

Han er nærmest fastlege for nyrepasientene og diabetikerne som hører til Harstad sykehus, et lokalsykehus som kjennetegnes av et solid overlegekorps og er blant sykehusene som går først i turnusvalget.

Intervjuet: Helge Ulrichsen

Far Ulrichsen

– Nei, det er så mange andre leger du også kan intervju. Ulrichsen er beskjeden, hjelpsom og kommer med flere forslag til mer egnede intervjuobjekter. Men det er ikke alle som har bygd opp en dialyseavdeling alene, og på avdelingen går han under navnet «far Ulrichsen». Han har vært avdelingsoverlege i ti år for en velfungerende medisinsk avdeling som legene nærmest står i kø for å begynne ved.

Studiet tok han i Tyskland. Opprinnelig tenkte han å bli ingeniør og jobbet et halvt år ved et skipsverft. Det satte punktum for den planen.

– Hvorfor ville du bli lege?

– Mor var mye syk, og det spilte nok en viktig rolle. Dessuten studerte storebror medisin i Tyskland, og det er som kjent lettere å trække i noen andres fotspor.

Etter turnus var han distriktslege på Senja i tre år. – Jeg var overbevist om at jeg ville bli allmennpraktiker, men jeg syntes det var vanskelig å holde seg faglig oppdatert. Jeg var den eneste legen, og overskuddet til å lese var lite. Jeg bestemte meg for å jobbe 1–2 år ved sykehus igjen, og vi flyttet til Bodø. Der lærte jeg så mye som jeg ikke ville få bruk for i distriktet, og ble i stedet indremedisiner. Fra Bodø flyttet familien til Oslo og Rikshospitalet.

Å lede leger

En hyppig brukt metafor i legesammenheng er at å lede leger er som å lede en gjeng med katter. Ulrichsen ble avdelingsoverlege for Medisinsk avdeling i 1997, og fungerte som det frem til januar i år. På grunn av sykdom gjør han gjesteopptreden som avdelingsoverlege når jeg intervjuer ham, og han vinker meg inn selv om han sitter i telefonen når jeg kommer.

– Det er Ulrichsen her. Jeg vil bare minne deg på at du må sende en søknad på stillingen innen fristen, ring meg hvis det er noe du lurer på, leser han inn på mobilsvareren til en potensiell søker. Ved Harstad sykehus er de kjent for aktivt å rekruttere tidligere turnusleger eller andre som har

jobbet der før. Og medisinsk avdeling er populær, det er flere som har kjørt legevakt i påvente av og håp om et ledig vikariat.

Kolleger beskriver ham som en god sjef, en kan fortelle at det er den beste sjefen han har hatt. De forteller at han aldri har en dårlig dag. Han lar i alle fall ikke kollegene merke det.

– Hva innebærer det egentlig å lede en avdeling?

– Det er primært at du skal få hjulene til å gå rundt, men forenklet sett kan man si det har to sider. Du må sørge for at personalet har det bra. Samtidig har du ansvar for pasientsiden, nemlig at rutiner og prosedyrer er i orden og følges. Utdanningsfunksjonen er viktig, og den må fungere både for leger og pleiepersonalet. Nå har dessverre økonomien kommet i forkant på en uheldig måte.

– Hvordan?

– Ved en indremedisinsk avdeling er 90 % av innleggelsene øyeblikkelig hjelp. Vi får beskjed om at vi skal opprettholde samme aktivitet som i fjor, så vi budsjetterer i forhold til det. Deretter beskjæres det kraftig. Det er av og til vanskelig å være sjef når du setter opp et nøkternt budsjett som kuttes ned på den måten. For en indremedisinsk avdeling i et lokalsykehus er det ikke like mye å hente på DRG-kroner. De mest avanserte og innbringende prosedyrene gjøres ved større sykehus og innen andre fagfelt. Omsorgen for de kronisk syke er altfor dårlig finansiert. Kvalitative ressurser hos leger og pleiepersonale blir ikke verdsett i samme grad som apparatkrevende undersøkelser og behandlinger. Kravene til dokumentasjon av virksomheten i henhold til helselovene har økt betraktelig, men ressursbruken i denne sammenheng verdsettes ikke.

– Tar avdelingslederopp gavene mye tid?

– Det er ikke tradisjon for å sette av tid til ledelse blant legene. Du får ansvaret og jobben, men har nesten like mye pasientrettet virksomhet. Jeg syntes det var på tide å slutte etter ti år. Hvis ikke, ville jeg mistet siste rest av innsatsvilje.

– Bør leger lede?

– Hovedoppgaven til et sykehus er behandling, og det er det leger som gjør. Ledelsesmessig tror jeg det riktige er å ha en lege som avdelingsleder og en sykepleier i teamet. Det hevdes at leger ikke er interessert i ledelse, delvis med rette. Så lenge avdelingslederjobben blir et tillegg til vanlig klinisk virksomhet, vil ikke dette endre seg. Det må stilles legeressurser til rådighet til erstatning for det som brukes til administrasjon. I pleiesektoren er dette en selvfølge. Lederteamet må ha tilgang til økonomisk kompetanse. Det har vært utfordrende med uinnskrenket legejobb ved siden av å være leder. Hvis ikke grunnlaget som ble lagt av tidligere avdelingsoverleger ved avdelingen var så godt, kunne jeg ikke hatt ansvaret så lenge som ti år. Det har å gjøre med et godt arbeidsmiljø og fokus på faglig kvalitet. På legenivå har vi ikke hatt personalkonflikter av betydning de 25 årene jeg har jobbet her.

– Hva er den viktigste oppgaven til en avdelingsleder?

Han smiler. – Å møte på jobb hver dag. Dessuten må du stimulere folk til å gjøre det de skal gjøre. Man bør være oppmerksom på at de ansatte har et faglig utgangspunkt som kan være ganske forskjellig, og man må lage rom for individuelt tilpassede utdanningsløp. Dessuten må sjefen være en ventil, en man kan snakke med hvis noe alvorlig skjer. I forhold til overlegekorpsset har vi stor grad av autonomi. Alle får drive med hvert sitt fagfelt, samtidig som det er rom for diskusjon. Hvis det kom til utstyr som kostet penger, måtte jeg inn i bildet. Ellers er selvråderett viktig for trivsel på jobb.

Allmennlegene fremhever et bredt overlegekorps som en av fordelene ved å legge inn pasienter ved Medisinsk avdeling. På samme morgenmøte får man innspill fra lungelege, nyrelege, gastroenterolog og kardiolog om det skulle være nødvendig. Til sammen dekker de det meste. Mangler det dekning innen en spesialitet, blir de enige



Helge Ulrichsen

Født 16. juli 1943

- Cand.med. 1970 Marburg an der Lahn
- Spesialist i indremedisin 1982
- Spesialist i nefrologi 1983

Foto Marit Tveito

om fordeling seg imellom og tar ansvaret for denne pasientgruppen også. Dermed får man overleger som i praksis kan være en kombinasjon av infeksjonsmedisiner, geriatr og pediater. Det er ikke langt mellom generalistene ved Harstad sykehus.

Lite og bra

– Det er mange som er opptatt av hva et lokalsykehus skal inneholde, og ikke minst hvor mange Norge skal ha. Hva mener du er lokalsykehusets sterke sider?

– Jeg må snakke for oss, understreker han. Styrken vår er blant annet en tett kommunikasjon til allmennlegene. Vi har en åpen linje, de kan ringe og konferere direkte med overlegene, og vi tar inn pasienter på kort varsel hvis de ber oss om det. I et relativt lite miljø som Harstad og omegn er, kjenner ofte noen av legene pasientene fra tidligere innleggelse. De kommer inn på samme avdeling, selv om de har sykdom i et annet organ, og man beholder i større grad helhetsperspektivet. Vi har ikke spisskompetanse på alle områder, men jeg opplever at pasientene ivaretas. De har ikke bare hjerteinfarkt sitt, men kommer med hele sin historie med sukkersyke og tidligere komplikasjoner – som vi ofte kjenner fra før. Dessuten er det en fordel for legene at vi er små, det er lett å spørre hverandre. Samarbeidet med de øvrige kliniske avdelingene er svært bra takket være korte kommunikasjonslinjer og kjent miljø.

– Det er viktig at man ikke dreper entusiasmen til dem som jobber i lokalsykehus. Leger med spesielle kunnskaper og evner, som ønsker å arbeide i mindre sykehus, må gis muligheten til å utvikle sine ferdigheter og ikke bli møtt med at «slik skal ikke gjøres i et lokalsykehus». Det er viktig for pasientene og ikke minst for rekrutteringen av nye leger.

– Er det noe du savner ved å jobbe ved et mindre sykehus?

Han lener seg tilbake. – Da må jeg tenke meg om. Jeg savner ingenting, ellers hadde jeg ikke blitt værende i 25 år.

– Har vi for mange sykehus?

– Jeg tror at pasientene er mest fornøyd med å ha et lokalt tilbud. Og dette er et spørsmål som først og fremst politikerne må ta stilling til. Så lenge vi mener at vi skal ha et sykehus på hvert nes, men ikke har råd til å drive dem, har vi et problem. For min del kan det godt være sykehus overalt, så lenge de har bemanning og utstyr til å drive forsvarlig. Kvaliteten må komme fremst.

«Fastlege» og sykehuslege

En kollega sa at Ulrichsen har en stor menighet med diabetes- og nyrepasienter. For mange fungerer han nærmest som fastlege, og han følger dem opp med jevnlig kontroll.

– Hvordan er det å være nærmest fastlege for så mange pasienter i et sykehus?

– Jeg har aldri greid å «bare se nyrene» til folk. Jeg har gjennom årene fått god innsikt i totalproblematikken, og det har vært utrolig givende. Det er spesielt å oppleve at pasienter går fra å ha svært dårlig livskvalitet til et nytt liv med en ny nyre. Blir det problemer, har jeg god kommunikasjon til både Tromsø og Rikshospitalet. Vi har dialyseavdeling og driver i tillegg med det jeg kaller klinisk hverdagsnefrologi. Diabetespasientene har god hjelp av diabetesykepleier som gjør en stor innsats for denne gruppen.

– En kollega ba meg spørre hvordan du greier å være så levende opptatt av pasientene dine.

– Det vet jeg ikke. Jeg tror det stammer fra tiden som distriktslege. Leger tilhører et serviceyrke. Jeg har vært med på tiden da vi var småkonger, og det var ikke riktig. Det hører med til jobben at man følger med og gir tilbakemelding til pasientene. Jeg blir irritert når pasienter forteller at de har vært til kontroll, men at de ikke har hørt noe i etterkant. Legejobben innebærer også tilbakemelding. Selv bruker jeg mye tid på å skrive brev til pasientene.

Alene på Senja

Ulrichsen begynte som distriktslege på Senja etter turnus. Han var eneste lege der i tre år, og de som kom etter, mente han nok hadde skjemt bort befolkningen.

– Jeg var usikker i starten, og det ble mange sykebesøk, særlig det første året og særlig når det gjaldt barn. Ledesnoren min var at jeg ikke ville avvise noen, og det kan jo være ganske selvdrepende, erkjenner han. – Jeg kjente hver stein og stuekrok av kommunen jeg jobbet i. Det beste med å være allmennpraktiker var det varierte arbeidet. Jeg laget blodutstryk og telte celler i det lille laboratoriet mitt. Det verste med jobben var frykten for å overse noe. Syke barn besøkte jeg alltid på nytt 4–5 timer etter første konsultasjon. Jeg tror jeg knep 2–3 tilfeller av meningokokksepsis tidlig på den måten.

– Hva var ulempene ved å jobbe slik?

– Jeg er ikke sikker på at familien min syntes jobben min var like fantastisk som jeg, vedgår han.

– Har du lært noe du har tatt med deg til sykehusjobben?

– Det er viktig med erfaring fra allmennpraksis. Da vet man at det er noe helt annet å være ute i distrikt enn i sykehus. Ulrichsen ses stadig i sykehuset etter arbeidstid. – Rekker du noe annet enn jobb?

– Nei, ikke nå som barna er blitt store. Jeg er nærmest blitt en fagidiot. Men jeg kunne tenke meg mer tid til annet, og kona har mye fritid etter at hun gikk av med pensjon.

Han er ikke så kravstor: – Jeg kunne ønsket meg mer tid til turer, båt og barnebarn. Da hadde jeg vært bare fornøyd.

Marit Tveito

marittveito@hotmail.com
Diakonhjemmet sykehus