

JULI 2005 #2

OVERLEGEN

Flora Danica Tab. MCCCCLXVIII



s. 3 Hasselnødder
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm

s. 5 Lojalitet eller livegenskap?
Leder av Lars Eikvar

s. 7 DRG – og det var ...?
av Espen Huldt-Nystrøm

s. 10 Legeforeningens støttetilbud
av Hege Saltnes

s. 12 «Litt hjelp i tide»
av Hege Saltnes

s. 14 EPJ i en steinalderkultur
av Gisle Roksund

s. 15 Program for seminar i avdelingsledelse

s. 16 Misforståelser om Evidence Based Medicine
av Espen Huldt Nystrøm

s. 19 Helsinkideklarasjonen
av Reidun Førde

s. 19 Whistleblowing
av Espen Huldt Nystrøm

s. 24 Nasjonale scener
av Espen Huldt Nystrøm

s. 27 Kollegialt nettverk for ledere

UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.

TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50

INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/
OVERLEGEFORENINGEN

REDAKTØR: ESPEN HULDT-NYSTRØM
E-POST: ehuldt-n@frisurf.no

FOTO: ESPEN HULDT-NYSTRØM,
EDITH STENBERG, SISSEL DREVSJØ,
UKJENTE KILDER.

LAY-OUT: JOHANNE HJORTHOL / FEBER

TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO

OPPLAG: 6200

FORSIDEN:

Flora Danica er et barn av opplysningstiden og var lenge et botanisk standardverk. Gjennom mer enn 120 år, fra 1761 til 1883, ble 3000 danske, islandske, færøyske og grønlandske planter tegnet sirlig inn i folioformat; frem til 1814 også norske. Hassel er en varmekjær art. Før slikkeri-industrien perverterte våre ganer og show-biz forflatet våre sjeler, var nøtens milde sødme et attraktivt høydepunkt. For ikke å snakke om spenningen før den skulle knekkes – var den markstukket eller god?

Hasselnødder

Flinke gutter og jenter husker *Hasselnødder*. Ikke fordi vi noen gang leste den. Men fordi vi pugget litteraturhistorie – en del av inngangsbilletten til doktorskolen. Det er i disse dager 160 år siden forfatteren døde.

Hans siste sykdom varte 15 måneder, lenger enn alle leger og hjelpere turde å gi håp om. Men mannen hadde konstitusjon som en hest, og fortsatte å leve og skrive, enn så lenge. Det hang vel sammen med et sunt og ufordervet forhold til datidens ekspertise: «Naar Lægen siger at han bør gaae tilsengs, da gaaer han ud paa Altanen eller – som det engang har hendet – op til Linstow, og faaer han Ordre om at holde Diæt og spise Bygsuppe, saa drikker han Øl og spiser Beafsteeg og røger Tobak».

Vår gamle litteraturhistorie forteller at *Hasselnødder* ble skrevet på dødsleiet, og består av enkle og muntre opptrinn. I motsetning til hva forfatteren brukte store deler av livet på - og som enda færre av oss har lest fordi vi måtte inn på doktorskolen eller noe.

Likevel. Vi burde alle ønske oss en kveld med nysgjerrig ro i sjelen, da en tilfeldigvis finner *Hasselnødder* i noens bokhylle. Og at eieren har en oppvask som må tas, eller følsom innsikt til å la sidene tale i stillhet.

Enkle og muntre opptrinn, javel. På dødsleiet. Litteraturen er full av dødsleier. Tilstander som medfører underlig litteratur er bortkastede; i høyden bør resultatet få summarisk omtale. Særlig i lærebøker som skal brukes til å sende målrettet ungdom ut i karrierefesten.

Men mannen på dødsleiet skriver sitt liv. Det er det siste han kan gjøre med det siste han har. Han vet hvor det bærer. Uten fakter skuer han innover

og bakover, forbi venner og fiender, gjør opp status etter eget hode og bevarer verdigheten. Her ligger ingen likegyldighet.

I kulturell selvgodhet forbauses vi over at *Hasselnødder* er skrevet av et helt moderne menneske. Barndomsminner, ungdomsløyer, tabber og krangler er i dette skriftet ikke bare fattbare, men relevante. Mannen har ufortrødent tatt for seg av livet – riktignok med Gud som troverdig følgesvenn. Og ofte med døden i nærheten – om ikke som venn så i det minste som en bekjent man nok kan omgås – med Gud som mellommann. Størst er likevel frodigheten – gleden over det vakre, det levende, og over det som kan stilles opp litt skjevt eller hakkende galt – med ubendig humor. På dødsleiet. Sikkert ikke fullkommen litteratur. Men helheten rører og betar.

Nå er det ikke meningen å spre snørr og tårer over kollegene i anledning Henrik Wergelands sannsynlige lungekreft og altfor tidlige død. Men hans tilløp til dokumentasjon av egen sykdom fanger oppmerksomheten. Åpenbart hadde han alle nødvendige forutsetninger for å gjennomleve et 15 måneder langt dødsleie med mening og verdighet; stoisk ro, fandanivoldskhet, ydmykhet, tvil og tro, sin snadde og sine toddyer. Han hadde ikke MR, stråleterapi eller cytostatika.

Sjelfredren i *Hasselnødder* lar seg knapt bortforklare – til tross for at ingen teknologi ga håp om noe som helst. Wergeland viser oss livet og døden som en meningsfull enhet. Han hever hodet, uten angst – og uten ett eneste virksomt medisinsk bidrag. Med moderne behandling hadde han neppe levd veldig mye lenger. Det er da man blir kjettersk og spør om våre prioriteinger ved håpløs sykdom

rekker til pasientens beste eller bare til vår egen selvsentrerte lek.

Ingeniørene har bygget viktige deler av samfunnet vi virker i. Å erkjenne et noe som er viktigere enn all teknologi og vitenskap er ikke lett. Et slikt noe er knapt fattbart for oss som ikke bare lever evig, men evig unge, inntil det motsatte helt overraskende blir bevist. Dødssyke pasienter forvirrer oss takket være et pervertet menneskeverd i vår kultur; de gir oss angsten vi ikke liker å møte. For i det lange perspektiv er vi i samme båt. Det stimulerer oss til konsentrasjon om noe annet, for eksempel teoretisk lek eller fotball.

Doktorskolen var en yrkesskole som formidlet trygge fasitsvar og målrettet effektivitet; vi trente endog på forhånd – for eksempel med mekanisk pugging av litteraturhistorie. Våre nye arbeidsgivere i helseforetakene setter pris på at mange av oss trives i ingeniørrollen. Den holder så lenge den tilfeldigvis støtter pasientenes verdighet.

For å bevege seg ut av målbarheten kreves tid, talent og mot. Når ikke lenger den effektive, men i

stedet den følsomme innsikt (med fortsatt vekt på *innsikt*) etterspørres, trengs en annen dyktighet. «Systemet» syns nok at denne greie saken forvaltes best og billigst av sykepleierkonsulentene. Hvor stiller hver enkelt av oss da? Litt av en nøtt.



Espen Huldt-Nystrøm



Sykehuslegers bierverv LOJALITET ELLER LIVEGENSKAP?

AV LARS EIKVAR

Under spesialistutdanningen er man på mange måter prisgitt arbeidsgiver og faglig overordnet. Å oppnå spesialistkompetanse betyr for de fleste leger frihet og selvstendighet i yrkeskarrieren; man får valgmuligheter. Ikke alle finner det naturlig eller ønskelig å fortsette legegjerningen på sykehus. Andre ønsker å utvide sykehusgjerningen med virksomhet som ikke kan gjennomføres der man er ansatt. Motivet kan være faglige ambisjoner om å utvide eller opprettholde visse faglige ferdigheter – eller bare et ønske om større aktivitet enn hos hovedarbeidsgiver.

Derfor har norske sykehusspesialister i flere generasjoner hatt erverv utenfor det sykehus hvor de måtte være tilsatt. Slik praksis er dypt rotfestet i legeyrkets tradisjoner, og henger blant annet sammen med legegjerningen som et av de frie yrker. I primærhelsetjenesten videreføres dette ved å kombinere selvstendig praksis med bierverv i offentlig stilling, som for eksempel tilsynslege på sykehjem

eller kommunelege I. Slik gjøres det også utenfor Norge. I Storbritannia har man beholdt tittelen «consultant» for spesialister ansatt på sykehus. I dette ligger en anerkjennelse av spesialistens uavhengige stilling.

Kombinerte arbeidsforhold har hatt ulike former. Fram til 1985 hadde norske sykehusleger rett til å drive privat poliklinikk på det sykehus de var ansatt. Ordningen hadde fordeler og ulemper – for alle involverte parter. Opphøret var i hovedsak motivert av politiske strømninger – og samfunnets ønske om større kontroll og styring. Både før og senere har kolleger dessuten drevet poliklinisk virksomhet utenfor sykehuset – alene eller i ulike former for gruppepraksis. Andre har regelmessig tatt korttidsvikariater på sykehus over hele Skandinavia. Uansett form og organisering, har spesialisters virksomhet utenfor eget sykehus gitt helt nødvendige bidrag til offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste.

Gjennom flere tiår har sykehuslegers bierverv hatt økende fokus. Arbeidsgiver har forsøkt å begrense våre muligheter for slik virksomhet. Begrunnelsene har vært krav om lojalitet til egen arbeidsgiver, bekymring for konkurranse med egen virksomhet, og redusert evne til å arbeide for hovedarbeidsgiver. Legeforenningen fant det nødvendig å utrede rettslige aspekter ved dette allerede i 1983; temaet har regelmessig vært framme både i media og i lokal dialog med arbeidsgivere. Lokale løsninger har ofte vært avgjørende for trivsel, eller for vilje til å tiltre eller fortsette i en stilling.

Enkelte kolleger har dessverre misbrukt biervervenes muligheter. Fortsatt oppdager vi sykehusleger som henviser pasienter fra sykehuset til egen poliklinikk. På bekostning av både pasientbehandling, arbeidsgiver og kolleger på egen avdeling, presterer også enkelte å presse seg til tjenesteplaner skreddersydd for sitt bierverv. Slike holdninger ødelegger ikke bare forholdet til arbeids-

giver, men skader interessene til norske sykehusleger generelt.

Forholdet til bierverv er omtalt i Lov om helsepersonell. Behovet for å lovregulere dette for akkurat helsearbeidere er egentlig ganske påfallende, men må nok forståes ut fra sin historiske sammenheng.

Vi er pålagt en betinget opplysningsplikt om våre bierverv til arbeidsgiver. Den enkelte lege skal i hvert tilfelle vurdere om biervervet vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser. Dette omfatter både bierverv, engasjementer, og eierinteresser m.v. Enkelte har ønsket et generelt forbud mot bierverv. Stortinget diskuterte forholdet på nytt våren 2005, og slo fast at man skulle holde seg til den tilnærming som ligger i Lov om helsepersonell.

Helseforetaksreformen har skjerpet arbeidsgivers oppmerksomhet på våre bierverv. Årsakene er flere. Samling av ansvaret for offentlig spesialisthelsetjeneste har

satt legenes «lojalitet» til egen arbeidsgiver i et nytt lys. Det er satt krav om konkurranseutsetting av en viss andel av våre tjenester. Samtidig er skillet fortsatt dårlig mellom eierskap og ansvar for bestillende og utførende enheter. Noe overordnet perspektiv på hvordan man henter mest mulig ut av tjenestenes samlede kapasitet, fins heller ikke. Legers bierverv gjøres slik til en enkel skyteskive. Inntoget av erfaringer og holdninger fra privat næringsliv har gjort arbeidsgivere mer fiendtlige og innskrenkende overfor våre bierverv enn før.

Det er påfallende hvordan man tilsynelatende lukker øynene for effekten av dette. Når leger kan nektes en hver form for bierverv, vil helseforetakene nærme seg monopol på å tilby enhver form for spesialisthelsetjeneste. Regionale helseforetak eier sykehusene, men skal samtidig forvalte avtalene med de privatpraktiserende spesialister – som før sykehusreformen drev utenfor offentlige sykehus. Privatpraktiserende spesialister blir derfor på sikt

tvunget inn i monopol. Resultatet er spesialistkompetanse på helseforetakenes vilkår; og spillets store taper blir pasienten.

Regionale helseforetak innfører nå nye og skjerpede krav til håndtering av sykehuslegers bierverv. Alle former for bierverv skal kartlegges, og kreves innrapportert. Men viktigst er fortsatt hvordan retningslinjene håndteres i det enkelte helseforetak. Arbeidsgiver kan ikke pålegge et generelt forbud mot bierverv. Det må fortsatt foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfelle. Det skal legges til grunn om biervervet vil kunne komme i konkurranse med arbeidsgivers egen virksomhet, eller om det svekker arbeidstakerens evne til å utføre hovedvervet. Ut over dette kan ikke arbeidsgiver styre hvordan ansatte, også leger, benytter sin fritid. Leger som opplever urimelig behandling må ta saken opp med sine tillitsvalgte. Legeforeningen har allerede engasjert seg med juridisk bistand til leger i flere helseforetak.

DRG – og det var...?

av Espen Huldt-Nystrøm

Diagnosenes betydning for sykehusenes inntjening er velkjent. Men den jevne overlegens kunnskap om dette vakler fortsatt mellom pressens innsiktsløshet og HF'enes budsjettpanikk. Våre administratorer krever «riktig koding», uten at vi helt formår å arrestere deres forvirrende forenkling av «riktig» og «galt». Og på nivåene over oss florerer mangelfull dialog mellom ulike aktører. Som en motvekt: Legeforeningen og helsebyråkratiet hadde sitt årlige DRG-treff, det tredje i rekken, på Soria Moria 30. og 31. mars. De Regionale helseforetak var invitert, men alle uteble.

Diagnosetsetting og koding

Grunnlaget for innsatsstyrt finansiering er diagnosene, vårt verktøy for prognose, behandling, og kartlegging av sykdom. Et medisinsk verktøy anvendes altså som økonomisk premisslegger. Koblingen er problematisk.

For å anvende diagnoser som økonomisk premiss, må de grupperes i statistiske kategorier. Dette er *koding*. I det man koder, har man i prinsippet forflyttet seg fra medisinen til statistikkens verden. ICD-10 er først og fremst en *kodeliste*. NCSP er en liste over kirurgiske prosedyrekoder. Flere kodeverk er på trappene, eksempelvis for medisinske prose-

dyrer, psykiatri, laboratoriefag og poliklinisk virksomhet. Disse primærkodeverkene har KITH ansvar for.

Skal koder omdannes til penger må de kostnadsberegnes. Innfløkt statistikk på store tall ender opp med en rekke «diagnoserelaterte grupper» (DRG) som vektes for gjennomsnittlig ressursanvendelse, og dermed for økonomisk kostnad og refusjon. Sekundærprosessene opereres av NPR/PaFi.

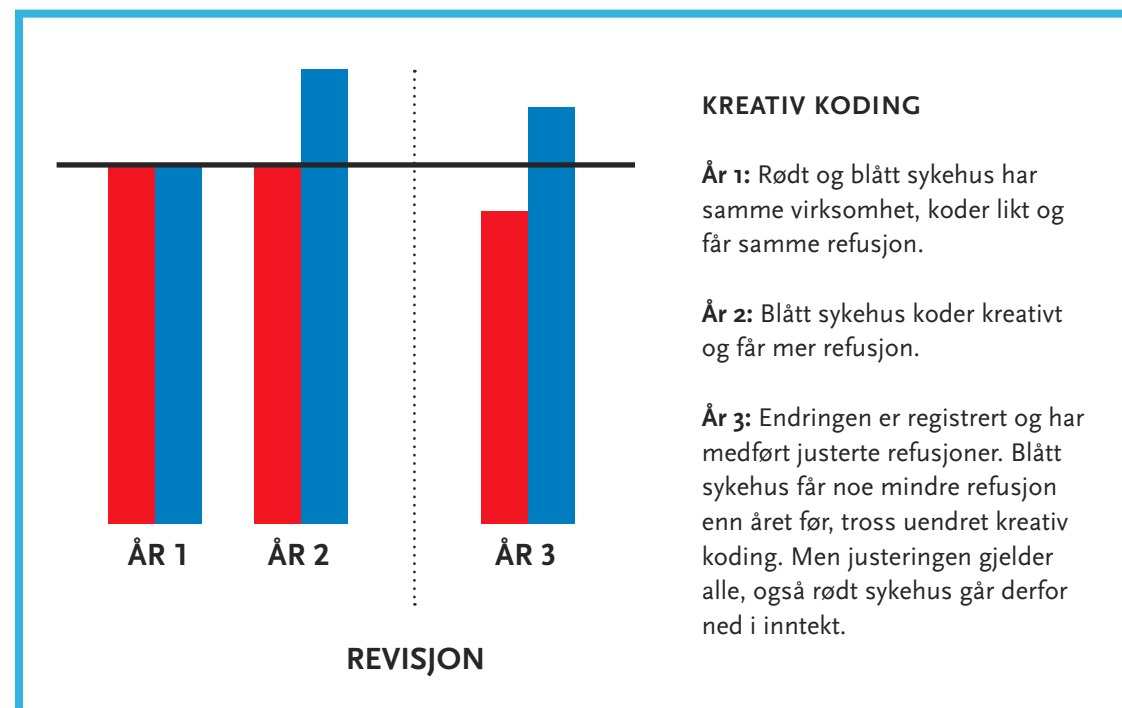
RHF'ene uteble

En akilleshæl

Et komplisert, fleksibelt system må evalueres løpende – en akilleshæl i ISF-arbeidet. Det tok to år fra «kodeskandalen» i Helse Sør, til det kom retningslinjer for de feilbrukte diagnoser. Ola Kindseth i NPR innrømmet mangelfull dialog mellom ulike aktører; problemet ble først grepet da det årlige seminar med Legeforeningen ble opprettet i 2003. Stortingets bevilgning i 2004 for å forbedre ISF-konseptet, ble gjort i lys av blant annet samhandlingens og tverrfaglighetens betydning.¹⁾

Helhet og kreativ koding.

Å skåre DRG-poeng genererer ikke friske penger; systemet fordeler bare den samme gamle potten. Det er dessuten designet for å fordele inntekt mellom helseregioner, men ikke mellom sykehus eller avdelinger. Øker noen sine DRG-poeng, rettmessig



eller ikke, medfører det at andre får mindre penger. Kreativ koding er å stjele fra noen – men det er ikke fra staten.

Diagnosetsetting er ikke koding. I det man koder, forflytter man seg fra medisinen til statistikkens verden.

Riktige diagnoser.

Legers interesse for diagnoser økte da ISF ble innført i 1997. Men konsensus om det kliniske innhold i den enkelte diagnose har vist seg skuffende liten, særlig blant lungemedisinere og neонатologer. Helsebyråkratiet inviterte i fjor disse fagmiljøene til å presisere diagnosebruken, og gode resultater for standardisering ble nå presentert. Et annet vanskelig fagfelt er revmatologi som har vært underfinansiert fordi byråkratiet ikke erkjente

moderne behandlingsformer. Også revmatologene ble invitert til samarbeid for å få samsvar mellom diagnoser og refusjon. Alle Legeforeningens spesialforeninger må nok etter hvert rydde sine bo, og presisere de diagnostiske nyanser.

Riktige koder.

Etter denne referents erfaring mener administrasjoner mye om inntjening – fortettet i trylleformularet «riktig koding». Det er passe ullent når kassen er tom og pressen står utenfor og sikler. Men seminaret belyste knapt konkrete utfordringer i grensesnittet mellom diagnose og kode. Både leger og administrasjoner forventer imidlertid at leger tar kodearbeidet som en naturlig del av diagnosetsettingen.

De av oss som koder forteller ofte at man under hånden pålegges å prioritere inntjening. I den andre grøfta kan det være enda verre, nemlig når dokumentasjonskulturen er svak mens kodeeksperter er merkantile og programmert på inntjening.

Helsebyråkratiet mener at regler for bruk av primærkodeverkene er gjort kjent nedover i fore-

TABELL 1: AKTØRER I OFFENTLIG FORVALTNING AV INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF).

Helse- og omsorgs-departementet	Departementet er bestiller av system for å finansiere spesialisthelsetjenestene
Sosial- og helse-direktoratet	Myndighetsorgan som legger grunnlag for, og påser at kodeverkene blir tatt i bruk og at HF'ene kan anvende dem på en faglig forsvarlig måte. Beslutter bruk og endring av kodeverk og klassifikasjoner.
Sintef HELSE	Del av Sintef som er en uavhengig stiftelse med 1300 ansatte. Sprunget ut av forskningsmiljøet rundt tidligere NTH i Trondheim (nå UNIT)
PaFi	Avdeling for pasientklassifisering og finansiering. Driver utvikling og vedlikehold av DRG-systemet. Forvalter sekundærkodeverk til kostnadsberegninger som bygger på DRG'ene. Analyser og driftsoppgaver knyttet til ISF
NPR	Norsk pasientregister – opererer sekundærkodeverkene sammen med PaFi
Avregnings-utvalget	Utvalg som vurderer om ISF-ordningens intensjoner oppfylles, og som gir råd til departementet.
Samdata	Utvikler og presenterer sammenlignbar statistikk og analyser som grunnlag for styring og planlegging av spesialisthelsetjenesten.
KITH	Aksjeselskap eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Skal fremme samordnet innføring og anvendelse av informasjonsteknologi i helsevesenet. Standardisering og kravspesifisering er hovedoppgaver. Kith har også ansvar for primærkodeverkene ICD-10 og NCSP

takene. PaFi's DRG-brosjyre som oppdateres årlig skal være kodernes praktiske støtte. Den er på 60 sider og ligger på nettet (www.drginfo.info), men er ukjent for de fleste av oss, og trolig også for våre arbeidsgivere. Herværende referent blir veldig usikker på arbeidsgivers innsikt og legers tiltenkte rolle i dette.

Profesjonelle merkantile kodere

Olafr Steinum og Gunnar Henriksson viste til sine prosjekter i Sverige: De mente at det var umulig å få leger til å samarbeide om koding, og at det dessuten var spilt legetid. Dernest påviste de en pinlig variasjon i diagnosebruk leger imellom. Så lærte de opp legesekretærer til å kode på grunnlag av hva leger skrev i epikrisene. Man oppnådde da konsistent kodebruk, og flere koder kom med fordi sekretærene kontrollerte at legene fikk med alt. All endring av diagnoser skjedde etter konferanse med legene,

og på deres premisser. Et viktig poeng var kurset i etikk for å sikre at sekretærene ikke ble administrasjonenes løpejenter.

Sverige satser på profesjonelle merkantile kodere. I Norge er vi bekymret for faglighetens rolle, og vil kode selv.

Men våre spesialister i salen syntes det virket ulogisk å møte sprikende diagnosebruk med en skare legesekretærer, kursede eller ikke. Man kan tvile på logikken i at sekretærer som tolker knappe journaltekster og epikriser gir reelt bedre kodekvalitet. Å



Fra venstre: Audun Fredriksen, Ola Kindseth, Trude Mathiesen og Jon Lunde

spesialisere en ny yrkesgruppe for å plukke fram stilte diagnoser og putte dem i bokser, er knapt rasjonelt; koding burde være en smal sak for leger når de likevel er i gang med epikrisen. En burde kunne begrunne hvorfor leger ikke er vanskeligere å lære opp enn legesekretærer.

Vår bekymring gjaldt likevel mest faglighetens rolle. Alle kjenner foretakenes økonomifokus. Sykehusreformen er for lengst vurdert å mangle faglig innhold. Debatten om blodtrykksbehandling, der helsebyråkratiet ønsker å overstyre spesialister, viser at fagligheten står under press. Grensesnittet mellom diagnose og kode er fortsatt uklart; muligheten til å bli fratatt myndighet over diagnosene ble oppfattet som truende. Vi svekker dessuten vår troverdighet ved å fraskrive oss ansvar rundt diagnosebruk.

Leger skal kode!

Tilstedeværende norske spesialister var enige: Koder henger sterkt sammen med diagnoser, leger bør derfor også sette koder. Kompetanse kan enkelt gis i grunnopplæringen, for eksempel i turnustiden. Kode- og diagnosekunnskap bør bli et formelt kompetansekrav for leger, vi er neppe mer ressurskrevende enn legesekretærene å lære opp. Forbedring av legers dokumentasjonspraksis må gjøres uansett hvem som skal kode. Legeforeningen bør støtte fagmiljøene i dette.¹⁾

¹⁾ Det skal tilføyes at Dnlf's generalsekretær (personlig meddelelse) har støttet koding som et medisinsk anliggende i senere møter med Sintef-Helse. Samtidig adresserte han byråkratiets fortsatt manglende evne til å forholde seg til endringsbehov i DRG-systemet.

VISSTE DU OM LEGEFORENINGENS STØTTETILBUD?

av Hege Saltnes, overlege, Psykiatrien i Vestfold

Fra 1992 har Legeforeningen hatt tilbud om kollegial støtte for leger. Ordningen koordineres av et helse- og omsorgsutvalg. For tiden ledes utvalget av Inger Størmer Thaulow. Øvrige medlemmer er Erik Falkum, Tone Broch Sparr og Øystein Melbø

Christiansen. Dette helse- og omsorgsarbeidet består i hovedsak av fire tilbud. De fire tilbudene er lege-for-lege ordningen, støttegruppevirksomheten, seniorseminarer og tilbudet om kurs og rådgivning på Villa Sana.

Lege-for-lege ordningen

Lege-for-lege ordningen ble opprettet som følge av at leger har høy terskel for å oppsøke helsetjenester. Nesten alle fylker har etablert ordningen, og det er erfarne allmennpraktikere som er lege-leger. De kursene særlig for å yte best mulig service til kolleger.

Erfaringer med ordningen er forskjellig fra fylke til fylke. Etter at fastlegeordningen ble innført diskuteres det noen steder å legge ned hele ordningen, mens andre fylker fortsatt har som målsetning å opprette den.

Lege-for-lege kan være fastlege. Som supplement til fastlegen brukes ordningen hvis sensitive forhold skal ivaretaes, eksempelvis i fylker med store avstander og få leger, hvor tett samarbeid til daglig kan gjøre at særlig følsomme temaer ivaretaes bedre av en lege-for-lege.

Ordningen er aldri skikkelig evaluert, men helse- og omsorgsutvalget ønsker å få den vurdert.

Støttegruppevirksomheten

Støttegruppevirksomheten finnes i alle fylker og er definert som kollegastøtte. Tilbudet benyttes oftest i vanskelige livssituasjoner med sykdom, utbrenthet, personlige kriser, misbruksproblemer, samarbeidskonflikter eller når leger i en eller annen sammenheng har kommet på kant med loven.

Det føres ikke journal fra samtaler og det utføres ikke vanlig legearbeid. Hvis det kreves flere enn tre kontakter, sykemelding, medikasjon eller annet henvises dette til fastlegen eller lege-for-lege ordningen. «Litt hjelp i tide» er talende for hvordan støttekollegene ønsker å hjelpe kolleger. Tanken er at litt hjelp i tidlig fase kan forebygge senere større behov.

Kontakt med en støttekollega kan opprettes på ulike måter. Enten tar legen selv kontakt, en kollega tar kontakt og melder bekymring, eller en pårørende henvender seg. Ofte tar støttekollegene kontakt direkte hvis de får opplysninger om at noe vanskelig har skjedd. De siste årene har aktiviteten i støtte-



Inger Størmer Thaulow



Hege Saltnes

gruppene syntes synkende, det er tatt til inntekt for at lege-for-lege ordningen, fastlegeordningen og generell støtte blant kolleger er bedret mange steder. En annen forklaring kan være at ordningen faktisk er lite kjent blant Legeforeningens medlemmer.

Seniorseminarer

Seniorseminarene arrangeres en gang årlig – alle leger som fyller 65 år inviteres til en tre-dagers samling med fokus på å forberede overgangen til pensjonistenes rekke.

Villa Sana

Villa Sana er et kurs- og rådgivningstilbud som leger og nærmeste pårørende kan benytte når de trenger det; Legeforeningen og Modum Bad samarbeider om driften av dette ressurscenteret. Siden senteret startet i 1998 har ca 670 leger vært der på rådgivning, kurs eller begge deler.

Villa Sana gir et tilbud til leger som trenger hjelp og støtte i kriser, som har vansker med å klare ar-

beidet som lege, eller som står ved en korsvei i livet. Senteret skal gi hjelp til selvhjelp for å forebygge utbrenthet og psykisk sykdom som angst og depresjon.

Kursene varer fem dager. De inneholder foredrag, diskusjoner og samtaler om legens hverdag og hvordan legen kan hjelpe seg selv og andre i vanskelige livssituasjoner. Samtidig legges det vekt på fysisk aktivitet, sosialt samvær, kultur og god mat.

Individuell rådgivning foregår en eller to dager og består av samtaler med psykiater og andre. Mange kommer først til individuell rådgivning; senere kommer de tilbake for å delta på kurs.

Veiviser til tilbudene

Hvis noen av tilbudene er interessante for deg går du til Legeforeningens hjemmeside. Klikk deg inn på «medlem» og videre inn på «medlemstilbud». Der vil du finne kontaktinformasjon med navn og telefonnummer.



Karin Rø innledet sin presentasjon med å uttrykke dyp respekt for møtet med den enkelte som kommer til Villa Sana. Hun reflekterte over hvordan målinger og tabellariske presentasjoner fjerner nærheten til hva saken egentlig gjelder: Sterke personlige møter. Som illustrasjon på denne undringen brukte hun et dikt av Hilchen Sommerschild. Diktet gjen-gies med tillatelse fra forfatteren.

EVALUERING

Hvis du vil gjøre målinger så kan du måle nesar. Den er litt lang på svenskene og kort på en kineser. Men vil du gjøre målinger på gleden i et sinn, så kan du ikke måle for du kommer ikke inn. Du kan nok komme uten mål, for det kan hjertet tåle, men når du først er kommet inn så kan du ikke måle.

LITT HJELP I TIDE

av Hege Saltnes

Støttekollegene i Legeforeningen har en årlig samling. Årets gikk av stabelen på Soria Moria i januar. Invitert foredragsholder var Karin Rø, spesialist i arbeidsmedisin. Rø arbeider på Villa Sana med rådgivning og kursvirk-somhet. I tillegg har hun hovedansvar for en evaluering som vil være en del av grunnlaget når Legeforeningen skal vurdere sitt videre engasjement i Villa Sanas drift. Under samlingen la hun fram foreløpige resultater fra evalueringsstudien, som ikke er avsluttet. Hege Saltnes traff henne under møtet.

Fakta

Hvem oppsøker Villa Sana, Karin Rø?

Gjennomsnittsalderen på legene som oppsøker Villa Sana er 47 år. 20 % er enslige. 40 % bringer med seg partneren, 60 % kommer alene. 25 % er lege-lege par; rådgivning for par er økende. Spesialister er i overvekt, og det er overvekt av kvinner sett i forhold til kvinneandelen av norske leger.

De som kommer til Villa Sana har høyt lidelsestrykk og stor stressbelastning

Høy forekomst av angst og depresjonssymptomer

Hva gjør at legene oppsøker Villa Sana?

Hovedårsaken hos 75 % av dem som oppsøker oss, er vansker knyttet til helse og livskvalitet. Legene føler seg slitne og utbrente og har ofte problemer i forhold til sine nærmeste. Veldig mange sier ved innkomsten at de ikke lenger orker å ha det som de har hatt det. De som kommer til Villa Sana har et høyt lidelsestrykk og stor stressbelastning som gir utslag i objektive tester. Og de har faktisk høyere forekomst av angst og depresjonssymptomer enn pasientene som legges inn på Modum til behandling. Mange ville oppfylt kriteriene for diagnoser etter ICD-10. Men overfor leger som kommer til oss forholder vi oss til livet, og bruker ikke diagnoser.

Summen av alt

Hvorfor havner leger i slike utføre?

Mitt inntrykk er at summen av alt får dem til å miste gløden. Overgangen til Helseforetak har for noen medført betydelige endringer. Tidligere veldefinerte roller som faglige ledere er blitt til noe annet. Nå preges hverdagen av økonomi og debatter om sammenslåing.

Veldefinerte roller som faglige ledere er blitt til noe annet...

Siden egne krav til faglig kvalitet ikke lenger er i samsvar med de muligheter rammebetingelsene gir, strever mange for å finne et akseptabelt forhold mellom økonomi og faglig forsvarlighet. Under dette presset henger ansvarsområdene ofte ikke sammen. Legene som kommer til oss snakker mye om dette.

Føler legene at de står alene?

Mange opplever liten støtte i systemet; det er manglende veiledning og mange opplever ensomhet. Følelsen av å være utilstrekkelig og alene går igjen. Et beslektet problem er knyttet til yrkesidentitet. Noen spør seg selv om det er riktig å fortsette som lege. Andre ønsker veiledning i forhold til om spesialiteten de har valgt, virkelig er den rette for dem.

Mange har i tillegg store arbeidsbyrder i travle privatliv. Over halvparten av dem som kommer til oss oppgir at de strever med sine private relasjoner.

..mange (strever) for å finne et akseptabelt forhold mellom økonomi og faglig forsvarlighet. Under dette presset henger ansvarsområdene ofte ikke sammen.

Hva med kollegene fra primærhelsetjenesten?

Allmennpraktikere som kommer til Villa Sana snakker ofte om stor arbeidsbelastning, ikke minst i forhold til papirarbeid man

ikke kommer å jour med. Over tid er dette et et belastende press. Også almenpraktikere kan føle seg i en ensom posisjon; manglende veiledning, ingen å snakke med og vanskelig å finne balansen mellom arbeid og familie. For enkelte er det problematisk med begrenset mulighet for endring eller tilpasning av fastlegelister og ansvar for «egne» listepasienter.

Effekten av et opphold på Villa Sana

Hva gjør et opphold på Villa Sana for helsen til dem som har vært der?

Generelt ser det ut som om legene har det bedre; de er mer fornøyde med sin jobbsituasjon og med tilværelsen generelt. Scoring av opplevd jobbstress synker markert. Og det skjer store endringer i det subjektive lidelsestrykket. Ikke minst er depresjons- og angstmålingene betydelig redusert. Både fra dem som bare har vært til rådgivning og dem som har vært på kurs, er tilbakemeldingene at det var nyttig.

Hva skjer i tiden etter oppholdet?

Endringene holder seg i ettårs oppfølgingen. Men effekten av oppholdet isolert sett kan være vanskelig å vurdere, fordi resultatet knapt kan skilles fra følgene av den igangsatte prosess. En av de mer synlige effekter er at mange følger opp med terapi; mens 25 % hadde kontakt med en terapeut ved oppholdets start, hadde 70 % terapeutkontakt etterpå.

Som en sluttkommentar ønsker Rø å understreke at hun her har gitt en foreløpig presentasjon. Det vil komme flere resultater fra studien etter hvert.

EPJ i en steinalderkultur

av Gisle Roksund

Er utviklingen av EPJ i sykehus bevisstløst overlatt til IT-konsulentene, vår egen dårlige fantasi og manglende engasjement? En kan begynne å lure. Og hvis dette er gjennomsnitt av Sykehusnorge: Hvor er tilsynsmyndighetene?

Undertegnede har arbeidet i norsk allmennmedisin i over 25 år. I vinter oppdaterte jeg kunnskapene ved å vikariere på vårt lokale sykehus. Det var nyttig på mange måter; takk skal alle gode kolleger ha for masser av gode råd og vink!

Men EDB-verdenen på sykehuset sjokkerte meg. Man sies å ligge langt fremme i utviklingen av elektroniske løsninger: IMX lege, diktering via PC, bildediagnostikk på PACS, samt elektronisk overføring av epikriser og lab.svar til primærlegene. Men for en steinalder likevel! Fortsatt er «Journalen» en papirhaug med strikk rundt.

Diktering av inntakstjournal og løpende journalnotater skjer til en flat elektronisk journal som raskt blir uoversiktlig. Tidligere behandling og sykdommer dikteres om igjen for hver innleggelse, vanligvis med utgangspunkt i den forrige. Dersom det dikteres feil om tidligere sykdommer på ett sted, vil denne feilen med stor

sannsynlighet henge ved fremtidige journaler, og ved epikriser. Det er ingen fast modul for oversikt over tidligere sykdommer og behandlinger.

Løpende endring av medikasjon under innleggelse foregår ved at legen skriver med penn av én farge. Sykepleier overfører hver uke all medisiner til ny ukekardex – med penn av en annen farge. Postlegen kontrollerer og signerer på hvert medikament for hver pasient for hver dag. Altså en ny, håndskrevet original hver uke! Hva slags sikkerhet ligger i dette? Det *må* skje feil! Etter min oppfatning må elektronisk pasientjournal inneholde en medikamentmodul som bare legen

Lag et opprør for å gjøre EPJ til det arbeidsverktøyet som det bør være for sykehusleger!

kan forordne gjennom. Men ansvarlig sykepleier må ha mulighet for utskrift når medikamentene skal administreres.

Håndskrevet sykepleierkardex og pleierapport er fortsatt arena for rekvirering av prøver. Men elektronisk svar føres direkte inn i elektronisk journal uten melding

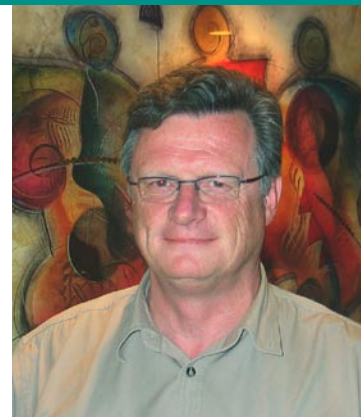
til, eller kvittering fra rekvirerende lege. Dersom pasienten er skrevet ut fra sykehuset før svar foreligger, eksisterer ingen som helst sikkerhet for at rekvirerende leger ser resultatet. Hvor mange pasienter er utskrevet fra norske sykehus uten at noen lege har registrert deres patologiske prøvesvar?

Hvor er tilsynsmyndighetene?

Ved utskrivelser må postlegen først samle sammen papirjournal og kardex. Siste versjon av håndskrevet medikamentoversikt må letes fram. «Foreløpig» epikrise, eller tilsvarende, må håndskrives eller testes inn – inkludert hvert medikament pasienten skal bruke. Deretter håndskrives eller testes de nødvendige resepter, altså hvert medikament – på nytt. Når fullstendig epikrise skal dikteres, blir de samme medikamenter igjen diktert eller tastet.

Altså: Tre ganger må legen skrive eller diktere medikamenter som skal brukes etter utskrivelsen! Både sikkerhet og arbeidssituasjon skulle i stedet tilsi et automatisk uttrekk fra en medikamentmodul i journalen.

Så derfor, gode kolleger: Hva i all verden er det med norske sykehusleger som godtar slike arbeids-



*Gisle Roksund
Spes. i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Tidligere blant annet kommunelege og helsesjef i Skien. Nå fastlege ved Klosterhagen legesenter. Leder i prosedyregruppa for primærleger i Telemark siden 1989. Leder i Norsk selskap for allmennmedisin, NSAM.*

forhold og manglende sikkerhetsrutiner? Skyldes det EDB-neglekt etter tiår med diktafon – en kollektiv fingerparese der eneste fungerende finger er tommelen?

Kontrasten er stor til norsk allmennmedisin. Her er elektronisk pasientjournal mye bedre utviklet – med stor innsats fra kollegiet – til et helt sentralt verktøy for alt som gjøres, med faste oversikter over alle journalens kapitler. Fortsatt er den i utvikling her – utformet med leger og for leger etter et betydelig påtrykk fra oss selv gjennom mange år – for å bli et stadig mer rasjonelt verktøy fritt for gjentatte og unødvendige arbeidsoperasjoner.

Kom og se! Og lag et opprør for å få elektronisk pasientjournal til å bli det arbeidsverktøy for sykehusleger som den bør være.

PROGRAM FOR SEMINAR I AVDELINGSLEDELSE

8. -9. november 2005.

Soria Moria kurs- og konferansesenter.

TIRSDAG 8. NOVEMBER 2005.

- 17.30-18.00 Registrering/kaffe.
- 18.00-18.05 Åpning v/ leder i Ofs lederutvalg Einar S. Hysing.
- 18.05-20.30 Organisering av spesialisthelsetjenesten i Oslo og konsekvensene for kvaliteten på helsetilbudet landet forøvrig. Innledninger ved 3 direktører fra regionale helseforetak. Plenumsdiskusjon.
- 20.30 Middag.

ONSDAG 9. NOVEMBER 2005.

- 08.30-10.30 Utøvelse av avdelingslederrollen – forholdet til styringsretten med utgangspunkt i :
• avtaleverk v/jurist
• personalpolitikk v/ personalleder
• fagledelse v/ avdelingsoverlege
- kvalitet i spesialistutdanningen v/representant fra Ylf
- Plenumsdiskusjon.
- 10.30-11.00 Kaffepause/utsjekking av rom.
- 11.00-12.00 Kvalitet i lederrollen. v/profilert leder
- 12.00-13.00 Lunch
- 13.00-15.00 Økonomi og kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Innlegg ved representanter for
• Eier
• Helsetilsyn
• Sykehusledelse
• Avdelingsledelse
- Plenumsdiskusjon.
- 15.00-15.15 Oppsummering/avslutning.

Misforståelser om Evidence Based Medicine

av Espen Huldt-Nystrøm

I forrige nummer av Overlegen ble evidensbasert (kunnskapsbasert) medisin (EBM) kritisert i skarpe ordelag av dr. med. Arne Høiseth. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, en nykommer i norsk helsebyråkrati, var på ingen måte unntatt fra kritikken. John-Arne Røttingen er direktør for Kunnskapscenteret og svarer her på kritikken.

Du fikk en grusom salve i Overlegen 2005no1, Røttingen. Jeg syns Høiseths innspill var interessant, men uklart. Kunnskapssenteret ble etablert for vel et år siden og virker i skjæringspunktet mellom mange aktører – klinikk, akademi, myndigheter og industri. Myter og skinnuenigheter oppstår lett i et slikt operasjonsfelt. Vår metode er å oppsummere vitenskapelige resultater. Vårt mål er at behandlere skal benytte forskningsbasert kunnskap som grunnlag for beslutning. Teoretisk basis, samt våre metoder og arbeidsform må tåle løpende vurdering. Kritiske røster som Høiseths er altså ønskelige; de bidrar til synlig evaluering av våre mål og tjenester.

Så da tar du kritikken med ro?

Nei, tvert imot. Den viser behov for avklaringer. Rundt vår virksomhet bør det foregå mange diskusjoner, jeg deler dem i tre hovedgrupper.

Viktigst er diskusjonen om hva kunnskap er. Her har Høiseth oppfatninger på våre vegne som ikke er riktige. Så har vi en debatt om Kunnskapscenterets risiko for avhengighet; vi kan mistenkes for å være løpegutter for både fagmiljøer, politikere, kommersielle interesser og myndigheter. Høiseth er særlig bekymret for sistnevnte alternativ.

Et tredje fokus for debatt er ulikheter mellom behandlingsprofesjoner. I medisinske disipliner er metodene ofte basert på likhet mellom pasienter: Hva er generelt for en pasientgruppe, og hvilke tiltak er effektive for denne gruppen? Men for pleie- og omsorgsfag er det ofte viktig å forstå pasienters forskjellighet; hvordan individuelle behov dekkes. Perspektivet er selvfølgelig også viktig for legers forhold til enkeltindivider.

Da ser leserne fram til din utdypende kortversjon av hva som er kunnskap, og hva som er kunnskapsbasert.

Kunnskap er all erfaring og teori som man tror er sann. Kunnskapsbasert praksis, «Evidence based

Evidence based medicine er å integrere et tydelig empirisk beslutningsgrunnlag med kliniske erfaringer.

medicine», er både å tydeliggjøre empirisk grunnlag for beslutninger, og å integrere det med kliniske erfaringer og med egne og pasienters verdinormer. Kunnskap er ikke absolutt, alle vet at den endrer seg, til dels hurtig. Vi forsker for å kunne redusere sjansen for å ta feil – for å oppdatere den sunne fornuft, så å si.

Administratorer med høyskolekompetanse får stjerneøyne ved tanken på at alt får sin definerte plass, bare EMB gjør sin inntreden i systemet.

I så fall gjenstår det noe folkeopplysning. EBM gir ingen fasitsvar, og er ikke et verktøy til å bestemme hvor skapet skal stå. EBM er en metodetilnærming som skal støtte praksis, men som ikke kan definere den.

Dette virker ydmykt nok. Hvorfor kritiseres dere så hardt? Si det. Vår nye institusjon er en fusjon av tre etablerte miljøer og kan derfor oppfattes som både truende og utydelig. Viktigere er nok at adjektivet *kunnskapsbasert* kan anvendes i mange sammenhenger. En kan tenke seg kunnskapsbasert *ideologi*, *praksis*, *virksomhetsfelt*, eller *beslutning*. Uten eksplisitt avklaring av sammenhengen, havner man i skinndiskusjoner.

Du sikter til kritikken av at bare en håndfull artikler blant 10 000 om MR, var randomiserte og dermed egnet som beslutningsgrunnlag?

Ja, dette må være en klassisk skinnuenighet. Jeg støtter Høiseth på at også de 10 000 skal ha betydning for praksis. Kunnskapen bygges av utallige forskningsresultater, sten for sten. Gullstandard for å evaluere spørsmål om effekt er randomiserte kontrollerte studier, men metoden har ikke enerett på betegnelsen kunnskap.

Er det uproblematisk at statistikere opphøyes til kliniske eksperter i kraft av kompetanse på tallenes tale?

Oppfatningen er gal. Kunnskapscenteret har aldri ment at oppsummert forskning er svaret på hva

EBM gir ingen fasitsvar, men er en metodetilnærming som støtter praksis, uten å kunne definere den.

man faktisk skal gjøre. Tiltak som velges er, og skal være, en syntese av et empirisk grunnlag og et skjønn – som hviler på fagfolks kliniske erfaring, pasientens individualitet og rådende kultur. Du må absolutt skrive at vi anerkjenner skjønn i klinisk praksis. Men slik som vi anerkjenner skjønn som en relevant del



John-Arne Røttingen

av praksis, må klinikerne akseptere tallenes tale. Vi trenger naturligvis en gjensidig ydmykhet.

Hva med diskusjonen om tiazider i hypertensjonsbehandling, der helsebyråkratiet i vinter prøvde å tre en behandlingsmetode ned over hodet på fagmiljøene?

Kunnskapscenteret var verken delaktig i beslutningen eller i forarbeidet. Saken startet i departementet, motivert av kostnadene til antihypertensiva. Beslutningen kom nok vel raskt og manglet noe diskusjon i forkant. Nå gjør Kunnskapscenteret i ettertid en evaluering av forskningen på området; vi samarbeider med en rekke sentrale fagpersoner. I neste omgang vil Sosial- og helsedirektoratet utarbeide nasjonale retningslinjer – fortsatt i samarbeid med fagmiljøene.

Hvem plukker ut eksperthjelpen dere trenger?

Våre utredninger gjøres ofte i samarbeid med norske eller internasjonale fagmiljøer; vi velger selv hvem som skal delta og tilsikter bredde i utredningsgruppen. Senteret har et Vitenskapelig råd og etablerer nå et «fagfellepanel»; vi benytter dem for å sette sammen utredningsgruppene.

Blir senterets uavhengighet troverdig når dere selv styrer dette?

Det vil alltid kunne sås tvil om troverdigheten. Inn-til organisasjonen har vist hva den står for, må vi nok leve med enkeltes angst for at vi kan ha skjulte bånd hit eller dit. Kanskje frykten kan lindres ved å vite at vår uavhengighet blir synlig når våre vurderinger ikke stemmer med beslutningene som tas. Sånn sett er det et suksesskriterium å få uenigheter fram i offentlighetens søkelys, vi håper på et par slike saker i året.

Hvordan kan vi titte dere i kortene i en gitt sak?

Alle våre vurderinger legges ut på nett, med fritt innsyn. Adressen er www.kunnskapssenteret.no. Alle våre rapporter skal vise hvordan vi har løst oppgaven; enhver skal kunne etterprøve og kritisere oss.

Du erkjenner skjønn som del av et nødvendig beslutningsgrunnlag i klinisk medisin. Hvor får myndighe-

Evidensbasert kunnskap har ikke enerett på betegnelsen kunnskap.

tene kontakt med fagfolks erfaring og pasienters individualitet når Kunnskapssenteret har gjort sitt?

Få av myndighetenes utallige beslutninger forutgå av en utredning fra oss. Men særlig ved utvikling av nasjonale retningslinjer vil vi bli brukt. Oftest vil da SHD benytte en bredt sammensatt gruppe som vurderer vår oppsummering sammen med annen kunnskap og erfaring. I en slik sammenheng blir Kunnskapssenteret kanskje helst en fasilitator for kontakt med dem som forvalter skjønnet.

Hvordan hindrer du myndighetene i å anvende senterets resultater som Fandens bibelsitater?

Skal dette betraktes teologisk, er jeg talsmann for helhet og intensjon: Vi må sørge for å legge fram hele teksten, lage gode sammendrag og påpeke misvisende bruk av vårt arbeid om det dukker opp.

Dere sorterer under Sosial- og helsedirektoratet (SHD). Her må det ligge muligheter for at svarene dere gir er forhåndsbestilte?

Vår virksomhet må styres på overordnet nivå, vårt samfunnsoppdrag kommer, som du sier, via SHD. Vi er underlagt dem, og ikke departementet; en akse mellom helsetjenestenes politiske utforming og Kunnskapssenteret ville virkelig være betenkelig. Formelt er vi et organ uten myndighetsfunksjon og beslutningsmakt. I våre statutter defineres vi som faglig uavhengige, vi kan ikke overstyres i faglige spørsmål og kan fritt offentliggjøre alle våre resultater. Vi skal verken tale myndighetenes eller enkelte fagmiljøers sak. Og vi er rammefinansiert via Stortingets budsjettprosess.

Foregår det en kamp mellom samfunnets fagansvarlige og økonomiansvarlige om eierskapet til fagligheten i norsk medisin?

Jeg ser ingen kamp. Men det pågår et kontinuerlig strev for å få mest mulig ut av de ressurser samfunnet er villig til å bruke på helse. Alle aktører i dette, også de faglige, må fremstå tydelig med sitt. Her må fagmiljøene selv ta ansvar – gjerne i samarbeid med offentlige institusjoner som vår.

Vi må gå ut fra at Høiseth's skepsis kan ha en viss utbredelse. Hva har du tenkt å gjøre med den?

Vi har utvilsomt unnlattelsessynder når det gjelder informasjon, den kunne hatt både større volum og bedre pedagogisk innhold. Vi er nødt til å være tydelige på hva vi gjør – og på hva vi ikke gjør. Og vi ønsker å delta i både offentlig og organisert debatt når tema er kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbedring og vår rolle i dette.

Men vi har verken kapasitet eller ressurser til kampanjer og dyre informasjonsbyråer. Så jeg håper kritikere der ute fortsetter å utfordre oss. Vi setter naturligvis pris på å bli kontaktet av dem som føler at vi «ikke er på plass», slik at debatten kan fokusere det som bør diskuteres, i stedet for skinnuenigheter. I stor grad må vi fortsatt møte kritikk ad hoc, slik som nå. Så vi er glade for spalteplassen.

Vel bekomme!

Helsinkideklarasjonen

– forskningsetikken si grunnlov

av Reidun Førde

Helsinkideklarasjonen, er eit av dei viktigaste etikk-arbeida som legeorganisasjonar har stått bak. Den er resultat av handlingar som bryt med alle legeetiske ideal, utført av legar i forskningssammenheng under andre verdskrigen. Det er grunn til å tru at dei var engasjerte vitskapsfolk eller idealistar, men med eit innskrenka perspektiv.

Nürnbergkodeksen frå 1947 slo fast den individuelle legen sitt personlege ansvar for å hindre overgrep mot forsøkspersonar og å sikre informert og frivillig ansvar før forskning kan finne stad. Helsinkideklarasjonen vart vedteken 1964, var utarbeidd av Word Medical Association og spring ut av Nürnbergkodeksen.

Etiske deklarasjonar hindrer ikkje overtramp. Men arbeidet med dokumenta gir viktige signal; etiske reglar som støvar ned i ei skuff, har liten verdi.

Dei nordiske landa, her i mellom Erik Enger frå Noreg, var mellom hovudbidragsytarane. Deklarasjonen er revidert mange gonger, seinast i 2004.

Medan Nürnbergkodeksen omtala forskning på friske forsøkspersonar, omtalar Helsinkideklarasjonen også forskning på pasientar. Den legg særleg stort ansvar på legen, og framhevar vanskan med å hente inn eit frivillig informert samtykke når forskaren også har behandlingsansvar overfor forsøkspersonen. Deklarasjonen slår fast absolutte prinsipp ved at omsyn til forsøkspersonane alltid

Den gamle medisinske etikken var ikkje eit effektivt hinder mot at legar utførte bestialske overgrep

skal gå framfor vitskapen og samfunnet sine interesser, og at medisinsk forskning skal vere underlagt etiske standardar som fremjar respekt for alle menneske og vernar om helsa og rettane deira.

Kva har Helsinkideklarasjonen betydd?

Profesjonsetikken kan lastast for at den kjem haltande etter, når andre enn legar har avslørt uakseptabel medisinsk praksis (1). Samrøre mellom legar og legemiddelindustri er eksempel på dette. Men gjennom Helsinkide-

klarasjonen har legane sjølve gjort eit viktig arbeid då det synt seg at den gamle medisinske etikken

Den moderne medisinske etikken kviler på forskningsetikken.

ikkje hadde hindra legar i å utføre bestialske overgrep mot dei svake. Legar gjekk, på tvers av landegrensar, saman i eit stort arbeid som har vart over mange tiår. Deklarasjonen er forskningsetikken si grunnlov og har vore styrande for andre yrkesgrupper enn legar (2). Ingen som driv forskning kjem i dag utanom denne.

Mange legar opplever nok at forskningsetiske reguleringar legg unødige band på forskinga. Det er også tankevekkande at det, trass i Helsinkideklarasjonen, har vore utført etiske uakseptable medisinske eksperiment på svake grupper som fangar og psykisk utviklingshemma langt ut på 70-talet (3). Det er derfor ingen tvil om at forskingsregulering er nødvendig, både med omsyn til intern sjølvjustis og krav frå samfunnet rundt. *Frivillig informert samtykke* og viktige menneskerettar som *respekt for autonomi og individet sin integritet*, står altså sentralt i Helsinkideklarasjonen. Den moderne

medisinske etikken kviler på forskningsetikken. Gjennom dette har Helsinkideklarasjonen også hatt ringverknader inn i klinisk medisin (4). Prinsippa i deklarasjonen har seinare vore bygd inn i lovgiving i mange land, også vårt eige.

I 1975 slo Verdas legeforening fast at forskingsprosjekt, før dei blei gjennomførte, måtte leggest fram til gransking, uttale og rett-leiing av ein uavhengig komite (3). Dette var kimen til dei regionale forskningsetiske komiteane som først kom i gang her til lands på siste halvdel av 80-talet. I dag er dette komitesystemet heilt sentralt i den forskningsetiske reguleringa, og i deira arbeid er Helsinkideklarasjonen framleis eit sentralt dokument (3).

Stadig nye endringar

I siste halvdel av 90-talet blei det gjort framlegg om omfattande endringar i Helsinkideklarasjonen. Det gjekk føre seg ei lang og dramatisk tautrekking, blant anna om i kva grad ein skulle operere med absolutte krav til vern av forsøkspersonar i fattige land. I den revisjonen som blei vedteken i 2000 måtte ei gruppe leia av amerikanarane og sterke krefter frå den farmasøytiske industrien gi tapt mot argument som kom særleg sterkt frå den fattige delen av verda (5). Også den norske legeforeninga støtta eit særleg vern mot utbytting av svake forsøkspersonar. Den nye versjonen gir eit endå sterkare vern til svake grupper enn den gamle, men opnar for nødvendig forskning på grupper som sjølv ikkje kan gi eit informert samtykke, som barn og



Reidun Førde

psykiske utviklingshemma. Vilka-ret er at det er sannsynleg at for-skinga vil komme nettopp denne gruppa til gode, og at den ikkje i staden kan utførast på grupper som fyller krav til å kunne gi eit informert samtykke. Vidare vart skiljet mellom klinisk og ikkje-klinisk forskning oppheva; begge formene utset pasienten for ein viss risiko, og ingen kan love at pasienten har personleg nytte av å ta del i forkinga.

To paragrafar i revisjonen i 2000 skapte særleg strid. Det var formuleringa om at placebo-kontrollerte forsøk berre kunne forsvarast når det ikkje fanst anna effektiv medikasjon, elles skulle aktuell medisin prøvast mot den best dokumenterte. Dette blei teken inn for å hindre at det blei gjort billige forsøk i land der få hadde tilgang til effektiv medisin, t.d. ved utprøving av medisin mot HIV/AIDS (§ 29).

Vern om personar i den fattige delen av verda var også heilt sentral i § 30 der det blei slått fast at etter

at forsøket er avslutta skal forsøks-personane sikrast tilgang til den beste intervensjonen som er utvikla gjennom forsøket.

Då §§ 29 og 30 blei vedtekne, var motargumenta så sterke at ein omkamp låg i lufta. Denne har nå komme og etter intens debatt resultert i to fotnotepresiseringar. Nokre vil meine dei svekker ideala i paragrafane, medan andre meiner at dei har vore nødvendige for fornuftig forskning (6). Etter mi, og den norske delegasjonen si meining, var desse to fotnotane ikkje nødvendige. Dei har gjort ein frå før ordrik deklarasjon endå lenger.

Som historia har vist er etiske deklarasjonar ikkje nok til å hindre overtramp. Men arbeidet med desse dokumenta gir viktige signal om kva standardar legar bør streve mot. Stadige revisjonar viser at dei forskningsetiske reglane blir brukt aktivt, og arbeidet med å finne best muleg formuleringar aukar etisk bevisstheit. Derfor blir også striden rundt kva som er dei beste formuleringane og rette ideala viktig! Etiske reglar som støvar ned i ei skuff, har liten verdi.

Litteratur

1. Rothman D. Medical professionalism - Focusing on the real issues. *NEJM* 2000; 342: 1283-6.
2. Aarseth HP. Helsinkideklarasjonen i ny utgave. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3214.
3. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk etik - en problembasert tilnærming. Oslo: Gyldendal Akademisk 2000.
4. Frost T. Hvorledes begrunner vi vår respekt for menneskeverdet? *Omsorg* 1993; 3: 9-18.
5. Ruyter KW. Ny revidert Helsinkideklarasjon. *Etikkinformasjon* 2000; 4: 8-9.
6. www.etikkom/retningslinjer/helsinkideklarasjonen

av Espen Huldt-Nystrøm

Whistleblowing

– personlig konflikt eller systemhavari?

Legeforeningen arrangerte i februar et endags seminar om varsling. Redaktøren referer tre innlegg nedenfor. Å bringe uheldige sider ved en virksomhet fram i lyset, vil intuitivt gi ubehag; gjentatte presseoppslag har bekreftet det. Emosjonelt trykk blir oftest både voldsomt og destruktivt, blant annet fordi hensiktsmessige, formelle håndteringsverktøy mangler. Forklaringsmodellen baseres på et individfokus; men hva med systemets rolle? Spørsmålet har neppe fått høy prioritet for analyse. Et betimelig seminar, altså – og en tråd å nøste i for Of.

Etiske problemstillinger.

Professor Reidun Førde definerte varsling. Det dreier seg ikke bare om en *gjerning*, nemlig å gjøre anskrik (Nylenna 2000), men også om en *tilstand* der urettmessig eller umoralsk praksis under kontroll av arbeidsgiver, synliggjøres og presenteres for instanser som kan treffe mottiltak. (Near og Miceli 1985).

Tre hovedfelt er gjenstand for varsling; faglig inkompetanse, personlige forhold av typen rus, adferd, kommunikasjonsproblem, og etiske spørsmål av individuell eller generell art.

Vi har *plikt* til å varsle, både i henhold til Legeforeningens etiske regler Kapittel II, § 2, og til helsepersonelloven § 17. Man "*skal av eget tiltak*" si fra om svikt i virksomheten. Enkelte, for eksempel tidligere redaktør i British Medical Journal, Richard Smith,

anser varsling som et av de viktigste tiltak for kvalitetssikring i helsevesenet.

Likevel går det ofte galt med varsleren – helt uavhengig av om han faktisk har rett eller ikke. Dette er en risikosport som kan føre til utfrysing, trusler, eller tap av stilling.

For å gardere seg bør en varslar legge vekt på avdempede formuleringer, unngå beskyldninger på personnivå, ikke operere alene, anvende formelt korrekte informasjonskanaler i det lengste, og sørge for tilfredsstillende dokumentasjon av de kritikkverdige forhold. For seg selv bør han utelukke personlige agendaer, samt ha et støttenettverk når det barker løs – og uansett erkjenne at det blir en pris å betale.

Når blir en kritiker til en varslar? Trolig er dette et kjernesporsmål. Disponerende faktorer kan ligge både hos varsleren og i systemet det varsles om. Ikke alle varslere er i god tro eller har gode motiver. Samtidig vet vi mye om systemers hierarki, autoritetstro og angst for kritikk. Det er neppe tvil om at økt økonomifokus i sykehus øker risikoen for varslersituasjoner.

I forhold til forsvarlighet er Helsetilsynet øverste klageinstans. Makter tilsynet å være en faglig garantist, eller forholder det seg helst til byråkratiske elementer? Tilsynet har først og fremst omsorg for systemets funksjon og anseelse - og dessuten myndighet til forføyninger. Det er derfor ikke gitt at en varslar kommer godt ut av det, selv om både hensikten og saken er god.



Jan Fridtjof Berndt og Reidun Førde

Praktisk erfaring

Fridtjof Andersen og Siri Håberg er primærleger i Oslo. De ble involvert som varslere under endring av virksomhet i sykehjem – i grenselandet mellom privat og offentlig førstelinjetjeneste. Både arbeidsmiljø og de ansattes rettsvern var truet i en omstillingsprosess. Som målbærere for et helt arbeidsmiljø ble de rasjonalisert bort. Senere fikk de medhold i påstand om usaklig oppsigelse.

Håberg og Andersen dokumenterte at bakgrunnen for varsling kan være så mangt. I privatiseringsbølgen forskyves ansvaret fra system til individ. Etisk sett er den farligste helsemedarbeider den med høy lojalitet til arbeidsgiver. Det er nokså sannsynlig at private helsebedrifter og utleiebyråer ikke ønsker «varslere» blant sine ansatte.

De to erfarte at plikten til å varsle er en helsepolitisk illusjon – til tross for at de ble tatt seriøst i Helsetilsynet. I England er det trukket konsekvenser av slike erfaringer; varslervernet er styrket med en grunnlovsendring. I Norge må vi fortsatt greie oss med helsepersonellovens § 17. Kanskje er dette for svakt; kjente varslere i helsevesenet blir fort

borte. Har man noe å melde bør man, i følge de to, være «risikosøkende og passe naiv, ha god økonomi og ekstrem utholdenhet». Arbeidstilsynet har for øvrig høye funksjonærer som generelt fraråder å varsle fordi varsleren oftest taper uansett.

Både hos arbeidsgivere og arbeidstakere trengs en kulturendring; varsling burde være en bærebjelke i kvalitetsarbeidet. Håberg og Andersen savner også en instans for hjelp og veiledning til varslere. Relevant informasjon ligger på www.usawhistleblower.com.

Diskusjonen etter innlegget belyste saken videre. Bak en varslingssituasjon ligger ofte mislighold av så vel arbeidsmiljølov og overenskomster, som faglige rutiner og akseptert profesjonskultur. Et ensidig *individuell* fokus blir da et ulogisk utgangspunkt for problemløsning. *Systemhavari* kunne være et mer egnet begrep å starte med. Samarbeidsstrategier savnes for å løse opp i slike floker. En kunne for eksempel tenke seg en form for stående, partssammensatte utvalg for intervensjon. En tråd å nøste i for Of?



Rundskriv mot lov.

Professor, dr. juris. Jan Fridtjof Berndt har arbeidet med den nye kommunehelsetjenesteloven, og ga en inngående betraktning om grunnlaget for meldepunkt. Helsepersonellovens § 17 lyder ... *skal av eget tiltak gi tilsynsmyndigheten informasjon om forhold som kan medføre fare for sikkerhet*. Det er altså ulovlig å forholde seg passiv når man oppdager svikt i et hvilket som helst forhold. Dette er en profesjonsplikt.

Til lovteksten har departementet imidlertid utarbeidet et Rundskriv 1-2/2001. Her utdypes lovteksten ved at varsling antas riktig når det er "...*påregnelig sannsynlig at pasientens rettstilstand kan forverres eller pasienten påføre skade eller sykdom*." Juridisk blir dette et røykteppe fordi henvisning til sannsynlighet og skadeomfang ikke presiserer innholdet, men innfører uklarheter.

I tillegg legger rundskrivet føringer for at varsling bør skje vanlig tjenestevei. Men hvem går vi

dere med en sak når lederen finner den irrelevant? Konsekvensen blir at varsling må begrunnes. Slik utelukkes anonym melding og kildevern; fokus flyttes fra *plikt* til *rett* til å varsle. Rundskrivet snur lovens intensjon på hodet. Arbeidsgivers ro prioriteres foran pasientsikkerhet; varsleren er i praksis uønsket.

På denne bakgrunn bør man spørre om det er lovstridig at et rundskriv overstyrer en lov. I arbeidet med ny lov om sosial- og helsetjenestene i kommunene (§ 12.3) søkes det å legitimere varsling ut fra pasientens generelle sikkerhet. Grad av sannsynlighet for skade, eller skadeomfang ønskes ikke som premiss. Heller ikke varslingsveien bør tillegges vekt. Selv om manglende melding til overordnet kan være en tjenestefeil, skal det ikke være et vilkår for rett til å varsle. Faglig ansvar må fortsatt være et begrep siden faglig forsvarlighet er det.

Nasjonale scener

REDAKTØREN KOMMENTERER

LANDSSTYREMØTET I BERGEN

25. – 27. MAI 2005:



Tross nyåpnet festspill og upåklagelig innsats fra Hordaland legeförening, bød Bergen på sjarmløs vind med tilbehør fra vest. Delegatene hadde all grunn til å konsentrere seg om møtet. Arrangøren skal honoreres for smakfull dosering av kulturinnslag, og smidig gjennomført program fra A til Å. Ordstyrerne imponerte med et samlet avvik på 15 minutter i løpet av tre dagers debatt. Med presidentvalg som høydepunkt lå det an til innenrikspolitisk spurt, og noen gode, utenrikspolitiske hvileskjær.

Scene 1: Helsepolitisk debatt

Etter politikernes lite oppsiktsvekkende innlegg, argumenterte delegatene for seg og sitt i velkjente vendinger. Etter fire timers tid, kom Bjarne Håkon Hansen til den Gordiske knute som ikke var nevnt med et ord til da: *Prioritering i helsevesenet trenger et faglig/politisk samarbeid*. Det var dessverre avslutningsreplikken.

Scene 2: Ylf på krigsstien.

Men foreningens indre liv pulserte da litt. Ylf var på krigsstien med mistillitsforslag mot president og sentralstyre. Årsak: Dårlig dialog og ditto resultater i sentrale forhandlinger.

Ylf mente at foreningen fra-skrev seg ansvar for svake med-

lemmer fordi arbeidsgiver ble gitt styringsrett over vernebestem-melsene for arbeidstid. A2-pro-tokollen utvidet arbeidsgivers rett til å pålegge arbeidstid etter vernebestemmelser i A2 som er mer liberale enn Arbeidsmil-jølovens. Ved behov for bedre arbeidstidsvern blir den enkelte lege stående alene mot arbeids-giver. Pussig nok foregikk dagen før en TV-debatt om uforsvarlig lang arbeidstid for sykehusleger. I landsstyresalen satt pressen med lange ører. Ylf fikk god støtte; landsstyret vedtok at våre tillits-valgtes mål skulle være å hindre at arbeidstidsbestemmelsene blir ytterligere svekket.

Et annet klagepunkt var at foreningen ga bort muligheten for

sentral lønnsdannelse som Ylf er avhengige av. Under debatten så mange at sentral lønnsdannelse for yngre leger var blitt ivaretatt så godt som råd var.

Mange var helt klare på sym-pati med Ylf, og at mistillit her ikke var riktig verktøy. Ylf presi-serte at samarbeidet med Of's representanter hadde vært frukt-bart – tross en og annen inner-sving. Fasit ble at presidenten var det egentlige fokus for mistilliten - som forøvrig ble trukket i tolvte times siste minutt.

Ylf imponerte med et teknisk velregissert felttog, som fikk foreningen til å bekrefte solidaritets-tankegangen uten å sprengte seg selv. Redaktøren gratulerer.



Rådslagning i Of:
Anne Larsen, Svend Aakhus, Hågen Thorne



Scene 3: Organisasjonssaken

Overlegen har skrevet spalte-metre om dette allerede, se Of's hjem-mesider: Tre ben bør vi ha, faglig, geografisk og yrkesmessig. Regi-onsnivået er viktig. Men fornyelse av lokale foreningsledd må priori-teres, ikke bare med vedtak, men med ressurser og god strategisk tenkning. Bare slik kan forenin-gen holde tritt med helseforeta-kene.

Ylf og spesialforeningene ville fjerne fylkesavdelingene. Aplf argumenterte imot – med allsang ledet fra talerstolen: "Min hatt den har tre kanter". Sentralstyret ønsket nærmest uendret geo-grafisk organisering. Spesialfo-reningene var overbevist om at forslaget ga dem nye plikter og

oppgaver, uten ressurser å løse dem med; mange var temmelig frustrerte.

Sentralstyrets forslag ble vedatt med justeringer: Foreningens tre akser består. Fylkesforeningene kvalitetssikres ved budsjettering i faste poster som svarer til mål-settingene. Landsstyret utvides fra 125 til 128 delegater: Spesi-alforeningene øker fra 8 til 20 delegater, Yrkesforeningene fra 23 til 76, mens lokalforeningene reduseres fra 75 til 23 delegater. Sammenslåing av foreningsledd skal baseres på frivillighet. Vedta-ke ligger i sin helhet på nettet.

Endringene blir beskjedne. Men en kan håpe at det nye sen-tralstyret gjør noe med behovet som de *må* ha registrert, for å

revitalisere de lokale ledd, og gi fagligheten en reell posisjon.

Scene 4: Valg

Med to kandidater fra overlege-skiktet på Rikshospitalet ble pre-sidentvalget avslappet. Of-styrets kandidat, Geir Ketil Røste, repre-senterer tyngde både forenings-politisk, rikspolitisk, og særlig forhandlingspolitisk. Oslo legefo-renings kandidat, Torunn Janbu, har også god fartstid i foreningen og som forhandler, og sitter i av-troppende Sentralstyre. Som alle vet ble Torunn Janbu valgt – med svært god margin.

Seierskvinnen var, av de to, nok den mest lyttende til Ylf i forhandlingene sentralt, dette var trolig et strategisk fortrinn. I til-



Røste og Janbu

Frydenberg og Maartmann-Moe:
vår hatt den har tre kanter

legg framsto hun der og da som den mest utadvendte, og som en tydeligere kommunikator. Overlegen er glad over å kunne gratulere Torunn Janbu – og foreningen – med valget; hun blir forøvrig den første kvinnelige president i Den norske lægeforening.

Visepresident ble Per Meinich. Han er anestesilog på Ullevål – fra Ylf enn så lenge; spesialiteten vinker rundt neste sving, og drar ellers med seg en mastergrad i økonomi.

Valg til nytt Sentralstyre ble heller ikke et jordskjelv. Foreningen har vedtatt at den faglige akse må styrkes. Antall representanter til Landsstyret fra spesialforeningene økes derfor; det gjenstår å se

om det reduserer spesialforeningenes frustrasjoner. Men det er uansett tynt at de så vidt greide å stille en sentralstyre kandidat. Og lite trykk var det i presentasjonen – både av kandidat og spesialforeningenes politiske betydning.

Epilog

Etter møtet undrer denne redaktør over hvordan man plasserer seg, og agerer i en politisk virkelighet. Ylf er fortsatt foreningsmestere i denne disiplinen. Også primærlegene har mange trompeter som låter rent og samstemt når det trengs. Norsk arbeidsmedisinsk forening gjorde i år sitt siste stunt på en stund; Ørn Terje Foss er lei av å stange hodet

i foreningsulla og melder seg ut – fordi han står for noe.

Hva står Norsk overlegeforening for? Vi er moderforeningens største yrkesforening, vi inkluderer alle spissene i spesialforeningene, vi representerer et hav av kompetanse og arbeidskapasitet. Men hva vil vi, og hvor er vi i foreningens politiske virkelighet? Faktum er, mine damer og herrer, at Of'ere som står fram, gjør det i kraft av andre hatter. Bortsett fra et par topper er Norsk overlegeforening nesten usynlig.

Medlemmers mening om vår betydning på scenen får prioritert spalteplass i kommende utgaver av Overlegen.

TEPPE.

KOLLEGIALT NETTVERK FOR LEDERE MED MEDISINSK BAKGRUNN

Norsk overlegeforening (Of) har etablert et nettverk av erfarne ledere med medisinsk spesialistbakgrunn som er villige til å være samtalepartnere for kolleger i lederstillinger.

Nettverket administreres av Ofs lederutvalg og sekretariat. Ledernetverket er et uformelt konsept i Ofs regi, ikke et organisert tilbud fra Legeforeningen.

Legeledere møter erfaringsmessig utfordringer i tilknytning til medisinsk ledelse som det kan være ønskelig å diskutere med en erfaren uhildet kol-

lega. Det kan være et behov for å drøfte vanskelige tema før de tas opp i avdelingen eller med overordnede, eller generelle problemstillinger knyttet til lederposisjonen i en stadig mer presset hverdag.

Deltakerne i nettverket er uavhengige samtalepartnere som formidler sine personlige synspunkter og gir uforbindtlige råd – om ønskelig med oppfølgingsamtaler. Kontakten med den enkelte kollega skjer fortrolig og primært gjennom telefonsamtaler eller e-post.

FØLGENDE LEDERE KAN KONTAKTES DIREKTE:

Jon Haffner , Sykehuset Buskerud HF, kirurgi, tlf. 90 09 48 16	Jon.Haffner@sb-hf.no
Fred A. Mürer , Helgelandssykehuset HF, indremedisin, tlf. 75 12 57 27 / 90 97 22 65	fred.a.murer@rasyk.nl.no
Stein Tore Nilsen , Helse Stavanger HF, gynekologi, tlf. 51 51 80 05	stn@sir.no
Otto W. Steinfeldt-Foss , Helsetjenesten v/UiO / privat praksis, allmennmedisin, psykiatri, samfunnsmedisin, tlf. 22 55 42 88 / 40 20 00 19	ottost@extern.uio.no
Einar S. Hysing , Rikshospitalet HF, anestesi, tlf. 23 07 36 94 / 41 52 54 12	einar.hysing@rikshospitalet.no
Helge Skard Dokka , Sørlandet sykehus HF, psykiatri, tlf. 37 01 44 26 / 48 02 77 83	helge.skard.dokka@sshf.no
Lars Holst-Larsen , Helse Fonna HF, Haugesund, indremedisin, tlf. 52 73 25 41 / 90 78 07 5	lars.holst-larsen@helse-fonna.no
Torunn Alveng , Nordlandssykehuset HF, Bodø, psykiatri, tlf. 75 50 10 12	Torunn.Alveng@Nordlandssykehuset.no
Borghild Roald , Ullevål Universitetssykehus HF, patologi, tlf. 22 11 89 24	b.b.h.roald@medisin.uio.no
Kjell Wigers , Akershus Universitetssykehus HF, barne- og ungdomspsykiatri tlf. 67 91 2400	kjell.wigers@ahus.no
Hans Petter Fundingsrud , Universitetssykehuset i Nord-Norge, pediatri, tlf. 77 62 63 44 77 66 92 41.	hansfu@online.no hans.petter.fundingsrud@unn.no

For nærmere opplysninger om nettverket og for navn på øvrige medlemmer av nettverket, kontakt Ofs sekretariat:

Signe Gerd Blindheim , tlf. 23 10 91 58 / 90 97 85 08	signe.gerd.blindheim@legeforeningen.no
Edith Stenberg , tlf. 23 10 91 57 / 90 19 90 73	edith.stenberg@legeforeningen.no



Sykehusledelse

Legeforeningens seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar

Soria Moria, 26. og 27. september 2005

Det tas forbehold om endringer i programmet.

Mandag 26. september 2005

0930–1000 Registrering/kaffe/te/rundstykker.
1000–1015 Åpning v/overlege Brynjulf Ystgaard.
1015–1300 **Finansieringssystem.**

Hvordan kan finansieringssystemene understøtte riktig prioritering av tjenester? Erkjenningen av at helsetjenester må prioriteres har vokst frem de siste to tiår. Det er ikke like stor enighet om hvordan dette skal gjøres. Finansieringsordningene har etter hvert blitt brukt til å styre behandlingen av pasienter. Er dette riktig virkemiddel? Og i så fall, blir de riktige pasientgruppene prioritert ved dagens ordning? Hvis ikke, hvordan kan man forbedre denne incentivstyringen?

Innledere:

Hans Knut Hauge, ekspedisjonssjef, Budsjett og Økonomiavd., Helse- og omsorgsdepartementet.

Roar Arntzen, direktør, St. Olavs Hospital.

Mons Lie, senterdirektør, Hjerte-

Lungesenteret, Ullevål universitetssykehus.

Leena Kiviluoto, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet.

1115–1130 Pause.

1130–1300 **Finansieringssystem forts.**

Plenumsdiskusjon.

1300–1400 Lunsj.

1400–1645 **Katastrofeplanlegging.**

Katastrofer kan være av mange slag: ulykker, naturkatastrofer, epidemier, terroranslag. Felles

for dem er at de inntreffer uten særlig forvarsel, på uventet sted og med ukjent omfang. Når de inntreffer forventes det at samfunnets forskjellige institusjoner er forberedt, hvis ikke blir noen stilt til ansvar. Hvordan tenker man når det planlegges for det uforutsigbare? Hvor mye ressurser er det tilstrekkelig/nødvendig å binde for å være på «den sikre side»? Hva har vi lært av senere års begivenheter?

Innledere:

Thorvald Stoltenberg, president, Norges Røde Kors.

Bjørn-Inge Larsen, direktør, Sosial- og helsedirektoratet.

Preben Aavitsland, avdelingsdirektør, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Ingar Lereim, visedm.dir., Ullevål universitetssykehus.

1515–1530 Kaffepause.

1530–1645 **Katastrofeplanlegging forts.**

Plenumsdiskusjon.

1700–1800 **Legeforeningens ansvar og rolle i organiseringen av spesialisthelsetjenesten.**

President i Den norske lægeforening Torunn Janbu.

1900– Middag

Tirsdag 27. september 2005

0900–1200 **Spesialisthelsetjeneste og forebygging.**

Den utadvendte spesialisthelsetjenesten – effektive behandlingsforløp fra seng til hjem.

Økte innleggelses fra eldre og kronikere bruker stadig økende liggedager, og det er vist at få pasienter bruker over 30 % av liggedagene i indremedisinske avdelinger. Et forebyggende arbeid krever mer aktiv organisering og samhandling mellom 2. og 1. linjetjenesten. Dels er det viktig med tradisjonell forebygging som røykeavvenning, riktig kosthold og fysisk aktivitet – dels er det riktig og viktig å fokusere på innleggelsespraksis med sikte på å:

1 få pasienter til tidlig vurdering

2 starte behandling tidlig

Sentralt er kompetanseoverføring/veiledningsplikten fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. En forebyggende spesialisthelsetjeneste som reduserer innleggelses til det beste for pasienter og pårørende er derfor et viktig mål.

Innledere:

Helge Garås, kommuneoverlege, Trondheim kommune.

Serena Tonstad, professor, Ullevål universitetssykehus.

Folke Sundelin, spesialrådgiver, Helse Øst.

Vidar Kärkstad, prosjektleder medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus.

1030–1045 Pause/utsjekking av rom.

1045–1200 **Spesialisthelsetjeneste og forebygging forts.**

Plenumsdiskusjon.

1200–1300 Lunsj.

- Arrangør: Den norske lægeforening v/Norsk overlegeforening.
- Hotelladresse: Soria Moria Kurs- og konferansehotell.
- Målgruppe: Direktører, sjefleger og overleger i lederstillinger.
- Påmeldingsfrist: Mandag 15. august 2005.
- Kursavgift: Kr 1 500,-, eksklusiv reise- og oppholdsutgifter.

- Blankett for kursavgift og hjelpsjon/dagpakkeutgifter tilsendes etter påmeldingsfristen.
- Utgifter som påløper grunnet forfall som ikke er meldt, belastes den enkelte direkte.



Sykehusledelse

Legeforeningens seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar

Soria Moria, 26. og 27. september 2005

PÅMELDINGSBLANKETT sendes snarest og senest innen 15.8. 2005 til:

Dnlf/Of v/Stenberg, Postboks 1152, sentrum, 0107 Oslo. Tlf. 23 10 90 00/faks 23 10 91 50.

- ☐ Kursavgift kr 1 500,- (gjelder alle)
- ☐ Alt. 1 – Helpensjon (mandag) inkl. lunsj tirsdag 27.9. kr 1 500,-
- ☐ Alt. 2 – Helpensjon (mandag) uten lunsj tirsdag 27.9. kr 1 300,-
- ☐ Alt. 3 – Dagpakke (mandag) inkl. lunsj tirsdag 27.9. kr 620,-
- ☐ Alt. 4 – Dagpakke (mandag) uten lunsj tirsdag 27.9. kr 385,-
- ☐ Jeg har dagpakke og ønsker i tillegg å delta i middagen 26.9. kr 335,-

Navn:

Tittel:

Arbidssted:

Avdeling:

Postnr./sted:

E-post:

Telefon: Telefaks:

Underskrift: