

risikoområder som de er spesielt opptatt av, eller som deres pasientpopulasjon er spesielt utsatt for. Dilemmaet er at dette tar tid vekk fra den øvrige pasientbehandlingen. Vi presiserer at møtet kun skal ta 10 minutter. Denne tiden må vi ta oss råd til, med tanke på hvor hyppig forekommende disse skadene er.

– **Ser dere resultater av metoden?**

– Tidligere hadde vi som leger liten grad av bevissthet om pasienters risiko for skader. I dag tar vi stilling til denne risikoen daglig. Så langt i år har Sykehuset i Vestfold håndtert risiko i over 30 000 pasientdøgn, dette består av over 5 000 unike pasienter. Vi har en bedre oversikt over antall skader som inntreffer og i hvor stor grad vi har klart å iverksette risikominimerende tiltak. Metoden er nå implementert ved nesten samtlige av sykehusets somatiske avdelinger og målet er at alle skal gjøre dette innen utgangen av 2016.

– **Har tavlemøtene blitt godt mottatt av de andre kollegaene på sykehuset?**

– Risikomøtene har fra starten av hatt en

blandet mottakelse. Fra legene har vi fått tilbakemelding om at metoden er til stor hjelp til å huske og holde oversikten over den nødvendige risikohåndteringen som skal utføres. Samtidig er risikomøtene en inngripen i våre etablerte arbeidsrutiner, hvor vi nå i større grad må ta del i ansvarsområder som vi tradisjonelt har overlatt til andre faggrupper.

– **Er dette en modell som også andre sykehus har tatt i bruk?**

– Det er stor interesse for denne arbeidsmetoden. På samme måte som vi ble inspirert av et besøk til Hillerød hospital, har vi nå tatt imot besøk og blitt invitert til å besøke en rekke sykehus i hele landet. Vi kjenner til flere sykehus som nå er i ferd med å innføre arbeidsmetoden, i ulike former.

**Lisbet T. Kongsvik**

*lisbet.kongsvik@legeforeningen.no*  
Samfunnspolitisk avdeling

## Tydelig avklaring om ny spesialitetsstruktur

Helse- og omsorgsdepartementet har nå fastlagt en modell som tydeliggjør roller, ansvar og oppgaver i legenes fremtidige spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Legeforeningen skal fremdeles ivareta viktige funksjoner.

I brevet som er sendt Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, KS og Legeforeningen, legger departementet opp til at spesialistutdanningen for leger må være innrettet etter behovene til fremtidens pasienter, ta opp i seg ny fagutvikling og utvikling i helsesektoren og tilrettelegge for strukturerte utdanningsløp.

Brevet tydeliggjør aktørenes roller, ansvar og oppgaver i ny modell.

Om Legeforeningen skriver departementet følgende:

«Legeforeningen er en fag- og interesseforening for leger. De ivaretar i dag et stort ansvar innen utdanningen, og besitter stor erfaring og kompetanse. Deres faglige organisasjonsdel, særlig Spesialitetskomiteene, har stor faglig legitimitet blant legespesialistene. Deres oppgaver vil være:

- Gi faglige innspill (ved Spesialitetskomiteene) til direktoratets læringsmål, og anbefaling om læringsaktiviteter, i samarbeid

med Helsedirektoratet og i henhold til mal oppsatt av direktoratet

- Gjennomføre kvalitetsvurdering av utdanningssteder, og rapportere til direktoratet

Det forutsettes at utdanningsfondene benyttes som i dag; til utgifter i forbindelse med Spesialitetskomiteenes virksomhet, utgifter i forbindelse med kursavvikling og utgifter til allmennlegenes spesialistutdanning. Legeforeningen ivaretar læringsaktiviteter for allmennlegespesialiteten, jf dagens ordning.»

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at endringen og kvalitetsutvikling skjer over tid innenfor ordinære budsjettammer. Ny forskrift vil bli utarbeidet.

**Knut Braaten**

*knut.braaten@legeforeningen.no*  
Samfunnspolitisk avdeling

Derfor er jeg lege...

## Medisin og nysgjerrighet



I sjuende klasse skulle vi skrive stil om et yrke vi kunne tenke oss. Konklusjonen i min stil lød: «Legeyrket medfører kontakt med mennesker og man må være renslig, derfor vil jeg bli lege.» Hvor ideen kom fra vet jeg ikke, det var ingen leger i familien, men fra da av var medisinerstudiet et mål. Kanskje var forbildet vår inspirerende og flinke familielege som kom i sykebesøk til alle døgnets tider iført «røkejakk» og innesko og som kjørte meg til sykehuset i sin gyngende Citroën da jeg var ordentlig syk?

Medisinerstudiet var som å lese god krim, kunne jeg nok fysiologi og patofysiologi i det enkelte faget så kunne jeg avsløre den skyldige. Medisin passet min nysgjerrighet. Anestesi på Ullevål medførte tjenesterotasjon på legeambulansen i Oslo og akuttmedisin ble fortsettelsen av krimfortellingene. Det ble 20 spennende år med høy vakthypighet i rød uniform og forskning i akuttmedisin og etikk.

Som avdelingsoverlege i ambulansetjenesten kan jeg bidra i utviklingen av en stadig bedre ambulansetjeneste til beste for pasientene og våre ansatte. Fag- og prosedyreutvikling, kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, studentundervisning og forskning i et hyggelig arbeidsmiljø i ambulansetjenesten er stikkord fra min arbeidsdag. Pasienter, pårørende, kollegaer, medarbeidere, studenter og forskere har lært meg mer om medisin og mennesker enn jeg hadde turt å håpe på da jeg valgte yrke. Etter 30 år som lege gleder meg til å gå på jobb hver dag, det vet jeg er et privilegium.

**Anne-Cathrine Braarud**

Avdelingsoverlege, PhD  
Ambulansesavdelingen, Prehospital klinikk  
Oslo universitetssykehus