

Samfunnsmedisineren Tor Øystein Seierstad liker å lage orden i kaos. Han foretrekker forebyggende helsearbeid og store linjer fremfor enkeltpasienter. Han viser glødende entusiasme for det han tror på og skulle av og til ønske han fikk bestemme litt mer. Med erfaring som både lege og pasient stiller han sterkt i diskusjoner om hvordan helsevesenet burde være.

Intervjuet: Tor Øystein Seierstad

Store linjer og små pasienter

«Brennende engasjert i helsepolitiske spørsmål.» «En tilhenger av orden, system og kvalitetssikring.» «Et ja-menneske som det er lett å spørre om alt fra fag til rørleggerarbeid.» «En ressurs i et lokalsamfunn som stiller opp for små og store.» Karakteristikkene av Tor Øystein Seierstad er mange og tegner et bilde av en lege med vilje til å påvirke de store beslutningene og med omsorg for alle han møter på sin vei. Han har mye erfaring med enkeltpasienter fra tiden som kommunelege i Kirkenes og med samfunnsperspektivet etter å ha vært medisinsk faglig rådgiver i Helse Finnmark.

– Når bestemte du deg for å bli lege?
– Første gang jeg telte antall år jeg hadde igjen på skolen til jeg ble doktor, var det 16 år igjen.

Det ikke er sikkert at han ville valgt det samme nå. – Jeg er en praktiker, jeg liker å sette ting i system og å få det til å virke. Dessuten er jeg mer opptatt av folkehelsen enn av enkeltindividenes problemer, selv om de kan være viktige og store.

– Hva ville du blitt i stedet?

Han tenker seg om. – Samfunnsviten-skap? Sosialøkonomi? Jeg hadde kanskje satset på en mer politisk rettet utdanning.

Han angret imidlertid ikke. – Det er få leger som engasjerer seg i ledelse og økonomi, og dermed får man spillerom når man synes disse områdene er spennende. Dessuten er det jo slik at doktorer hører mest på doktorer. Hvis legene abdiserer fra de fora der beslutningene tas, kan det faglige fort komme i bakgrunnen.

Fra nord til lenger nord

Seierstad har tilbrakt 32 av 44 år nord for Saltenfjorden. Han kommer fra Bodø, der faren jobbet som garnisonsprest og moren var spesialsykepleier, og hadde ett krav til kjæresten, som han traff under studiet: turnus i Nord-Norge. De endte i Kirkenes.

– Venner forteller at du har stor kjærlighet til Finnmark. Hvorfor ble det slik?

– Jeg hadde en tante og reservemor i Kautokeino. Feriene der, med turer på

Finnmarksvidda, var årets høydepunkt. Jeg er ingen jeger, jeg fisker ikke, og ikke drikker eller røyker jeg, så slik sett er jeg ikke noen gjennomsnittlig finnmarking. Men Kirkenes er et godt sted å bo og utforske verden fra. Vi blir så lenge vi trives. – Hva skaper trivselen?

– I et lite lokalsamfunn blir man sett. Jeg liker å bli sett. Hos oss ser man på alle man treffer på veien og hilser enten man er kjente eller ikke. Prøver du å få øyekontakt med noen på vei til trikken i Oslo, blir du sett på som rar, frekk og potensielt farlig. Samtidig er Kirkenes stor nok til at man ikke synes hele tiden.

Pasienterfaring

Seierstad har ikke bare erfaring fra doktor-siden av bordet, han har nesten like lang pasient-CV som jobb-CV. Selv om han er åpen, er det ikke slik at han ønsker for mye oppmerksomhet rundt dette.

– En lege skal definitivt ikke være lege for seg selv, konkluderer han. I hans tilfelle var det ikke før en gammel helsesøstertante i et juleselskap fortalte ham at så blek skal man ikke være at han gikk til legen. Da hadde han Hodgkins lymfom. Langvarig og tøff behandling ventet.

– Jeg har full seilføring til nesen er under vann, da går alle flagg ned i en periode. Helt fra ungdomsårene har jeg hatt en bindevevs-sykdom, som sakte brant ut. Og jeg har opplevd bølgedaler, men har fått mye støtte fra folk rundt meg. Jeg er lite flink til å se meg selv som pasient, og svar på spørsmål om hvorfor får man aldri. Heller ikke når man opplever noe så meningsløst som å miste et barn, slik vi gjorde. Det som imidlertid skjer, er at klangbunnen blir dypere.

– Hva er vanskeligst ved å være syk og lege?

– En lege er nærmest per definisjon ikke syk, og det kan være vanskelig å erkjenne at man ikke er supermann. Jeg har stanget hodet i veggen flere ganger før jeg skjønnte det selv. Dessuten er jeg nok en som svinger litt mellom pluss og minus her i livet, uten

de helt store utslagene. Heldigvis har jeg kloke mennesker rundt meg som skjønner og sier ifra.

Glad i systemer

– Du har jobbet mye innen allmenntmedisinen, men så fattet du interesse for samfunnsmedisinen. Hva var det som fenget interessen?

– Det gir mening å hindre at ting skjer – mer mening enn å reparere. Jeg har lyst til å bidra til at folk har et godt liv uten for mye plager. Det å tenke helhetlig er noe grunnleggende i meg. Det handler nok om både tro og overbevisning. Fellesskap er en viktig del av folks helse og lykke, og systemtenking er noe jeg liker. Når det gjelder organiseringen av helsevesenet, er jeg opptatt av at det skal være enkelt å være lege på bunnen av pyramiden, på samme måte som det skal være enkelt å være samfunnsborger i Norge. – Kan du være for firkantet?

– Noen mener nok det. Selv mener jeg at jeg er pragmatisk, sier han med en snev av selvironi.

– Kan det bli for mye system?

– Det er viktig at systemet fungerer og har en hensikt. Det finnes definitivt unyttige systemer. Seierstad jobber mye med medisinsk koding og klassifikasjon, DRG og innsatsstyrt finansiering (ISF) og foregriper et kritisk spørsmål.

– Noen vil jo si at medisinsk koding som grunnlag for sekundær klassifisering i DRG-systemet og innsatsstyrt finansiering er meningsløs administrativ aktivitet for en doktor. Det jeg tror skaper frustrasjoner, er at det føles som om det bare handler om penger. Det handler om mye mer. Staten styrer og gjør viktige helsepolitiske valg på bakgrunn av den aktivitetsstatistikken som fremkommer av den samlede medisinske kodingen. Det er en forutsetning for epidemiologisk forskning og vår egen faglige utvikling som profesjon. Medisinsk koding gir oss et grunnlag for å sammenlikne behandling på tvers av sykehus og landegrensler.



Tor Øystein Seierstad

Født 6. september 1964

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1989
- Kommunelege, fastlege og assisterende kommuneoverlege i Sør-Varanger fra 1993
- Medisinskfaglig rådgiver i Helse Finnmark 2005–07
- Mastergrad i helseledelse og helseøkonomi 2006
- Medisinskfaglig rådgiver Analysecenteret fra 2007

Foto Marit Tveito

– Bedriften du jobber i heter Analysecenteret. Hva går dette ut på?

– Da innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, etablerte Lovisenberg sykehus sin egen analyseenhet med egenutviklet datavarehus. Pionerer og gründere her var Morten Eimot og Einar Amlie. Etter kort tid banket en rekke andre foretak på døren med forespørsel om bistand og tilgang til vårt data-warehouse. Siden er denne enheten blitt skilt ut og er nå et eget aksjeselskap. Når de foretak som er våre kunder sender sine månedlige rapporter til Norsk pasientregister, sender de også det samme datasettet til oss. Dataene bearbejdes slik at foretakene bedre kan følge opp sin egen virksomhet og fange opp feil. En annen viktig aktivitet er våre mer dyptgripende analyser etter oppdrag fra foretak, direktorater eller departementer, der vi har mulighet for å gå i dybden på aktuelle problemområder. Innsatsstyrt finansiering er en gjennomsnittsordning for regionalt nivå. Når denne ukritisk videreføres til foretaks- og avdelingsnivå, risikerer man utilsiktede skjvhet. Det er en tendens til overfinansiering av kirurgisk virksomhet og tilsvarende underfinansiering av medisinsk. Med dagens funksjonsfordeling blir lokalsykehus uten stor kirurgisk virksomhet fort taperne.

– Hvordan skal man løse skjvhetene?

– Jeg tror ikke det er tid for noen ny sykehusreform. Den grunnleggende utfordringen ved spesialisthelsetjenesten er ikke organisering – det handler om en erkjennelse av at vi alle skal dø og at vi kan behandle for mye og for lenge. Dessuten er det manglende vilje til reell prioritering mellom pasientgrupper. For at utgiftene til helsevesenet ikke skal løpe løpsk, må vi si hvem som skal få og hvem som ikke skal få. Et liv har en slutt, men forventningene hos folk flest og politikerne er at alt kan løses. Det har heller ikke vært lov å snakke om at pengene skal styre beslutningene, selv om dette langt på vei er virkelighet i dag.

– Hva fører det med seg?

– Statussykdommene vinner og får

pengene. Samtidig skal rammene holdes. Dermed skjer det i stedet en skjult prioritering, der de mest høyrøstede pasientgruppene vinner over de svakere stilte eller mer beskjedne. Langt på vei dreier dette seg om at de eldre og kronisk syke blir taperne, til tross for løfter om at det er disse som skal prioriteres. Det var noe av dette som gjorde det vanskelig for meg å fortsette som medisinskfaglig rådgiver i Helse Finnmark.

– Hva bør gjøres annerledes?

– Jeg savner viljen til reell prioritering hos politikerne, med rene ord evnen til å si nei. I dagens Helse-Norge er det ikke lenger hva vi kan få til som er bestemmende for hvilken behandling som skal gis, det er hvor mye penger fellesskapet er villig til å satse på den enkeltes helse.

– Hvorfor er dette så vanskelig?

– Det å prioritere betyr at noen ikke får. Å nekte pasienter den behandlingen de ønsker seg mest, er nærmest umulig for en politiker. Politikerne skal spille folkemeningen og gjenvelges. Men både politikere og leger er forpliktet til å oppdra befolkningen og synliggjøre konsekvensene. Som profesjon har vi leger et ansvar for å se sammenhenger utover den enkelte pasient.

Lokalsamfunnsmedisiner

– Hva er din viktigste oppgave som samfunnsmedisiner i Kirkenes?

– Jeg skal legge grunnlaget for at det skal være godt og trygt å bo der. Finnmark er fylket med lavest levealder. Man må spørre seg hva som skal til for at folk skal leve sunnere og lykkeligere. Man må ha tålmodighet for å være samfunnsmedisiner. Resultatene kommer sakte. Siden jeg er utålmodig, må jeg legge inn andre aktiviteter, særlig siden jeg jo ofte allerede har svaret på problemet, sier han med et smil. – Det hjelper å mure en mur eller hogge litt tømmer når den store stat beveger seg tregt. – Hvilke utfordringer ved helsetilbudet lengst nord i landet er størst?

– Det å få spesialister til å komme og til å bli. I rekrutteringsarbeid må man tenke

bredt. Man kan ikke styre livet til folk, men man kan legge til rette for et godt doktorliv som inkluderer både fag, familie og tid til egenomsorg. En arbeidsgiver som klarer det, får stabile arbeidstakere. Selv er vi et eksempel på to leger som ble godt ivarett av våre arbeidsgivere og av den grunn fortsatt befinner oss i Kirkenes 19 år etter at vi kom som turnusleger.

– Hvordan har dere løst hverdagen?

– Det hjelper godt å ha venner. Vi er tre familier som har spist onsdagsmiddag sammen hver uke i ti år. Så lenge én av oss voksne er i byen, kan vi putte alle barna i ett hus om det kniper.

– Du er glad i barn?

– Jeg har det morsomt sammen med barn. Jeg vil heller bli med på lekeplassen enn drikke kaffe i familieselskap. Og det har vært viktig for meg å være med i en menighet og få gi noe tilbake.

For Seierstad falt det naturlig å engasjere seg i søndagsskolen, og det å jobbe for Rikshospitalets behandlingsreiser for barn og unge er noe han setter stor pris på. Han har mange jobber, mange meninger og er stadig på farten.

– Hvor får du påfyll?

– Jeg synger i kor og har stor glede av å bruke stemmen min sammen med andre, få til noe i fellesskap. Jeg er ingen treningsnarkoman, men ivrig mosjonist. Stillhet og refleksjon innenfor min gudstro gir perspektiver og åpner for nye muligheter. Og jeg får mye igjen for å bidra til positive aktiviteter i et lokalsamfunn, det være seg håndballturneringer eller skolemusikk. Når barna sier at søndagsskolen er den morsomste skolen, er jeg fornøyd.

Marit Tveito

marit.tveito@me.com
Diakonhjemmet Sykehus