empati er viktig for legers kliniske forståelse, etikk og kommunikasjon. Det gir økt pasienttilfredshet, mer fornøyd og mindre utbrente leger og totalt mer effektiv tidsbruk i pasientbehandlingen, sier Reidar Pedersen.

## Leger er ikke superhelter

**Maria Gjerpe er lege og langtidssyk. Det gir henne et unikt utgangspunkt for å være samfunnsdebattant og bidra til at viktig kunnskap når helsevesenet.**

Av Tove Myrbakk

Bloggen hennes MariasMetode.no har hatt 335 000 besøk de siste to årene. 7400 har kommentert innleggene; både leger, pasienter og pårørende.

– Jeg er opptatt av hvordan vi leger håndterer makten og påvirkningsmulighetene vi har overfor pasientene. Hvordan kan legen bruke empatien si positivt, og ikke først og fremst beskytte seg selv i vanskelige pasientkonsultasjoner. Pasientene får ikke alltid frem de gode følelsene hos leger. En kjenning av meg måtte slutte som allmennlege og begynne på legevakt fordi han ble frustrert over de pasientene han ikke kunne hjelpe til å bli frisk, og som ikke gjorde som han ba dem om. Til slutt kjente han seg som et uhyre. På jobben på legevakta følte han seg

mer vellykket som lege.

Da hun selv ble syk måtte hun definere mye på nytt. Også legerollen.

– I løpet av kort tid gikk jeg fra å være lege og behandler med full kontroll, til å bli syk, utenfor jobb og med en diagnose hengende over hodet. Det er noe som kan skje alle. For meg har dette vært en prosess som også har vært lærerik. Ting som jeg tidligere bare hadde et teoretisk forhold til, var nå realiteter.

Maria tror det er viktig å erkjenne at kronisk syke pasienter kan føles krevende.

– De blir jo ikke friske og har forventninger vi leger ikke kan innfri. Vårt ønske om å helbrede blir utfordret når vi møter langtidssyke og mennesker vi ikke har et fullverdig behandlingstilbud for. Legerollen og forventningene som ligger i den innbærer på at måte at vi skal fikse alt som er ødelagt, men det kan vi jo selvsagt ikke. Jeg etterlyser en bredere erkjennelse over at vi leger bare er mennesker, verken mer eller mindre. En slik erkjennelse tror jeg er nyttig både for pasientene og legene. Ofte hører jeg pasienter karakteriserer sine leger som arrogante, krenkende og uten empati. Dette har overrasket meg. Vi leger ønsker jo det beste for våre pasienter. Hvordan kan dette henge sammen?

Hun tror selv at tidspress, møte med egen

usikkerhet, møte med randsonene av egen viten, pasienter som krever mer enn det leger er i stand til å gi er med på å gjøre leger mindre empatiske.

– Den perfekte pasient er klar, tydelig, løsningsorientert og passe syk. Jeg er opptatt av likeverdig partnerskap. Legen og pasienten må sammen finne ut av hva som er deres oppgave og hva de begge kan bidra med. Det innebærer aksept og respekt for ulikheter og kompetanseområder. Og kanskje er det slik at pasienter noen ganger har andre forventninger enn de vi tror de har. Kanskje holder det at vi er leger og ikke superhelter.

Maria Gjerpe og Reidar Pedersen holdt et minikurs i empatisk kommunikasjon på Sommarøy og folk engasjerte seg. Fra oppsummeringa kom det fram at det er lite tid og rom på sykehusene til å snakke med pasienten på en ordentlig måte om annet enn akkurat den helt spesifikke tingen som pasienten ble henvist for. Det gis ingen DRG-poeng for omsorg og incentivene trekker i feil retning. Vanskelige ting blir i stor grad outsourcet til sosisionomer.

Men alle var enige om at det er et mulighetsrom som i dag ikke blir godt nok utnyttet både på sykehus og på det enkelte legekontor.

# Skrev bok om migrene

**Migrene ble etter revolusjonen i Frankrike betegnet som sykdommen for intellektuelle og kvinner i dårlige ekteskap. Fremdeles vet man forsvinnende lite om hvorfor migreaneanfall oppstår selv om forskningen de siste tiårene har gitt nye og effektive anfallsmedisiner.**

Av Tove Myrbakk

– Migrene er en svært kompleks sykdom, På tross av at det er en lidelse man har hatt kjennskap til helt siden steinalderen, vet man fremdeles ikke hva det er i hjernen som utløser anfall, sier Karl Bjørnar Alstadhaug. I fjor ga han ut "Migreneboken" på Fagbokforlaget sammen med NTNU-professor Lars Jacob Stovner.

Alstadhaug kommer opprinnelig fra Mo i Rana og jobber til daglig som overlege på neurologisk avdeling på Nordlandssykehuset Bodø. Der startet han i 2004 sitt doktorgradsarbeide om migrene under veiledning av Rolf Salvesen som selv disputerte på klasehodepine på 90-tallet.

## Ønsket å skrive bok

– Temamessig ble jeg helt klart påvirket av min sjef. Etter at jeg disputerte i 2007 har jeg hatt mange migrenepasienter i klinikken og sett hvor invalidiserende denne sykdommen kan være for noen. Som akademiker fant jeg også mye spennende når jeg fordypet meg i sykdommen. Etter hvert vokste ønsket om å skrive bok.

I mars 2009 forlot han sykehusjobben og ble forfatter på heltid.

– Det var ei fantastisk tid. Jeg trente og skrev mens ungene var i barnehagen. Det var intens jobbing, men veldig berikende.

Medforfatteren var hans førsteopponent på disputasen Lars Jacob Stovner, som er en av de fremste ekspertene på hodepine i Norge. Han har skrevet 4 av de 24 kapitlene i boka. Boka kom ut 19. mai 2010.

– Det er lenge siden jeg gledet meg sånn til noe som da boka skulle komme på markedet. Jeg håper den kan være til hjelp både for pasienter og helsepersonell. Mitt ønske var at boka skulle favne bredt.

– Hvordan har du opplevd sykehusledelsen gjennom forskningsarbeidet ditt?

– I mange år har fokus vært på økonomi og lite på fag, men de siste årene har dette endret seg noe. Det at vi fikk medisinerstudenter til Nordlandssykehuset var med på å tilføre sykehuset en større akademisk interesse og bidro til å sikre et høyere faglig nivå. Det har også kommet forskningsmidler fra Helse



Karl Bjørnar Alstadhaug har skrevet bok om migrene.

Nord gjennom universitetssamarbeidet, sier Alstadhaug som i dag innehar ei postdocstilling.

## Under halvparten oppsøker lege

I "Migreneboken" har han gått grundig til verks og brukt mye ressurser på å ikke skrive av annen litteratur. En oversikt over epidemiologiske studier på hodepine fram til 2007 tyder på at rundt 50 prosent av verdens befolkning har en aktiv hodepinesykdom, det vil si i løpet av siste år. Det vanligste er spenningshodepine. En engelsk studie tyder på at hodepine utgjør mellom 4 og 5 prosent av alle konsultasjoner i allmennpraksis. 10 til 15 prosent av alle pasienter som oppsøker neurolog, gjør det på grunn av migrene eller annen hodepine.

– Likevel er det antakelig under halvparten av alle med migrene som søker kontakt med lege, og det gjelder også pasienter som har betydelige plager og er sengeliggende under anfallene.

Migrene er en sykdom som kan komme og gå i ulike perioder av livet. Hos voksne er det stort sett tre til fire ganger så mange kvinner som har migrene. De fleste av disse er mellom 20 og 50 år.

– I fertil alder er migrene i stor grad en kvinnesykdom. Den debuterer ofte i puberteten. Omtrent halvparten av tilbøyeligheten for sykdommen kan tilskrives arv og den resterende halvdelen miljø. Den utløsende faktoren som peker seg ut ved migrene er stress, og østrogen spiller utvilsomt en sentral rolle. Hjelp til stress- og smertemestring kan være vel så bra som medikamenter i en rekke tilfeller, sier Karl Bjørnar Alstadhaug som håper på å skrive flere fagbøker i årene fremover. Neste bok blir sannsynligvis om hjerneslag.

# Å sykelliggjøre livet

- Folk blir ikke nødvendigvis alvorlig psykisk syke om de ikke behandles for lettere psykiske lidelser tidlig. Mange barn og unge overdiagnostiseres og stigmatiseres av et helsetesen som ikke alltid vet hva de holder på meg. Det kan i verste fall ende med en ny lobotomidebatt om noen år.

Av Tove Myrbakk



I panelet satt Trond Egil Hansen, Anders Skuterud, Elisabet Swensen og Petter Øygar.

Elisabet Swensen er ikke redd for å si i fra. I vår skapte hun debatt etter en kronikk i Dagbladet. Der hevdet hun blant annet at alvorlig psykisk syke taper kampen om oppmerksomhet og penger mot nye grupper med mindre lidelse og mer ressurser.

– Over halvparten av uføre under 40 år har diagnoser i gruppen psykiske lidelser. Tallet på barn og unge med psykiatriske diagnoser og tilhørende portefølje av medikamenter og særtiltak har eksplodert. Media avdekker jevnlig «store mørketall» for psykiske lidelser hos barn med og uten skilte foreldre, ungdom i puberteten, studenter med eksamenspress, gravide med og uten partner, barselkvinner, eneforsørgere, seksuelle minoriteter, krenkede i arbeidslivet — og snart kommer rockemusikere, skriver Swensen i kronikken.

Hun mener man i dag mangler tillit til at det meste ordner seg for folk uten behandling og diagnose.

– Det blir som å si at det er viktig å behandle hodepine tidlig. Hvis ikke kan den utvikle seg til hjernesvulst. Jeg har selv opplevd at kommunens kriseteam ble fornærmet når folk sa klart i fra at de klarte seg greit uten dem. Sånn kan vi ikke ha det.

Ekspedisjonssjef Petter Øygar fra HOD har bakgrunn som allmennlege og mener helsepersonell har et spesielt ansvar fordi de er viktige forventningsskapere.

– Dere må bli flinkere på å omforene de faglige svarene. Politikerne og helsemyndighetene må ta stilling til verdispørsmålene, men dere må kommunisere risiko og gevinst til pasientene.

Øygar sier en avtagende tro på et liv etter døden kan ha ført til en tiltagende nesten korresponderende overtro på hva helsetesen kan få til.

Trond Egil Hansen mener vi har gått fra en helsetjeneste for de syke til en helsetjeneste for de friske.

– Livet er fullt av opp- og nedturer. Hvorfor gir vi det et sykdomsnavn? Er det flere enn meg som har lurt på hvor det ble av alle ryggpasientene for noen år tilbake? Nå når dette ikke er gangbart som sykemeldingsgrunnlag ender mange av disse pasientene opp med en p-diagnose.

Anders Skuterud er fagsjef i Norsk Psykologforening.

– Det burde være greit å ha fri uten diagnose. Lettere psykiske lidelser kan fort bli

en samlekategori for menneskelig lidelse.

Han tror ikke det er mer av psykiske lidelser i dag enn det var før, men konsekvensene er større.

– Vi må ikke gå i empatifella. Den mest virksomme komponenten for lettere depresjon er å hjelpe folk til aktivitet. Vår sykdomsmodell bidrar til at vi får behandlere som passiviserer. Hvis vi leger og psykologer ikke stiller adekvate krav til pasientene bidrar vi til en utvikling av Norge som et land for bortskjemte rikinger. Vi må tørre å ta kriger både i forhold til departement, kollegaer og pasienter.

Skuterud mener de nye kommunepsykologene jobber veldig konstruktiv i samarbeid med fastlegene.

Jon Helle er psykiater og ny leder av Overlegeforeningen. Han reagerte på at debatten på Sommarøy etter hans mening dreide mot en forenkling av en kompleks verden, og advarte mot å gå fra ei grøft til en annen.

– Det kan være en alvorlig skjult traume hos noen med lettere psykiske lidelser. Vi må ikke generalisere for mye.

# Hverdagsdoktoren

**Elisabet Swensen var invitert til medisinsk-filosofisk forum i september for å snakke om hverdagsdokteren. Det hun snakket mest om var litteratur.**

Av Tove Myrbakk



Elisabet Swensen.

Elisabet Swensen er opptatt av at å forsvare en bred og variert normalitet, og litteratur som livspensum for allmennlegene.

– Allmennlegen klarer seg ikke med et snevert fag. Litteratur er også viktig pensum gjennom et legeliv. Anders Johansens "Samtalens tynne tråd" er ei bok jeg kan anbefale mange å lese. Den som snakker snakker alltid fra et sted.

Swensen fortalte hvordan det var å komme til bygda Seljord for 30 år siden og gikk inn i en 400 gammel distriktslegetradisjon.

– Fordelen med bygda er at man ikke bare kan være sammen med folk som er lik en selv. Jeg er gift med en storbonde og har fire barn. Det gir meg mange andre innfallsvinkler enn bare å være legen i bygda.

Etter hennes formening er legens mandat

å gjenkjenne sykdom, fortolke symptomene og alvorlighetsgrad, for så å gi behandling etter beste kunnskap.

– Vårt viktigste bidrar til våre pasienter og til samfunnet forøvrig er å bidra til mestring og overlevelse på lang sikt. Derfor må vi leger forsvare en bred og variert normalitet. Hvem har definisjonsmakt og bestemmer om det er noe galt med en unge? I dag tester man mer enn man forstår og når dette gjøres på unger er det farlig. Det er så mye angst for forskjellighet.

Nylig fylte Elisabeh Swensen 60 år og folk har begynt å spørre henne hvor lenge hun har tenkt å jobbe.

– Hæh!?, svarer jeg da. Lenge.

## Matoppskrifter:

### Dronning Mauds dessert

Dette er en fantastisk dessert som er superenkel å lage, men som smaker himmelsk.

Ingredienser:

200 g mørk kokesjokolade

5 gelatinplater

½ dl vann

5 eggeplommer

5 ss sukker

6 dl kremfløte

½ dl portvin eller sherry

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

Tove Myrbakk

# Bort med plunder og heft

Med 330 deltakere ble den fjerde nasjonale konferansen om pasientsikkerhet arrangert med Helse Nord som vert i slutten av september.

Av Tove Myrbakk

Det er ikke tilfeldig at den fjerde nasjonale konferansen om pasientsikkerhet i år ble lagt til Bodø. Nordlandssykehuset er pilot for deler av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og har tatt et solid initiativ til å sette pasientsikkerhet på dagsorden det siste året.

James Orlikoff er rangert blant de 100 mest innflytelsesrike personer innen USA's helsevesen. Det visste ikke Barthold Vonen da han inviterte han til Bodø for et år siden for å motivere et foretak som lå nede med brukket rygg.

– Kulturen i et sykehus er med på å påvirke pasientsikkerhetsarbeidet. Hvis man skal endre denne må man tørre å vedta noen upopulære krav og regler. Styrene på sykehusene må innse at de har ansvaret når pasienter dør. Derfor må de ta eierskapet på alvor og finne løsninger på de utfordringene de har. Ulike faggrupper har ulike syn på hva kvalitet er. For å unngå dette må man etablere standarder.

## Sårbar tjeneste

Sammen med Frederik Frøen fra Medisinsk fødselsregister fokuserte Geir Sverre Braut på risikoen i fødselsomsorgen.

– Den norske fødselsomsorgen er en sårbar tjeneste med sviktende styring. Den profesjonelle sjølråderetten som garantist for den faglige standarden holder ikke lenger. Internkontrollen må inn og supplere og sørge for at ting er faglig forsvarlig. Helsepersonell må bli flinkere til å sende fødende til større sykehus, mener assisterende direktør Geir Sverre Braut i Statens Helsetilsyn.

Satssekretær Robin Kåss og regjeringen har ei stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet på trappene.

## Mye gjort uten resultater

– Målet er ikke null feil, men at helsevesenet lærer av de feilene som gjøres. Innenfor de rammene man har til rådighet vil god økonomistyring være en forutsetning for god kvalitetsstyring. Samtlige ledere, styrer og vi i regjeringen må etterspørre kvalitet og ikke bare økonomi.

Kris Vanhaecht fra Leuven universitet i Belgia tror fokuset i årene fremover blir på den manglende kommunikasjon og koordinasjon mellom ulike faggrupper i helsevesenet.

– Alle har ulike mål og derfor blir ting gjort forskjellig. Mange gjør mye uten at det blir store resultater av det. Derfor må vi endre måten vi organiserer oss på og identifisere målene. Vi vet ofte ikke hva vi skal gjøre og heller ikke hva vi vet, og om vi vet hva vi



Avdelingsoverlege ved lungeavdelingen, Ulf Aasebø og viseadministrerende direktør, Marit Lind på UNN har fått bort mye plunder og heft i organisasjonen de siste årene. Foto: Hilde Pettersen, UNN.

skal gjøre og gjør det vi vet, blir det ofte feil.

Vanhaecht tror forskning på pasientforløp vil gi viktig kunnskap for å forbedre pasientsikkerheten.

## – Fastlegene forstår ikke sin EPJ

Anders Baalsrud er lege med bakgrunn både fra allmenntilleg og sykehus. Han har jobbet med sikkerhet i mange år både internasjonalt og i Helsedirektoratet. I dag leder han staben for pasientsikkerhet ved OUS. I fjor opplevde foretaket at 2700 elektroniske henvisninger ble oppdaget ved en tilfeldighet.

– Problemet lå mange steder, ikke minst hos sykehuset selv. Men legene må uansett hvem som har skylda kunne forstå sin EPJ. Det er viktig å kjenne systemet for å kunne stole på at det fungerer. Men da må også systemet være brukervennlig og gi fornuftige tilbakemeldinger.

## Fjernet plunder og heft

Siden 2008 har UNN jobbet systematisk med å fjerne flaskehals og plunder og heft i pasientforløp.

– Vi valgte LEAN som metode og fikk mye pepper for det i starten. Etter hvert som vi har gjort oss erfaringer med verktøyet ser vi at vi har redusert en del unødig arbeid og fått ned ventetiden for utredning og behandlingen innenfor flere diagnoser. Det viktigste er kanskje ikke valg av metode, men at man

jobber systematisk, sa viseadministrerende direktør på UNN Marit Lind.

29 ulike prosjekt er satt i gang på UNN siden oppstart. De fleste av disse har hatt som mål å forbedre pasientens flyt gjennom systemet. På konferansen ble et prosjekt som har involvert pasienter med lungekreft presentert. Avdelingsoverlege og professor i lungemedisin Ulf Aasebø fortalte at UNN ved å jobbe systematisk med å redusere ventetiden fra diagnostikk og utredning til pasienten har fått behandling, har redusert forløpet fra 107 til 28 dager.

– Vi fant mye plunder og heft i egen organisasjon, og ble overrasket over at vi ikke var bedre enn vi var. Det ble utarbeidet nye prosedyrer og ansatt onkolog i 50 prosent stilling i prosjektet. Vi hadde hele veien fokus på hva som hadde verdi for pasienten. Alt annet ble ryddet bort. Ventetiden for operasjon er i dag halvert fra fire til to uker. Tidligere ble 25 prosent av disse pasientene operert. Nå opererer vi 35 prosent. Men det aller viktigste uansett hva vi gjør er at radiologen ringer til lungelegen når han gjør funn som tilsier lungekreft hos en pasient, sier Ulf Aasebø.

# Direktørene går visitt

**På Nordlandssykehuset går direktørene pasientsikkerhetsvisitt. Dette skal bidra til å sette fokus på pasientsikkerhet, men er også med på å skape trygghet og tillit i organisasjonen.**

Av Tove Myrbakk

Nordlandssykehuset er pilotsykehus i den nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet som HOD har lansert, og som Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal gjennomføre i samarbeid med helsetjenesten.

Sykehuset startet sin kampanje for pasientsikkerhet og kvalitet allerede i begynnelsen av oktober i fjor. Sentralt i dette arbeidet står ny medisinsk direktør Barthold Vonen. Han er også sentral i nasjonal og internasjonal arbeid knyttet til utvikling og implementering av kvalitetssystemer i spesialisthelsetjenesten, medlem av fagrådet for pasientsikkerhetskampanjen, og tidligere medlem i referansegruppen for det regionale kvalitetsrapporteringsprosjektet i Helse Vest RHF og medlem av Europeisk union av kliniske kvalitetsregistre for tykk- og endetarmskreft.

## En alvorlig oppgave

– *Hvorfor sa du ja til jobben?*

– Da Lars Vorland spurte meg i fjor sommer innså jeg fort over at dette var en omfattende oppgave, men samtidig en spennende utfordring. Da jeg møtte Paul Martin Strand og skjønnte hvilken erfaring han hadde, var valget i grunnen enkelt.

Barthold Vonen og Paul Martin Strand er nå begge formelt tilsatt som henholdsvis viseadministrerende direktør/medisinsk direktør og administrerende direktør. Vonen er delegert ansvaret for det medisinskfaglige område. Denne måten å lede foretak på er uvanlig i norsk sammenheng.

Styret i Nordlandssykehuset vedtok i september i fjor at de ville involveres og fokusere på pasientsikkerhet og kvalitet. I fjor høst startet direktørene med å gå pasientsikkerhetsvisitter på sykehuset. Et av målene var å øke bevisstheten rundt pasientsikkerhet blant ansatte i alle klinikkene.

## Måtte gjøres ordentlig

– Bakgrunnen for at vi gikk så sterkt inn i dette arbeidet var den situasjonen som Nordlandssykehuset var i på dette tidspunkt. Det nytter lite å gjøre mindre endringer når sykehuset er i krise. Både ansatte og pasienter hadde behov for at vi gjorde det på et skikkelig vis.

Pasientsikkerhetsvisittene varsles på forhånd og direktørene møter tre til fire ansatte fra forskjellige yrkesgrupper på avdelingen. Ingen ledere deltar her. Møtet skal komme til enighet om tre punkter med problemstillinger som bringes videre til administrasjonen. Totalt sett bruker man rundt en time på visitten. En



Barthold Vonen, ny medisinsk direktør.

viktig forutsetning for av disse visittene blir en suksess er ifølge Vonen at ledelsen får til en god dialog med de ansatte.

– Det er en nødvendighet hvis det skal komme noe ut av dette arbeidet. De ansatte må ha tillit til at de problemstillingene som blir tatt opp blir tatt på alvor.

## Svært krevende

Syv pasientsikkerhetsvisitter er gjennomført så langt i foretaket. Noen problemstillinger har funnet sin løsning allerede, mens andre må det jobbes videre med og er et langsiktig arbeid.

– Dette er en svært krevende metode som krever omfattende administrativ oppfølging. Vi øver oss fortsatt. Pasientsikkerhetsvisitter er et spennende møte med organisasjonen, og er med på å skape trygghet i organisasjonen samtidig som det gir en synlig ledelse. Erfaringene så langt viser at jo mer vi klarer å få problemstillingene konkretisert, jo lettere er det å finne tiltak. Vi har tro på at dette har et stort potensiale, forutsatt at foretakets opplevelse er engasjert i arbeidet.

## Styret er involvert

– *Hvordan har dere blitt møtt internt?*

– Arbeidet med pasientsikkerhet er hilst velkommen i fagmiljøene, men det har nok vært en forventning om at det skulle følge en pengesekk med. Helse Nord øremerket noen midler, men som foretak må også vi forholde oss til de økonomiske rammene som de andre HF-ene.

I tillegg til pasientsikkerhetsvisitter er også Nordlandssykehuset involvert i arbeid med pasientsikkerhetskultur og involvering av styret i pasientsikkerhetsarbeidet, tiltak som alle er knyttet opp mot lederskapets fokus på pasientsikkerhet.

– Styrene har tradisjonelt vært opptatt av å styre økonomien i sykehusene og ikke så opptatt av pasientsikkerhet og kvalitet.

Vonen tror det er langt fram før det konseptuelle i pasientsikkerhetsarbeidet er på plass.

– 50 prosent av komplikasjonene og skadene på sykehus kan unngås, men det er et langsiktig arbeid som må gjøres kontinuerlig. Vi må få til ordentlig tverrfaglig samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Det er til beste for pasientene.

## Utfordrende utrykningsenhet

Den nye utrykningsenheten til Helsetilsynet har vært på besøk hos Nordlandssykehuset ved to anledninger. Barthold Vonen og fagfolkene som har vært involvert i dette har opplevd ordningen som krevende.

– Det kom som en overraskelse for oss at Helsetilsynet la en veileder som ble vedtatt i desember til grunn for å vurdere en hendelse som fant sted i samme måned. Det vil kunne ta flere år før denne veilederen blir oppfylt på sykehus, og da sier det seg selv at det er utfordrende for de som blir vurdert. Men vurderingene fra Helsetilsynet har vært viktige for vår læring, og vi har brukt disse aktivt.

Sykehusene ble i oppdragsbrevet for i år pålagt å måle forekomst av pasientskade, som et ledd i den nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet "I trygge hender". Dette skal gjøres ved journalundersøkelse med Global Trigger Tool (GTT).

– Vi har brukte analysen vi har gjort til å komme i dialog med avdelingene om hva de ønsker å jobbe spesielt med; det være seg blødninger, infeksjoner eller medikamentskader.

– *Er ikke en viktig forutsetning for kvalitetsarbeidet at leger sikres muligheter til etterutdanning?*

– Jo, men det må også være et regionalt og nasjonalt ansvar. Helseforetakene har små muligheter til å erstatte bidrag som helsepersonell til nå har fått fra industrien innenfor de økonomiske rammene vi har i dag. Her er det viktig å erkjenne at vi også har mye å lære av hverandre regionalt, om internasjonale kongresser også er viktig. Vi må bli flinkere til å dele på kompetansen og ha tillit til hverandre her i Nord-Norge. Her har vi nok et stykke igjen før vi er i mål, sier medisinsk direktør på Nordlandssykehuset Barthold Vonen.

For mer informasjon se:

[www.kunnskapssenteret.no/pasientsikkerhetskampanjen](http://www.kunnskapssenteret.no/pasientsikkerhetskampanjen)

# Kollegiale støttegrupper i **Nord-Norge**

Den kollegiale støttegruppen kan du kontakte for eksempel ved:

- høyt arbeidspress/overbelastning
- sykdom hos leger
- "utbrenthet"
- personlige kriser
- misbruksproblemer
- vanskelige arbeidsforhold
- klagesaker mot leger

## **Nordland:**

Psykiater Lasse Djerv,  
Smed Qualesgt. 11, 8012 Bodø  
Tlf. 913 45 330  
E-post: lasse@djerv.no

Fastlege Ingar Vold,  
Tlf. 76 08 19 10 (hjemme)  
Tlf. 908 77 293 (mobil)  
Tlf. 76 05 64 20 (Stamsund legekantor)  
E-post: ingavold@online.no

Allm.pr. Karl Børre Andersen,  
Frydenlundsgt. 39, 8500 Narvik  
Tlf. 76 94 28 24  
Tlf. 907 21 055 (mobil)  
E-post: karl-ba@online.no

Komm. lege Ellen B. Pedersen,  
Tlf. 913 05 690  
E-post: ellen.b.pedersen@uit.no

Assistentlege, Åse Valla, BUP, Rana  
8643 Bjerka  
Tlf. 916 67 895  
E-post: aas-vall@online.no

Anne Kristine Fagerheim,  
Rensmov. 4, 8007 Bodø  
Tlf. a. 755 34 000  
Tlf. p. 755 61 416 (952 44 095)  
E-post: anefage@online.no

## **Troms:**

Bernt Stueland, allmennpraktiserende lege,  
Langnes Legesenter AS, 9015 Tromsø,  
tlf. jobb: 77679888/77679873,  
privat: 77616163,  
E-post: bernt.stueland@langnes.nhn.no

Ann Kristin Engstad,  
allmennpraktiserende lege,  
Sama Legesenter, Samagt. 33,  
9403 Harstad,  
tlf. jobb: 77018500/77018504,  
privat: 77070374,  
fax (jobb): 77018515,  
E-post: kr-engst@online.no

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

Eldrid Liljedal, allmennpraktiserende lege,  
Målselv helsesenter, 9325 Bardufoss,  
tlf. jobb: 77832500, privat: 77831386,  
E-post: eldrid.liljedal@c2i.net

Torberg Torbergsen, overlege,  
nevrologisk avdeling, UNN, 9038 Tromsø,  
tlf. jobb: 77626000 / 77627122,  
privat: 77635866,  
E-post: torberg.torbergsen@unn.no

Per Christian Valle, overlege,  
medisinsk avdeling, Harstad sykehus,  
9480 Harstad,  
tlf. jobb: 77015000, privat: 77061508,  
E-post: per-christian.valle@unn.no

## **Finnmark:**

Kommunelege Erik Langfeldt, Nordkapp  
helsesenter, Sykehustv 16 B,  
9750 HONNINGSVÅG.  
Tlf: Arbeid 78 47 66 60  
Privat 78 47 24 43  
Mobil: 41 64 62 44.  
E-mail: erlangf@online.no

Kommunelege Marie Tveit,  
Tana helsesenter,  
Maskevarrevn 3, 9845 TANA.  
E-mail: marie\_tveit@hotmail.com  
marie.tveit@tana-legesenter.no  
Tlf: 78 92 55 00  
Privat 78 92 81 95  
Mobil: 93 20 15 91.

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

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

## **Ressurssenter for leger, Modum Bad**

Ressurssenter for leger ved Modum Bads Nervesanatorium (MBN) har vært i drift siden høsten 1998.

Senteret tilbyr råd og veiledning til leger i livskrise eller med problemer i forhold til utbrenning.

Hvis du ønsker mer opplysninger kan du kontakte:

Ressurssenter for leger, Modum Bad, Villa Sana, 3370 Vikersund, Telefon: 32 74 97 00 (Modum Bad) / 32 74 98 89 (direkte)

Leder Olav Lund har telefontid mandager mellom kl. 08.00 - 15.00 og øvrige dager mellom kl. 08.00 - 09.00. Telefon. 32 74 98 81

**villasana@modum-bad.no**





# Forskning i skvis

**Forskere skvises mellom ulike arbeidsgivere og på sykehusene spiser pasientbehandlingen opp mye av ressursene som skulle vært brukt på å forske.**

Av Tove Myrbakk

Det er mange utfordringer for norsk helseforskning fremdeles, og Amund Gulsvik mener en ny organisasjonsmodell kunne bidratt positivt til at ressursene blir bedre utnyttet både på universiteter og i helseforetak.

– Jeg ønsker meg en modell der ledelsen og ansvaret for forskning, helsetjenester og undervisning er samlet på ett sted. I dag er ansvaret fragmentert og ressursene dårlig utnyttet. Medisinsk forskning er bærebjelken i legers yrkesutøvelse og kvalitetssikrer dagens helsetjenester. Da må man sikre at de har gode nok rammevilkår. En av utfordringene i dag er at det snart ikke er legeforskere i faste stillinger. Mange har flere arbeidsgivere og skvises mellom disse.

I Norge fordeles 24 milliarder ut til forskning hvert år. Av disse får helseforetakene 2,3 milliarder. Noe av dette er øremerket, men det meste prioriterer RHF-ene selv bruken av. Allmenntilleggsforskning får mindre enn 50 millioner kroner av HOD til forskning.

## Klinikken vinner alltid

Peder Halvorsen er til daglig fastlege i Alta og har forsket på risikointervensjoner i konsultasjoner. Han ble tilknyttet Universitetet i Odense i Danmark da han begynte forskningen fordi det manglet en egen forskningsinstitusjon for allmenntilleggsmedisin i Norge.

– Når man skal forske og samtidig delta i klinisk virksomhet er det viktig å finne en noenlunde komfortabel balanse mellom klinikk og forskning. Men man skal vite at klinikken vinner alltid.

Halvorsen har 750 pasienter på lista og er fritatt for offentlig allmenntilleggsmedisinsk arbeid i tiden han forsker. Forskerkontoret ligger i etasjen over der han har klinikken og han bruker rundt halve dagen på klinikken og resten på forskning.

– Jeg er godt fornøyd med de økonomiske betingelsene jeg har tilgjengelig, og har fått i



Peder Halvorsen forsker og jobber som fastlege i Alta.

gang ei smågruppe i Alta inspirert fra ei gruppe i Arendal. Det er viktig å skape lokale ringvirkninger. Mitt viktigste råd til allmenntillegger som skal forske er å skaffe seg en god veileder.

## Ledere må prioritere

Sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen kjenner seg igjen i mange av utfordringene som Halvorsen skisserer.

– Pasientbehandling er alltid viktigst, men forskning og opplæring av pårørende og leger er også viktig. På sykehusene trenger vi spesielt et mellomledernivå som er opptatt av forskning

og aktivt prioriterer. Hvis ikke sluker pasientarbeidet alle ressursene.

Ingebrigtsen er av den formening at dårlig forskning er bedre enn ingen forskning.

– Når man forsker må man lese, diskutere og systematisere egen virksomhet. Det er alltid et gode. Min erfaring er at det er ikke lurt med for store ambisjoner i starten, og hvorfor må alle forske på det spesielle. Vi trenger kunnskap om de enkle sykdommene og pasientene.

## Grunnkurs i 2012

Det skal arrangeres fem grunnkurs i Nord-Norge i 2012. Fire i Nordland og ett i Finnmark. Informasjon om disse kursene finner dere på nettsidene til Nordland og Finnmark. Grunnkurs A arrangeres i Alta fra 17. – 21. september 2012. Grunnkurs

B arrangeres i Bodø fra 18. – 22. juni og fra 8. til 12. oktober. Grunnkurs C arrangeres i Bodø fra 16. – 19. april 2012 og grunnkurs D arrangeres i Tromsø fra 23. til 26. april.

# Nyvalg av konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Nord

For snart to år siden ble jeg forespurt av Margit Steinholt om jeg kunne være kandidat til valg av konserntillitsvalgt (KTV) for Akademikerne i Helse Nord. Det var ikke så lett å svare på da jeg rett og slett visste svært lite om denne funksjonen. Etter mange samtaler med Margit (daværende KTV), en diskusjonsrunde med min arbeidsgiver og ikke minst en tenkeprosess på hjemmebane valgte jeg å takke ja til valgkomiteen.

Legeforeningen har få tillitsvalgte med stort frikjøp. Som forening trenger vi flere som i en periode ønsker å fordype seg i tillitsverv i større grad for å utvikle organisasjonen bedre.

Det er nå på tide at jeg overlater stafett-pinnen, da jeg må tilbake til klinikken for å fullføre spesialiteten min. Vi trenger gode kandidater til ny KTV for Akademikerne i Helse Nord. I resten av innlegget beskriver jeg deler av arbeidet som konserntillitsvalgt.

Vervet ble opprettet som tilsvar fra hovedorganisasjonen til nytt administrativt plan i helseforvaltning. Den har eksistert for Akademikerne i HN siden 2004. Det er Regionsutvalg Nord som velger KTV for en to års periode. I utgangspunktet er det 100 % frikjøp, men kan kombineres med klinisk virksomhet til en hvis grad (kanskje 20%). Det er en spennende utfordring for de som liker tillitsvalgt- og organisasjonsarbeid. Målet er å utvikle og bedre spesialisthelsetjenesten på et regionalt nivå.

Den konserntillitsvalgte skal aktivt bidra til utvikling av Helse Nord RHF's strategi og verdigrunnlag gjennom samarbeid, informasjon, erfaringsoverføring mv. KTV skal ivareta medarbeidernes interesser overfor ledelsen i Helse Nord i saker som behandles regionalt og som har betydning for medarbeiderne i

konsernet som helhet, jf. HAs bestemmelser i kap. VII– Informasjon, samarbeid og medbestemmelse. KTV skal ikke gripe inn i eller erstatte partenes rettigheter og plikter på helseforetaksnivå.

Det er regelmessige møter (1-2 pr. md) med ledelsen i Helse Nord vedrørende prosesser der arbeidstakernes rettigheter prøves. Drøftninger gjennomføres hvor dette ansees påkrevd. Det er et vidt spenn på omfanget av saker som behandles.

KTV er representert i ulike regionale og nasjonale prosjekter i spesialisthelsetjenesten (eks. informasjonssikkerhet, nasjonalt miljø- og klimaprojekt, ny inntektsfordelingsmodell, lokalsykehusstrategi, nasjonal IKT, strategisk kompetanseplan, fødselsomsorgens organisering, traumesystem, innkjøpsfunksjon, byggeprosjekter, kvalitetsarbeid mv.), enten i arbeidsgrupper eller styringsgrupper. Det utformes jevnlig høringsuttalelser for relevante saker. Vi har utviklet et samarbeidsforum hvor KTV fra de ulike hovedorganisasjonene samt konsernverneombud utveksler erfaringer og samhandler for de ansattes og konsernets beste. Dette er et svært nyttig partnerskap. I arbeidet opp mot Helse Nord's administrasjon vil jeg si at de ulike organisasjonene kun unntaksvis har ulike interesser.

For øvrig samarbeides det med foretakstillitsvalgte i helseforetakene om større endringer/omorganiseringer. Samtidig deltar KTV på møter med Regionsutvalg Nord. Dette gir et bredere samarbeidspunkt utover spesialisthelsetjenesten. I tillegg arbeider KTV opp mot lokalforeningene i Legeforeningen, andre sentrale TV i foreningen og selvsagt benyttes sekretariatets store kompetanse når det er nødvendig.



Fredrik Sund konserntillitsvalgt Akademikerne Helse Nord.

Jeg håper at vi kan få gode kandidater til valget av ny konserntillitsvalgt. Forslag til kandidater kan meldes inn til leder i regionsutvalget Lars Nesje (Inesje@online.no). Jeg kan også kontaktes hvis det er spørsmål rundt arbeidet som KTV. Ny periode starter 01.01.12.

*God høst og vinter!*

*Med vennlig hilsen*

*Fredrik Sund*

*LiS Krefstavdelingen UNN Tromsø*

*Konserntillitsvalgt Akademikerne Helse Nord*

## Nordland Legeforening 150 år i 2012

I 2012 er Nordland Legeforening og i jubileumsåret planlegges det en rekke ulike arrangement og aktiviteter. I "Norsk magasin for lægevidenskapen" finnes følgende meddelelse: "Den 22. juli sistleden (1862) samledes seks av Nordlands distriktslæger i Bodø, hvor man kom overens om å danne en forening under navn av "Den nordlandske lægeforening". Almindelige sammenkomster en gang årlig, for de helgelandske læger dessuten to årlige sam-

menkomster. En leseforening for Helgeland og søndre Salten dannedes, en annen for Nordre Salten og Lofoten med Vesterålen blev foreslått og vil forhåpentligvis komme i stand."

Vi ber de som sitter på gamle protokoller og annen informasjon om å ta kontakt med sekretariatet på 755 44911 eller til [tove@nordland-legeforening.no](mailto:tove@nordland-legeforening.no)



# Styret i NLF 2011 - 2013

## Nordland Legeforening:

### Leder:

Margit Steinholt, Sandnessjøen  
Tlf. 993 55 760  
E-post: margit.steinholt@gmail.com

### Styremedlemmer:

Ellen B. Pedersen, Øksnes  
Tlf. 91305690  
E-post: ebp@hod.odin.no eller  
ellen.b.pedersen@ism.uit.no

Knut Kjerpeseth, Bodø  
Tlf. 901 08138  
E-post: knut.kjerpeseth@nlsh.no

### Varamedlemmer:

Randolf Hardersen  
E-post: Randolf.Hardersen@  
nordlandssykehuset.no

Linda Wright-Nilssen  
E-post: wright.nilssen@gmail.com

### Yrkesforeninger:

Af: Laila Nilsen, Gildeskål  
E-post: lailanilsen@gmail.com  
Vera:

Kai Brynjar Hagen, Bodø  
Tlf. 975 05010  
E-post: kai.brynjar.hagen@  
havna.nhn.no

LSA: Kirsten Toft, Sandnessjøen  
Tlf. 990 47100  
E-post: kirsten.toft@monet.no

YLF: Torstein Foss,  
Nordlandssykehuset Bodø  
E-post: torfoss@broadpark.no  
Vara: Beate Sørslett,  
Nordlandssykehuset Bodø  
E-post: beatesorslett@  
hotmail.com

OF: Cecilie Fiva, Bodø  
E-post: Cecilie.Fiva@  
Nordlandssykehuset.no

Namf: Ivar Inges, Dønna  
E-post: ivar.inges@  
hms-mosjoen.no

PSL: David Simonsen, Bodø  
E-post: davi-s@online.no

## Troms Legeforening:

### Leder:

Jo-Endre Midtbu  
E-post: Jo-Endre.Midtbu@unn.no  
Telefon: 930 08700

### Årsmøtevalgte styremedlemmer:

Karsten Kehlet  
E-post: kakehlet@gmail.com

Hanne Frøyshov  
E-post: hannefr@yahoo.no

### Årsmøtevalgte varamedlemmer:

Gerd Ersdal  
E-post: gerd.ersdal@telemed.no

Anne Hensrud  
E-post: anne.hensrud@uit.no

PSL: Dag Malm, kasserer  
E-post: dag.malm@online.no

LVS: Yngve Figenschau  
E-post: Yngve.Figenschau@  
unn.no

NAMF: Ingemar Rödin  
E-post: kjell.ingemar.rodin@  
unn.no

LSA: Terese Folgerø  
E-post: t-folg@online.no

YLF: Beate Alexandersen  
E-post: Beate.Alexandersen@  
unn.no

OF: Geir Ivar Elgjo  
E-post: gelgjo@online.no

NMF: Ruben Berntzen  
E-post: leder.nmf.tromso@  
gmail.com

AF: Anton Giæver  
antonkg@online.no

## Finnmark Legeforening:

### Leder:

Jostein Tørstad  
E-post: jostein.torstad@sor-varanger.kom-  
mune.no

### Årsmøtevalgt styremedlemmer:

Ingelin Nordal  
E-post: Ingelin.Nordal@sor-varanger.kom-  
mune.no

Nina Helberg  
E-post: nina.helberg@gmail.com

### Årsmøtevalgt varamedlemmer:

Said Al-Said  
E-post: said@allmed.no

Jane Granum  
E-post: jane.granum@helse-finnmark.no

LSA: Kenneth Johansen  
E-post: kennethalta@hotmail.com

OF: Antje Boeckmann  
E-post: Antje.Boeckmann@helse-  
finnmark.no

YLF: Kathrine Søresand Øye  
E-post: Kathrine.Sorestrand.Oye@  
helse-finnmark.no

AF: Amund Peder Teigmo  
E-post: teigmo@online.no

Vara:  
Marit Karlsen  
E-post: maritkarlsen@hotmail.com

PSL: Annette Schmitz  
E-post: an-ch-s@online.no

## Regionsutvalg nord 2011 - 2013

### Leder:

Lars A. Nesje  
E-post: lnesje@online.no  
Telefon: 909 75625

### Medlemmer:

OF: Margit Steinholt, Sandnessjøen, leder NLF

YLF: Jo-Endre Midtbu, UNN Tromsø, leder TLF

AF: Jostein Tørstad, fastlege Kirkenes, leder FLF

PSL: Raymond Mortensen, spesialist i generell kirurgi og urologi, Bodø

LSA: Britt Larsen, kommuneoverlege Vardø

NAMF: Må vel komme fra Nordland eller Troms og bør være kvinne

LVS: Yngve Figenschau, UiT

NMF: Ruben Berntzen, Tromsø

Sekretariat for lokalforeningene og regionsutvalget har postadresse og besøksadresse  
Mørkvedsenteret 17, 8028 Bodø. Telefon 755 44911 / 91179899.



Lars H. Vorland  
Adm. direktør  
Helse Nord RHF

## Samhandlingsreformen:

# Likeverdighet, fag og fornuftig ressursbruk

Når nyttårsnatta er over settes samhandlingsreformen ut i livet i løpet av fire år. Skal reformen få resultater må vi både skape nye tilbud ikke minst i kommunene og vi må se med et kritisk og kunnskapsbasert blick på det vi allerede gjør. Kunnskapen om hvordan tjenestene fungerer må brukes for å forbedre tilbudet og følge opp prioriteringskriteriene. Ressursene må brukes slik at folk får en likeverdig sjanse til et godt behandlingsresultat. Når noen får et faglig tilbud det ikke er behov for, kan det føre til at andre ikke får. Ressursene faglig og økonomisk er begrensede.

### Fag er grunnlaget

Til 1. februar skal avtaler om arbeidsdeling, retningslinjer om inn- og utskriving fra sykehus og planer for beredskap og den akuttmedisinske kjede være på plass. Til 1. juli 2012 skal utdypende avtaler med retningslinjer for samarbeid på en rekke områder være plass (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Skal dette få betydning må drøftingene mellom kommuner og helseforetak dreie seg om faglige spørsmål. Fastleger, pleie- og omsorgstjenestene og ditto i sykehusene må involveres. Bare slik får samhandlingsreformen praktiske konsekvenser i form av et bedre tilbud for befolkningen.

### Kan faglig praksis bli mer lik og bedre?

Kommuner og helseforetak skal sørge for gode og likeverdige tjenester til de som trenger det. Økningen i forbruket av ulike tjenester er stor, uten at det alltid er godt begrunnet. Innen blant annet radiologi har det lenge vært behov for et mer systematisk faglig samarbeid for å sikre at pasientene blir henvist til rett undersøkelse første gang. På flere områder er det stor og dels uforklarlig variasjon i forbruket av samme type tjeneste mellom ulike geografiske områder. Eksempler her er bl.a. forskjeller i hyppigheten i opera-

sjon av mandler mellom ulike geografiske områder. Tilgjengeligheten til tjenester er ikke likeverdig verken for denne pasientgruppen eller for andre med mulig feil prioritering som konsekvens.

### Forbruk og henvisninger truer likeverdigheten

En sammenlikning av forbruksrater av sykehus mellom kommuner i Sogn og Fjordane viser store forskjeller. Forskjellen mellom høyeste og laveste forbruk er på 90 DRG poeng pr 1000 innbygger. Fastlegenes henvisningspraksis til sykehus fra de samme kommunene varierer i ennå større grad fra 56 pr 1000 listepasient til 293 pr. 1000 listepasienter. Den høyeste henvisningsraten til sykehus i fylket er på 373 pr. 1000 listepasient, en faktor på 6.5 ifht legen som henviste minst. Variasjonene i henvisningsrater for fagområdene ortopedi, urologi, kardiologi og psykisk helsevern for voksne varierer innbyrdes ennå mer enn totalratene (Førde, Breidablik, Øgar 2011).

### Nødvendig, preferanse- og tilbudsstyrt

Medisinsk praksis kan grupperes tre hovedkategorier. "Aldri noe diskusjon om medisinen" til det høyt prioriterte og det svært nødvendige som akuttmedisin, behandling av alvorlige skader, kreft i mave og tarm etc. Dette er intervensjon hvor det er godt dokumentert at det påvirker resultatet for pasienten målt i harde endepunkt. Kategori to er den preferansestyrte medisinen hvor ulike alternative behandlingsmåter eller tilnæringer kan brukes og hvor resultatet, målt i harde endepunkt, er upåvirket av strategi. Ressursbruken mellom alternativene er imidlertid svært forskjellig. Eksempler på dette er eksempelvis "wait and see" vs behandlingsoffensiv strategi ved forhøyet PSA. Den tredje kategorien er den tilbuds-

styrte etterspørselen. Mye av dette handler om kontroller og henvisninger som, målt i forhold til dokumenterbare resultater, ikke påvirker resultatet for pasienten ifht folk som ikke får slike tilbud. Dette gjelder også tilbudet til en del kronikere. I amerikanske helsetjeneste er det vist at 60% av ressursene går til kategori tre tiltak (John E. Wennberg 2010)

### Kunnskap for en bedre tjeneste finnes.

Vi har svært mye kunnskap. I en faglig dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil denne brukt rett forbedre tilbudet til pasientene. Det vil sikre en riktigere prioritering av tilgjengelige faglige ressurser og det vil gi en bedre kontroll med ressursbruken. Vår felles ambisjon må være å legge til rette for de faglige arenaer og gjøre dette til en innholdsreform. Vi må i fellesskap unngå at dette først og fremst skal handle om pengeflytting og administrativ organisering. Dette dreier seg om faglig praksis i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og ikke minst i samhandlingen. Utfordringen må vi ta sammen til beste for befolkningen selv om vår faglige praksis lyssettes.

### Litteratur:

Samhandlingsreformen Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak Helse- og omsorgsdepartementet 2011.

Truar skilnadene i tilvisningsrater målet om likeverdige helsetjenester? O. H. Førde, H. J. Breidablik og P. Øgar Tidsskriftet for den norske legeforening nr. 19-2011.

Tracking medicine. J. E. Wennberg 2010 Oxford University Press 2010



Returadresse:  
Doktor i Nord  
Postboks 665,  
8001 Bodø



## B - Økonomi