

# JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 1 / 2019



## Den fjernovervåkede pasient

Her står det en annonse  
i papirutgaven.  
Av hensyn til reklameregler,  
er denne tatt ut av den  
elektroniske utgaven.

Tidsskriftet Journalen er medlemsblad for Oslo legeforening og utkommer fire ganger i året.

## MEDARBEIDERE I DENNE UTGAVEN:

### PER HELGE MÅSEIDE

REDAKTØR  
Tlf: 95 20 13 14  
perhelge@fagbladetjournalen.no

### ELLEN RENBERG

REDAKSJONSSEKRETÆR  
TLF: 40 64 82 82  
ellen@fagbladetjournalen.no

### KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

JOURNALIST  
kristinsg@gmail.com

### SYNNE LOFSTAD

JOURNALIST

Frist for innlevering av stoff til Journalen 2/2019 er 15.06.2019

Forsideillustrasjon:  
Tine Svae / Svovel  
Layout: Svovel

ANNONSER:  
Media-AaMarketing  
Postboks 240,1401 Ski  
Tlf: 64 87 67 90 /  
90 04 32 82  
E-post: arne@aaamedia.no

POSTADRESSE:  
c/o Oslo legeforening  
Postboks 178 Sentrum  
0102 Oslo

TRYKK: Merkur Grafisk AS



JOURNALEN PÅ NETT  
www.fagbladetjournalen.no

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER  
www.twitter.com/Journalen

JOURNALEN PÅ FACEBOOK  
www.facebook.com/fagbladetjournalen

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekst-reklameplakaten.



Ettertrykk og elektronisk videre distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

## INNHold

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| REDAKTØREN:                                                      | 4  |
| TEMA:<br><b>Fjernovervåkning</b>                                 | 8  |
| NYHET:<br><b>Fastleger kan få hjelp til diabetesregistrering</b> | 11 |
| <b>Vil utvide helseberedskapsloven</b>                           | 12 |
| <b>Kraftig kritikk av informasjonsplikt</b>                      | 14 |
| ANMELDELSE:<br><b>Godt om interessekonflikt</b>                  | 15 |
| INTERVJUET:<br><b>Jan Ivar Røssberg</b>                          | 16 |
| KRONIKK:<br><b>Møteplass Oslo</b>                                | 21 |
| FRA FORENINGEN:                                                  | 22 |
| LEDEREN:                                                         | 22 |

## Sterke meninger? Da kan du skrive kronikk eller debattinnlegg!

Kronikk: 6500 tegn m mellomrom.

Debattinnlegg: 4500 m mellomrom.

Replik: 2500 tegn m mellomrom.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte innsendte manus.



PER HELGE MÅSEIDE

# Når kommer kampanjen «Kloke grønne valg»?

**Kampanjen «Kloke valg» synes å ha blitt en suksess. Men når kommer «Kloke grønne valg»?**

Klimaendringer er vår tids største helseutfordring. The Lancet har til og med etablert et eget tidsskrift, Planetary Health, for å belyse sammenhengene mellom ernæring, helse, miljø og klima.

Det er ikke lenger noen diskusjon om at kloden varmes opp. Effektene er mange.

- Økning i vektorbårne sykdommer som malaria og skogflåttencefalitt (TBE)
- Kraftig utvidet pollensesong
- Dødsfall, skader og psykiske lidelser som følge av naturkatastrofer
- Problemer med vannmangel og forurensing av drikkevann

Som studenter og leger kan vi engasjere oss på flere fronter. I grove trekk er det snakk om tre innfallsvinkler.

- Som privatpersoner
- I jobb- og studiesammenheng
- Som samfunnsdebattanter

De fleste har en viss formening om de negative personlige klima- og miljøvalg som unødvendig plastemballering, bruk av dieselbil i stedet for å ta trikk, og manglende kildesortering av søppel.

Men i hvilken grad er vi opptatt av klima- og miljøspørsmål i møte med pasientene?

For egen del; ikke i det hele tatt. Som barnelege forsøker jeg å få ungdommer og foreldre til å slutte å røyke av hensyn til seg selv og barna sine. Men jeg har aldri begrunnet dette med annet enn risiko for astma og KOLS, aldri med at bønder kan dyrke noe mer fornuftig enn tobakk, som igjen kan ha andre positive miljø- og klimaeffekter. Tilsvarende gir helsemyndighetene råd til pasienter om at de bør redusere inntaket av rødt kjøtt for å redusere sin egen kreftisiko. Men ikke et ord om den viktige klimaeffekten dette vil ha. Det sunneste valget er også det mest klimavennlige. Vi gir råd til inaktive om å gå eller sykle. Da går CO<sub>2</sub>-utslippene og svevestøvnet ned. Tør vi påpeke slike

*«Rollen som samfunnsdebattant, som er fremmed for mange, kan også kombineres med det å være fagperson.»*

enkle sammenhenger mellom helse, klima og miljø, eller er vi redde for å påføre pasienter skyld og skam («legen sa jeg var skyld i global oppvarming»)? Slike ting har jeg aldri hørt diskutert i fagmiljøet.

Rollen som samfunnsdebattant, som er fremmed for mange, kan også kombineres med det å være fagperson. Økt forekomst av skogflåttencefalitt (TBE) på grunn av varmere klima vil kunne føre til økt press på sykehusenes intensivavdelinger, flere hjerne-skadde på rehabilitering og etterspørsel etter en dyr vaksine som vi i dag ikke trenger. Er vi moralister om vi går ut med dette?

## SUKSESS-KAMPAJNE

Legeforeningen har hatt suksess med kampanjen «Kloke valg». Kampanjen er egentlig en oversatt og bearbeidet versjon av kampanjen «Choosing wisely». Temaet er overbehandling.

Suksessfaktoren er at man har fått til en forankring i fagmiljøer. Flere av rådene går rett inn i den kliniske hverdagen. Jeg sender hjem barn med bronkiolitt som tidligere hadde fått ett døgn ekstra fordi de la seg under 92 % oksygenmetning ved dyp søvn. Nå er grensen satt ned til 90%. Jeg følger også rådene om å være mer tilbakeholden med røntgenbilder og blodprøver på denne pasientgruppen. Det sparer dem for unødvendig røntgenstråling, smertefulle stikk og prøver som må tas på ny.

Kampanjen har også bidratt til å profilere Legeforeningen som en faglig forening,

og ikke bare en fagforening, ut i både fagmiljøene og offentligheten.

På Legeforeningens klima- og miljøfront står det dårligere til. Eller, det er høyst uklart hvordan det står til.

For to år siden ble rådet for menneskerettigheter, klima og global helse lagt ned, til protester fra utvalgets medlemmer. Det ble fra sentralt hold sagt at arbeidet skulle fortsette, men i ulike organisasjonsledd. Lite tyder på at dette har skjedd, og da foreningens klimaengasjement ble etterlyst i Tidsskriftet i høst kom det ikke svar.

Det er ikke sikkert at løsningen er å samle lokalforeningsledere til klimaseminar eller opprette et nytt utvalg. Kanskje er svaret heller en ny kampanje?

Et søk på nettet viser at helseforetakene rapporterer på alt fra dieselforbruk og CO<sub>2</sub>-utslipp. Men dette skjer over hodet på hverdagens mange små og store valg. Tenker du på miljøprofilen når du velger antibiotika? Det hadde ikke vært vanskeligere enn at legemidlene hadde et enkelt fargesystem; rødt, gult og grønt, både i Felleskatalogen, i sykehusenes legemiddellister og i e-reseptsystemet. Men som i butikken; økologisk koster ofte mest. Og dagens bunnlinje er som kjent kroner og øre, ikke klima og miljø. Men kanskje er miljøvennlig likevel rimeligst – i hvert fall på sikt?

Nylig demonstrerte tusenvis av barn og ungdommer for klimasaken. En lege skrev legeerklæringer til de som ville demonstrere. Ut over det er norske legers innsats på dette området, og jeg snakker for meg selv, direkte pinlig. Det er det på tide å gjøre noe med.

Kanskje er det på tide å la kampanjen «Kloke valg» bli etterfulgt av «Kloke grønne valg»? Og la den bli eid i fellesskap av helseforetakene, Legeforeningen og universitetet?

Det hadde vært et skritt i riktig retning, om ikke annet. ■

Her står det en annonse  
i papirutgaven.  
Av hensyn til reklameregler,  
er denne tatt ut av den  
elektroniske utgaven.

# Medisinsk hjemmeovervåkning uten dokumentert effekt

**Stadig flere pasienter får med seg trådløse medisinske sensorer hjem. Data om alt fra blodtrykk til lungefunksjon sendes via nettet og overvåkes av helsepersonell. Men ingen vet om dette gir pasientene bedre helse og om det kan redusere ressursbruken i helsevesenet.**

TEKST: KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

Satsingen kritiseres også for å være for teknisk komplisert og drevet fram av tung lobbyvirksomhet i regi av utstyrsleverandører.

## ULIKE SENSORER

Den største prosjektaktiviteten finnes innen diagnoseområdene KOLS, psykisk helse/psykiatri, hjerte-karsykdommer, diabetes, kreft og hjemmedialyse.

De fleste prosjektene inkluderer en eller annen form for videotjeneste. Kartleggingen viser et mangfold av teknologiske og organisatoriske løsninger. Det kan være måling av puls, blodtrykk, blodsukker, lungefunksjon (spirometer) eller oksygenmetning. Vekt og termomenter tas også gjerne i bruk.

## VIA NETTBRETT

Avstandsoppfølging, som er navnet som gjerne brukes, er på full fart inn i Helse-Norge. Pasienter – ofte med kroniske sykdommer, er utrustet med sensorer og måleutstyr som sender måleresultater hjemmefra til helsevesenet. Ofte skjer inn-samlingen av data via nettbrett. Datene sendes så trådløst til et respons-senter bemannet av helsepersonell, for eksempel ansatte i hjemmetjenesten.

Pasientene følges opp med jevnlige samtaler over chat, telefon eller video. Der-som måleresultatene viser urovekkende endringer, kan respons-senteret gjøre alt fra å kontakte pasienten for å høre hvordan det går, til å sende ambulanse.

Så langt har avstandsoppfølgingen hoved-saklig foregått i mange mindre utprøvnings-prosjekter. Nå nærmer oppskaleringen seg.

Vet vi nok om effektene, eller har politikere og myndigheter for mye hastverk med å introdusere den nye helseteknologien?

## UKJENT EFFEKT

Per i dag kan vi ikke si noe sikkert om effek-tene av medisinsk avstandsoppfølging. Det

er den ferske konklusjonen fra Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

Senteret har kartlagt internasjonal viten-skapelig kunnskap om temaet, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Dette skjer i forbin-delse med at direktoratet, Statens legemid-delverk og Direktoratet for e-helse skal gi innspill til ny nasjonal helse- og sykehusplan.

NSE har også sett på omfanget av norske utprøvningsprosjekter. Kartleggingen viser at mange av utprøvingene foregår uten å doku-mentere effekt.

– De norske utprøvningsprosjektene har i stor grad handlet om å dytte eksisterende teknologi ut til brukerne for å se hvordan det vil fungere – uten å jobbe strukturert med å få frem kunnskap, sier Dag Ausen. Han er tidligere forskningsleder ved SINTEF og jobber nå med digitale løsninger for helse-tjenester hos selskapet Imatis.

## BETYDELIG SATSING

Kartleggingen fra NSE viser at den interna-sjonale forskningen på temaet stort sett består av studier med små utvalg. Littera-turen er fragmentert og kunnskapen på området er ikke entydig. Likevel foregår en betydelig satsing på denne typen helse-tjenester i norske kommuner og helseforetak.

– Det er nasjonale insentiver for å stimu-lere slike løsninger, sier Undine Knarvik,





seniorrådgiver ved NSE.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram, hvor kommuner kan søke finansiering, er et eksempel på dette.

Dessuten har Helsedirektoratet, i samarbeid med Legemiddelverket og Direktoratet for e-helse, laget en felles plan for «hvordan utredning av nasjonal tilrettelegging kan støtte og stimulere økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i primær- og spesialisthelsetjenestene».

– Her ser man på hva som må legges til rette og avklares for å ta i bruk teknologi og avstandsoppfølging i større målestokk, sier Siw Helene Myhrer i Helsedirektoratet. Hun er prosjektleder for den delen av Velferdsteknologiprogrammet som handler om avstandsoppfølging.

#### 176 NORSKE PROSJEKTER

NSE har kartlagt totalt 176 gjennomførte, pågående og planlagte prosjekter med medisinsk avstandsoppfølging i kommuner og spesialisthelsetjenesten i Norge. I hovedsak er dette utprøvnings- og implementeringsprosjekter, ikke forskningsprosjekter. Bare 89 av dem har egne tilknyttede effektstudier.

– Mangelen på entydige effektstudier gjenspeiler nok kompleksiteten innen medisinsk avstandsoppfølging. De fleste norske prosjekter ser på kvalitative effek-

ter, ikke kvantitative, forteller Knarvik ved NSE, som har vært med på kartleggingen av aktiviteten i Norge.

Kvalitative effekter kan for eksempel handle om hvordan pasienter og helsepersonell beskriver sine erfaringer med avstandsoppfølgingen. Hvorvidt man forhindrer sykehusinnleggelser eller reduserer fastlegebesøk faller i kategorien kvantitative effekter.

Ifølge NSE-kartleggingen er det i flere tilfeller satt i gang prosjektaktiviteter med forventninger om positiv effekt, uten at man sier noe om hvordan disse effektene skal dokumenteres.

#### – TUNG LOBBYVIRKSOMHET

I februar gikk Dag Torstein Ausen etter 25 år i SINTEF, blant annet som forskningsleder, til å bli ansvarlig for forretningsutvikling og marked i Imatis. Selskapet leverer digitale løsninger for helsetjenester.

SINTEF var tjenesteutviklingspartner i den første runden med utprøving av avstandsoppfølging gjennom Velferdsteknologiprogrammet. Her var Ausen med som tjenesteutviklingspartner for fire prosjekter i ulike deler av landet.

Hans oppfatning er at tung lobbyvirksomhet fra teknologileverandører mot

#### FAKTA

##### MEDISINSK AVSTANDSOPPFØLGING

- Begrepet grenser opp mot flere andre begrep og praksiser, for eksempel telemedisin, e-konsultasjon og velferdsteknologi.
- En kartlegging fra Nasjonalt senter for e-helseforskning viser at det er mange ulike forståelser av begrepet i helsemiljøene.
- Helsedirektoratet definerer at det dreier seg om tjenester der pasient og tjenesteyter ikke har fysisk kontakt, og der teknologi brukes i kontakten mellom dem.
- I pågående utredningsarbeid er det formulert som et ønske å komme frem til en definisjon av begrepet som ivaretar behovet i helsetjenesten.
- Dette er den foreløpige definisjonen: Med medisinsk avstandsoppfølging forstås helsetjenester på avstand der forebygging, behandling og oppfølging skjer ved hjelp av teknologi, med eller uten fysisk oppsøkende helsetjenester.

*Kilde: Medisinsk avstandsoppfølging, Felles plan for utrednings- og implementeringsoppdrag for nasjonal tilrettelegging fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk.*



politiske aktører var en viktig årsak til at denne satsingen kom på plass.

– I prosjektene jobbet man ikke med selve teknologien. Den ble kun bestilt fra leverandørene. Det ble bare forventet at den skulle treffe behovene til både pasienter og helsepersonell, uten at disse behovene var beskrevet på forhånd, forteller Aussen.

Han etterlyser videreutvikling og tilpassing av teknologien – både til pasientenes behov og de nye arbeidsprosessene i helsevesenet. I tillegg mener han teknologien må legge bedre til rette for effektiv logistikk og informasjonsdeling.

– Så langt har utprøvingene i liten grad vektlagt dette, sier Aussen.

#### ENKLERE LØSNINGER

Aussen er heller ikke så sikker på at det er nødvendig med en mengde sensorer og måleutstyr for å få en positiv effekt av avstandsoppfølging. Han tror sensorer kan være verdifulle for enkelte pasienter, men at en del av behovene kan dekkes på andre måter med enklere teknologi og en annen type digital oppfølging.

– Velferdsteknologiprogrammet har tatt for gitt at svaret er flest mulig sensorer, sier han.

Fra de ulike utprøvningsprosjektene har det vært en ganske gjennomgående rapportering om at pasienter med avstandsoppfølging for-

teller at de føler seg tryggere, selv om man ikke har sett entydige effekter på forbruket av helsetjenester.

– Det handler mye om at pasientene føler seg sett og hørt, eller at de føler at noen passer på dem. Sånn sett har all teknologi potensiale til å skape mer trygghet. Det kan hende det er tilstrekkelig at helsepersonell er tilgjengelig gjennom en digital brukerflate som tilbyr en god chattetjeneste og videokommunikasjon, sier Aussen.

Det blir også rapportert at pasienter med avstandsoppfølging opplever økt innsikt i og mestring av egen tilstand.

– Effekten av innsikt i egen helsesituasjon er individuell og avhenger blant annet av sykdomsforløp og helsetilstand. Det er ikke gitt at alle opplever det positivt å stadig få bevis på at helsa er dårlig. Jeg savner at man prøver å beskrive og forstå behovene, for deretter å vurdere hva som er nødvendig teknologi og hvordan den skal samspille med tjenestene, sier Aussen.

#### KONTROLLGRUPPE

I Velferdsteknologiprogrammet er utprøvingen av avstandsoppfølging inne i runde to. I seks lokale prosjekt er fastlegene sentrale i å initiere avstandsoppfølgingen.

– De bygger på en vurdering av den enkelte pasients behov for oppfølging,

hva som er viktig for vedkommende, og at avstandsoppfølging vurderes som nyttig, sier Myhrer i Helsedirektoratet.

Den nye runden med utprøving ble startet for å få mer sammenlignbare data. Denne gangen skal utprøvingen være randomisert og kontrollert. En tiltaksgruppe på rundt 300 pasienter vil få avstandsoppfølging, og en kontrollgruppe med like mange vil få standardoppfølging. Deltakerne skal følges opp aktivt i inntil ett og et halvt år.

Formålet er å få kunnskap om effekter på pasientenes fysiske og psykiske helse, deres opplevelse av tjenesten, helsetjenesteforbruket og totale kostnader og nyttevirksomheter for pasienter, helsetjenesten og samfunnet. Forskningen utføres av Universitetet i Tromsø, Universitetet i Oslo og Oslo Economics.

Ifølge prosjektbeskrivelsen skal forskningsfunnene legges til grunn for nasjonale anbefalinger om implementering av medisinsk avstandsoppfølging i større skala. Disse anbefalingene ventes i 2021, ifølge den ferske stortingsmeldingen om helsenæringen.

#### POLITISKE FØRINGER

– Vi trenger forskning på effektene. Det er bakgrunnen for måten vi har lagt opp denne runden med utprøving på, sier Myhrer i Helsedirektoratet.

Hun understreker at det vil være behov for å ta i bruk teknologi i helsetjenestene, for å møte behovene i befolkningen i årene fremover.

– Vår holdning er at avstandsoppfølging kommer, men i prosjektet jobber fastleger, spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og omsorgstjenesten sammen om utvikling av tjenestene for å se på hvordan vi skal innrette dette, sier Myhrer.

– Antagelsen er at avstandsoppfølging skal skape bedre mestring for den enkelte og påvirke forbruket av helsetjenester med færre innleggelser og færre besøk hos fastlegen, fortsetter hun.

Myhrer sier at Helsedirektoratet opplever en utålmodighet på dette feltet både fra næringslivsaktører og fra politisk hold, men understreker at det skal ligge en grundig utredning til grunn for direktoratets nasjonale anbefalinger.

– Vi er opptatt av å gjøre en ordentlig jobb, sier hun.

#### ULIKE RAMMER

Aussen tror på sin side at det fremdeles er store forskjeller mellom rammene for de ulike prosjektene som er med i utprøvingen i Velferdsteknologiprogrammet.

– De har ikke den samme teknologien. Tjenestene må utvikles fra starten av i de



FOTO: PRIVAT

– Det er usikkert om utstrakt bruk av medisinske sensorer utløser ekstra gevinster i helsevesenet, sier Dag Ausen, i Imatis.



FOTO: PRIVAT

– Så langt viser rapportene om avstandsoppfølging av brukerne er godt fornøyde, at de føler økt trygghet og at de opplever å ha mer kontroll med sin egen situasjon, sier Siw Helene Myhrer, seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

*«Effekten av innsikt i egen helsesituasjon er individuell. Det er ikke gitt at alle opplever det positivt å stadig få bevis på at helsa er dårlig.»*

fleste kommunene, og settes opp ulikt. Det begrenser verdien av effektstudien. Det kan hende dataene blir mer sammenlignbare enn i forrige runde, men om det er tilstrekkelig, det vet jeg ikke, sier han.

Ausen understreker at avstandsoppfølging og forebygging er komplekse felt hvor det er vanskelig å dokumentere årsak og virkning.

– Teknologien kan ikke forstås alene. Den må forstås i spillet mellom mennesker og arbeidsprosesser, oppgaver og roller, og i spillet mellom mennesker og tjenester. Teknologien må også utvikle seg og tilpasse seg menneskene. Da blir det viktig å jobbe med helheten, sier han.

– Jeg ville startet med enklere teknologi, og heller bygd den ut etterhvert som kunnskapen kommer til. Da vil vi ha et bedre grunnlag for å si at mer teknologi vil gi bedre effekt, fortsetter han.

Ausen understreker at han tror det er veldig lurt å ta i bruk digitale løsninger for å dele informasjon og få god informasjonsflyt mellom aktørene.

– Men å ukritisk legge på en masse annen teknologi, er ikke nødvendigvis bra, sier han.

#### OMSTILLING

Margunn Aanestad er professor ved Institutt for informasjonssystemer ved Universitetet i Agder (UiA). Hun er opptatt av organisasjonsendringen og transformasjonen som må til for å få nye digitale helsetjenester til å fungere, både i praksis, i samhandling og i organisasjon.

Så langt har utprøvingene av avstandsoppfølging foregått i mindre prosjekter på siden av de vanlige helsetjenestene.

– Pasientenes roller og forhold til helsetjenestene må endres helt ned på mikronivå. Helsepersonell får nye måter å utføre omsorg eller helsehjelp på. Alt dette må passe inn i organiseringen, sier hun.

Skal tjenestene finansieres som nødvendig helsehjelp eller som forebygging? Skal sykepleierne på responssentrene ha spesialisering innen diagnosene de skal jobbe med? Skal de rottere i vakter i de ordinære tjenestene også?

Det er altså mye som må på plass før avstandsoppfølging kan ruller ut i stor skala.

Aanestad er en av forfatterne i den fagfellevurderte antologien «Velferds-

teknologi – en ressursbok», som lanseres 23. april. Den handler ikke bare om teknologien og mulighetene den gir, men også om sosiale konsekvenser.

#### AKSJONSFORSKNING

Kompleksiteten og den raske teknologiske utviklingen tatt i betraktning, er det ikke sikkert at effektforskning er den eneste eller beste måten å sikre at de nye, digitale helsetjenestene blir gode.

Carl Erik Moe er instituttleder ved Institutt for informasjonssystemer ved UiA. Han understreker viktigheten av at forskningen forsøker å komme med funn som kan bidra til å endre prosjektene med utprøving av avstandsoppfølging i en bedre retning.

– Dette kalles aksjonsforskning, sier han.

Tilnærmingen brukes for eksempel i tilknytning til prosjektet Felles telemedisinsk løsning på Agder (TELMA), som ikke er del av utprøvingen i regi av Velferdsteknologi-programmet.

Moe tror man skal være rimelig sikker på at tjenestene gir en positiv effekt før de skaleres opp, men han ser heller ikke noen stor risiko for pasientene dersom teknologien ruller ut for tidlig.

– Den største risikoen er vel at vi bruker penger på ting som ikke gir gevinst, men data fra TELMA tyder på at pasientene blir tryggere og mestrer sykdommene sine bedre, sier han. ■

# – Pasientene er kjempefornøyde

**Sigurd Sørås Jonassen hos Legene på Sinsen opplever at pasienter med stort behov for legetjenester kommer langt sjeldnere til lege dersom de har trådløst medisinsk-teknisk måleutstyr i hjemmet. – Nå ser jeg dem bare en eller to ganger i året, sier han.**

TEKST: KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

I Oslo har prosjektet Velferdsteknologi i sentrum (VIS) gitt tilbud om avstandsoppfølging til innbyggere med kronisk sykdom siden 2014. Det gjør Oslo til en av de mest erfarne kommunene på dette området.

VIS er et samarbeid mellom Bydel Grünerløkka, Sagene, Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Lovisenberg Diakonale sykehus. Ved hjelp av teknologiske løsninger følges pasientene opp på avstand.

## FRYKTET MERARBEID

– I starten var jeg skeptisk. Jeg tenkte at dette ville bety en ny arbeidsoppgave for meg som fastlege. Det slo ikke til, sier Jonassen.

Hjemme har pasientene nettbrett og medisinsk måleutstyr som blodtryksapparat, blodsukkermåler, pulsoksymeter, vekt og termometer.

De svarer på spørsmål og utfører målinger, som deretter overføres trådløst til nettbrettet og videre til et responscenter. Hver bydel har etablert et senter hvor det sitter helsepersonell på dagtid.

Oppfølgingen skjer gjennom planlagt kontakt med den enkelte via telefon eller meldinger på nettbrettet, eller dersom målingene viser en urovekkende endring.

Jonassen opplyser at han har nærmere 10 pasienter som i dag får denne typen avstandsoppfølging, men at han har rekruttert flere i årene som er gått.

– Dette har ikke medført økt arbeidsbelastning for meg som fastlege, så jeg har blitt veldig positiv. Pasientene er også kjempefornøyde, sier han.

Prosjektet er del av Nasjonalt program for velferdsteknologi, og får derfor midler fra Helsedirektoratet.

## FØLER SEG TRYGGERE

Jonassen kan melde fra til hjemmetjenesten om pasienter som passer til å være med. Hjemmetjenesten leverer deretter ut måleutstyret. VIS har konsentrert seg om pasienter med KOLS, diabetes og hjertesvikt. Mange er multisyke.

– Dette er pasienter som i stor grad kan få hverdagen begrenset av sin kroniske

sykdom, sier Jonassen.

Han har sett flere pasienter med KOLS som ikke torde å forlate leiligheten sin tidligere, men som nå kommer seg ut fordi de føler seg tryggere med avstandsoppfølging.

– Med denne oppfølgingen gjør de daglige målinger. De lærer også en hel del om sin egen sykdom og blir bedre i stand til å vurdere sitt eget funksjonsnivå, sier Jonassen.

Kanskje er det en pasient som føler seg tung i pusten når hun våkner om morgenen. Målingene viser at det ser stabilt ut, og dermed tør hun å gå ut likevel.

– En av mine pasienter isolerte seg inne i nesten ett år. Nå føler vedkommende seg trygg nok til å gå på eldresenteret flere ganger i uken, forteller Jonassen.

## GRØNN, GUL OG RØD

En av målsetningene i prosjektet er å oppdage forverring så tidlig at lokal behandling kan bidra til å unngå sykehusinnleggelse.

Pasientene har en egen behandlingsplan hvor det er satt opp individuelle referansegrenser. Disse grensene deler mulige målinger inn i grønn, gul og rød sone. Grønn sone betyr at resultatene er stabile, allmenntilstanden er som vanlig, og alt ser greit ut.

Kommer målingene over i gul sone, betyr det at noe er på gang. Kanskje blodtrykket eller pulsen går opp, eller oksygenmetningen går ned.

– Da vil de på responscenteret ringe pasienten og sjekke hvordan det går, sier Jonassen.

*«En av mine pasienter isolerte seg inne i nesten ett år. Nå føler vedkommende seg trygg nok til å gå på eldresenteret flere ganger i uken.»*

Dersom pasientene har måleresultater som er over i rød sone, er det et sett av ulike tiltak som kan bli satt i verk. Kanskje er det en hjertesvikt pasient som plutselig går opp et par kilo i vekt, og der årsaken kan være en akutt forverring.

– Pasienten kan få beskjed om å ringe fastlegen. Om situasjonen virker kritisk, kan responscenteret ringe legevakst eller ambulanse. Responsplanen er satt opp individuelt for hver enkelt pasient ut fra ulike referanseparametere, forteller Jonassen.

I tillegg til å reagere når målingene forandrer seg, har ansatte ved responscenteret jevnlig samtaler med pasientene.

Siden pasienter med KOLS og hjertesvikt blir gradvis dårligere over tid, kan man ikke si at de blir friskere med denne typen oppfølging.

– Vi håper at vi kan holde dem stabile lenger og utsette alvorlige forverringer. Kanskje kan de også bo hjemme lenger, sier Jonassen.

## SEKS KOMMUNER

I Velferdsteknologiprogrammet er det fem kommuner i tillegg til de fire Oslo-bydelene som er med på den nåværende utprøvingen av avstandsoppfølging. Det er Bodø, Kvam, Eid, Ullensaker i samarbeid med Gjerdrum, og Kristiansand i samarbeid med Farsund, Arendal og Grimstad.

Tilsammen har 80 fastleger i de seks kommuneprosjektene forpliktet seg til å delta, og målet er at 600 pasienter skal være med i utprøvingen. Halvparten skal i en intervensjonsgruppe, og den andre halvparten i en kontrollgruppe.





– Jeg syns det er verdt å engasjere seg litt i dette med avstandsoppfølging og gjøre seg noen erfaringer. Dette er noe som kommer uansett. Teknologien blir en del av hverdagen vår på den ene eller andre måten, sier lege Sigurd Sørås Jonassen ved Legene på Sinsen.

rundt på et ensomt hav. De er kronisk syke og har stort sett jevnlig fastlegekontakt. Mitt inntrykk er at dette er stikk motsatt, ved at pasientene med avstandsoppfølging føler seg sett og hørt, sier Jonassen.

#### REKLAMERER

Han har forsøkt å reklamere for avstandsoppfølging når han snakker med andre leger i bydelen, og merker at de gjerne er litt skeptiske. Mange er frustrerte over krisen i fastlegeordningen hvor legene drukner i arbeid.

– Jeg prøver å fortelle om min erfaring med at dette ikke har medført økt arbeidsmengde, sier Jonassen.

– Jeg blir pensjonert om fem år, men jeg kan ikke være så konservativ at jeg ikke vil forholde meg til dette, legger han til.

#### FORVENTNINGER

Fastlegen forteller at han merker en økende forventning fra pasientene om å kunne kommunisere med helsevesenet digitalt.

– De eldre ønsker å komme til legetime. De unge har helt andre forventninger. De ønsker kanskje ikke å bruke tid på å reise til og fra og sitte på venterommet, så de spør om jeg ikke har mulighet for video-konsultasjon, forteller fastlegen.

Det har han ikke i dag, men han ser for seg at det kan bli aktuelt i fremtiden for enkle problemstillinger, som for eksempel et migreneanfall eller en magesjau.

– Ved smittsomme magesykdommer er det kanskje ikke så lurt å få pasientene inn på venterommet uansett, sier han.

I en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet anbefalt at legene kan ta i bruk videoløsninger for e-konsultasjon som allerede er tilgjengelige i markedet, og at e-konsultasjon likestilles med fysisk konsultasjon.

– Foreløpig er det få legekontor som har plattform for dette, men vi ser at det er i ferd med å komme føringer på det, sier Jonassen. ■

– Hypotesen er at vi kan få bedre ressursutnyttelse og redusere innleggelser og fastlegebesøk. Med en gruppe på så mange pasienter, vil det bli mulig å si noe om effektene, sier Jonassen.

I tillegg til prosjektene i Nasjonalt program for velferdsteknologi, foregår det en rekke ulike prosjekter med medisinsk avstandsoppfølging i kommuner og spesialisthelsetjenesten her i landet.

#### FALSK TRYGGHET

Jonassen tror ikke det er lurt å rulle ut avstandsoppfølging i stor skala før man har dokumentert positive effekter. Teoretisk ser han for seg en mulighet for at det kan oppstå en falsk form for trygghet som for eksempel fører til forsinkelse av legekontakt.

– Men vi har ikke sett noen slike tilfeller hittil, sier han.

Jonassen er også tydelig på at kommunikasjon alltid har mange lag. Om man kun ser på måleresultater uten å snakke med pasienten, bør man være oppmerksom på at dette ikke gjenspeiler hele pasientens virkelighet.

Snakker man med pasienten på telefon, får man et litt bedre inntrykk.

– Med en videosamtale vil dette bli enda bedre. Mest informasjon får du selvfølgelig når du sitter med pasienten foran deg, sier Jonassen.

Han tror ikke denne typen tjenester erstatter «de varme hendene», noe som har vært en vanlig innvending.

– Dette er ikke pasienter som driver

## Fastleger kan få hjelp til diabetesregistrering

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorietjenester (Noklus) og Norsk diabetesregister for voksne har nylig fått midler til et pilotprosjekt i Oslo for å øke bruken av Noklus' diabetesskjema og innrapporteringen til registeret. I praksis vil det si at en ressursperson fra Noklus kan komme på besøk til legekontor i Oslo som ønsker det og gi veiledning i bruk av skjemaet til leger og medarbeidere. Dersom behov kan det også gis teknisk bistand til installasjon.

I de nasjonale diabetesretningslinjene (2) er bruk av Noklus diabetesskjema i allmennpraksis en sterk anbefaling og er knyttet til takst 109 a og b i Normaltariffen.

Diabetesskjemaet er elektronisk og samhandler med pasientjournalen og bedrer oversikten over og oppfølgingen av pasienter med diabetes. I tillegg til å være et kvalitetsverktøy for fastlegen er skjemaet et innsamlingsverktøy for registeret og data sendes inn årlig.

Registeret har som formål å bidra til å bedre kvaliteten på diabetesbehandlingen i Norge og samler data både fra allmennpraksis og fra diabetespoliklinikkene ved landets sykehus. Fastleger som sender inn skjemaet får tilbake en rapport der data fra legekantoret sammenstilles med data fra andre fastleger i Norge. Disse rapportene gir god oversikt på kvalitet på diabetesbehandlingen i egen praksis og kan benyttes i smågrupper og i kvalitetsforbedringsarbeid lokalt på legekantoret.

Tilbudet om oppstartveiledning i Oslo er et pilotprosjekt og har en begrenset varighet ut 2019.

Leger/lekantore i Oslo som ønsker besøk av Noklus eller bare vil ha mer informasjon om tilbudet kan sende e-post til [camilla.aker@ous-hf.no](mailto:camilla.aker@ous-hf.no) eller ringe 48262340. Tilbudet er gratis.

TONE VONHEIM MADSEN  
prosjektleder  
Norsk diabetesregister for voksne

# Vil utvide helseberedskapsloven

**Et utkast til ny helseberedskapslov vil gi myndighetene svært vide fullmakter ved kriser og katastrofer. Som følge av erfaringer fra NATO-øvelsen Trident Juncture skal militære og sivile myndigheter pålegges et tettere samarbeid.**

TEKST: PER HELGE MÅSEIDE

Cyberangrep, risikoen for store naturkatastrofer som følge av klimaendringer og kritisk legemiddelmangel har gjort at trusselbildet Norge står overfor har endret seg. Dette er noe av bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet utarbeide forslag til en oppdatert helseberedskapslov.

I et utkast som er sendt på en uformell innspillsrunde til sentrale aktører, er Helsedirektoratet krystallklare på at dagens lov ikke er tilstrekkelig: «Beskrivelser av varslings, rapportering og informasjonsdeling er ikke dekkende nok til å sikre effektiv håndtering av kriser som omfattes av loven», skriver direktoratet.

Utkastet til ny lov høster kritikk. Norsk presseforbund, som ikke har vært med i arbeidet, mener forslaget er et angrep på pressefriheten. Jusprofessor Eivind Smith er skeptisk til et forslag om å kunne tilside-sette norsk lov.



Et økende antall naturkatastrofer som følge av klimaendringer er én av årsakene til at Helsedirektoratet foreslår en kraftig utvidet helseberedskapslov. SKJERM DUMP FRA TV2

## FORSLAGENE OMFATTER AT:

- Pressen skal kunne tvinges til å publisere «koordinert informasjon»
- Helsepersonell skal kunne tvinges til å jobbe helt til de er 75 år, mot 65 år i dag.
- En rekke aktører som i dag ikke er omfattet av loven skal inn under denne og pålegges å delta i utarbeidelse av beredskapsplaner og øvelser.
- Kommuner og helseforetak vil få skjerpede krav til avtaler og kriselagre for å sikre at pasienter får tilgang til spesielt viktige legemidler og medisinsk utstyr.

Loven vil i tillegg til sykehus, fastleger og avtalespesialister også omfatte bemanningsbyråer, privatpraktiserende leger og tannleger, samt private som leverer tjenester.

Helsedirektoratet ønsker at Forsvaret, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Norsk helsenett skal omfattes av loven, noe de ikke gjør i dag.

## PÅLEGGES KRISELAGRE AV LEGEMIDLER

Mangel på legemidler blir et stadig større problem, samtidig som myndighetene har få sanksjonsmuligheter. Bare i 2018 registrerte Statens legemiddelverk 684 meldinger om redusert tilgang på legemidler, noe som er nær en tidobling siden 2008, og en dobling bare siden 2016, går det fram av lovutkastet. I tillegg til sviktende forsyning kan det også oppstå et akutt «etterspørsselsjokk» ved at

en katastrofe et annet sted fører til unormalt stor etterspørsel etter bestemte legemidler.

Mens det i dag er etablert ordninger som skal sikre forsyninger av legemidler til sykehus fra grossister. Medisinene som fastlegene skriver ut, og som pasientene deretter kjøper på apoteket, er ikke beredskapssikret på samme måte.

Direktoratet påpeker at erfaringer fra internasjonale helsekriser de siste årene, har vist at det kan oppstå mangel på forbruksmateriell og medisinsk utstyr, for eksempel smittevernutstyr, slik man blant annet erfarte under pandemien i 2009 (svineinfluensa) og utbruddet av ebolavirus-sykdom i Vest-Afrika i 2014.



Ny helseberedskapslov foreslår et tettere samarbeid mellom sivile og militære helsetjenester. Her vurderer Juan G. Hernandez og paramedic Arne Herfjord egenskapene ved en norsk ambulanse opp mot et amerikansk terrenggående kjøretøy (Humvee) under NATO-øvelsen Trident Juncture i oktober.

FOTO: BETHANIE C. SAHMS, US MARINES

Både helseforetak og kommuner vil nå bli pålagt å ha avtaler som sikrer forsyninger for spesielt viktige legemidler og medisinsk utstyr for minimum tre måneder, mot to måneder i dag. I tillegg må de også opprette egne legemiddellagre som skal vare i én måned.

#### FOREBYGGENDE

Loven tar inn over seg erfaringer fra den gigantiske NATO-øvelsen Trident Juncture i høst. Blant annet skal det bli tydeligere at helsevesenet har et ansvar for å yte helse-tjenester til soldater og annet militært personell, og ikke bare til sivile.

Lovforslaget omfatter både krig, katastrofer og kriser, men også situasjoner der en krise nærmer seg eller er i ferd med å eskalere til en katastrofe. Da skal loven kunne brukes forebyggende, noe dagens lov ikke kan. Helsedirektoratet skriver at det dermed skal mindre til for at lovbestemmelsene tas i bruk, samtidig som den favner videre, sammenliknet med hva som er tilfellet med dagens lov. Loven skal også gjelde utenfor landets grenser, for eksempel hvis det blir nødvendig å evakuere norske borgere fra et norsk cruiseskip i utlandet.

Direktoratet peker på at loven *kunne* kommet til anvendelse høsten 2015 da tusenvis av flyktninger strømmet over grensen fra Russland i Sør-Varanger.

Lovutkastet inneholder også bestemmelser om samkjøring av personopplysninger fra en rekke registre. I tillegg kommer krav til å overgi eiendommer og inventar til myndighetene i fredstid for inntil sju dager. I dag er dette kun tillatt i krig.

#### KRITISK JUSPROFESSOR

Lovutkastet inneholder også et punkt om at norsk lov kan settes til side av regjeringen, en såkalt derogasjon. Dette skal ikke bare kunne skje ved krig, kriser og katastrofer, men også hvis det inntreffer «en uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og potensielt uakseptable konsekvenser for de enkeltpersonene, gruppene, organisasjonene eller statene som rammes.»

Professor i rettsvitenskap ved Universitetet i Oslo, Eivind Smith, uttrykker en viss skepsis til forslaget:

– Dette virker nokså vagt eller vidt - er det ikke «uakseptabelt» at jeg snart vil kunne bli påkjørt av en bil, for eksempel?

Smith etterlyser en nærmere drøfting av hvilke unntaksbestemmelser som allerede foreligger.

– Det finnes allerede mange bestemmelser som åpner for tilpasning etter skjønn. Ut fra faren for misbruk i en ukjent fremtid kan det derfor være grunn til å advare mot å tilføre en ny vid hjemmel uten at det først er bedre klarlagt hvilke grenser som skal gjelde for avvik fra gjeldende lov, skriver han i en epost.

#### INNSPILL

Utkastet til den kraftig utvidede helseberedskapsloven, ble nylig sendt på en uformell innspillsrunde til helseforetakene, fagforeninger, Forsvaret og organisasjonslivet. I forkant har det også vært møtevirksomhet med berørte parter, blant annet med Legeforeningen, som ikke vil kommentere utkastet på det nåværende tidspunkt.

– Det er svært prinsipielle spørsmål som reises. Legeforeningen vil følge dette arbeidet tett, sier avdelingsdirektør Lars Duvaland.

Innen 22. april skal de berørte instansene gi tilbakemeldinger, før et omarbeidet lovforslag etter planen skal oversendes Helsedepartementet 1. juni. ■

# Kraftig kritikk av informasjonsplikt

**Informasjonsplikt for mediene er ett av forslagene til endringer i Helseberedskapsloven. Norsk Presseforbund mener forslaget truer pressefriheten.**

TEKST: PER HELGE MÅSEIDE

I dag er det kun NRK som er pålagt å videreformidle informasjon fra myndighetene «når det har vesentlig betydning». Dette er hjemlet i Kringkastingsloven, og kan for eksempel dreie seg om trafikkmeldinger som bryter inn i radiosendinger.

I følge en egen forskrift skal NRK også sørge for at informasjon fra myndighetene når befolkningen i kriser og krig. NRK er pålagt å delta i beredskapsøvelser og må i tillegg sørge for at sendenet er teknisk rustet for å takle kriser og krig.

Generalsekretær Elin Floberghagen i Norsk Presseforbund mener forslaget går mye lenger, og at det griper inn i både ytrings- og pressefriheten.

## MEDIENE MÅ FØLGE ORDRE

Det foreslås at «informasjonsformidlere», som omfatter presse og sosiale medier, skal følge ordre fra myndighetene om informasjon som skal kommuniseres ut til befolkningen. Dette omfatter også hvem som skal formidle informasjonen, hvor synlig den skal være, og hvor lenge det skal pågå. Bestemmelsen skal kun tre i kraft «når liv eller helse er i fare» og kun etter grundig overveelse, heter det i lovforslaget.

Floberghagen er sterkt kritisk til forslaget, blant annet fordi det omfatter forebygging av kriser.

– Prinsipielt mener jeg at mediene må ha en fri rolle overfor myndighetene og ikke være en del av norsk beredskap. Ved større katastrofer vil jo mediene være seg sitt samfunnsansvar bevisst. Får de meldinger fra myndighetene som bør frem til folk vil mediene naturligvis bidra til det.

– Jeg forstår ikke hvorfor medienes



Generalsekretær Elin Floberghagen i Norsk Presseforbund.

FOTO: THOMAS BRUN, NTB PRODUKSJON

organisasjoner ikke er kontaktet. Da kunne dette vært unngått veldig raskt. Dette kommer vi aldri til å godta, sier hun.

Forslaget viser ikke til noen andre lovbestemmelser på området.

– Å legge fram et slikt forslag uten å vurdere det opp mot Grunnlovens paragraf 100 om ytringsfrihet og EMK artikkel 10 (Den europeiske menneskerettighetskomisjonens artikkel om ytringsfrihet, red.anm.) er under enhver kritikk, sier Floberghagen.

– Mediene har et selvstendig informasjonsansvar, men de har også et ansvar for å sette et kritisk søkelys på hvordan myndighetene agerer, sier hun.

Floberghagen mener at lovbestemmelsene er helt unødvendige.

– Både informasjonsansvaret, uavhengigheten og at det skal være presis og god informasjon er allerede regulert i Vær varsom-plakaten, sier hun.

– Erfaringen fra større hendelse i Norge er

at mediene informerer. Blir det feil informasjon, har man plikt til å rette opp det så raskt som mulig.

– Norge ligger øverst på pressefrihetsstatistikken. Det ville vi ikke gjort hvis dette var tilfellet. Jeg anbefaler at de ser på Grunnloven og Lov om redaksjonell fridom i mediene, sier Floberghagen.

## UTENFOR REDAKTØRPLAKATEN

Sikkerhetssjef Øyvind Vasaasen i NRK forteller at den informasjonen som de skal formidle på vegne av myndighetene ligger utenfor Redaktørplakaten. Den vil altså gå ut uredigert fra NRKs side, samtidig som den vil bli spesielt merket slik at den tydelig skiller seg fra NRKs journalistikk.

– Dette er kun aktuelt i kriser og krig, sier han.

Kringkastingsloven gjelder for alle som driver kringkasting, men etter det Vasaasen kjenner til, er det bare NRK som har det regulert gjennom en forskrift.

–NRK har for eksempel en avtale med Norsk Lokalradioforbund om at en eventuell melding fra statsmyndighet også skal kringkastes i utpekte beredskapsradioer. NRK vil formidle en eventuell melding fra statsmyndighet i alle tilgjengelige kanaler og på alle plattformer, opplyser Vasaasen.

## ØNSKER ÅPEN PROSESS

Helsedirektoratet er kjent med at Journalen omtaler forslaget og Presseforbundets skarpe kritikk.

– Valget om å ha en åpen prosess har blitt godt mottatt og vi håper å få mange gode innspill i nærmeste ukene. Når innspillene er mottatt vil vi jobbe videre med oppdraget vårt, skriver avdelingsdirektør Anne Louise Valle i en epost.



GEIR SVERRE BRAUT

BRAUT er seniorrådgiver ved Forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus, professor i helsefag ved Høgskulen på Vestlandet og utredningsleder i Statens helsetilsyn.

# Godt grep om interessekonflikter

Denne boka er stappfull av godt stoff for ein som har levd størsteparten av livet med det eine beinet i tenesteyting og forvaltning, det andre i undervisning og fagutvikling. Boka er ei samling av frittstående tekstar om interessekonflikter i forskning, nett slik som tittelen seier. Sjølv om utgangspunktet er naturvitskapleg forskning, innanfor verksemdsområdet til Den nasjonale komité for naturvitskap og teknologi, er det nok av stoff som bør vere av interesse også for legar som forskar.

Trass i at boka er ein antologi, er det lite sprik mellom dei ulike tekstane. Det verkar som redaksjonen har hatt eit godt grep om prosjektet. Boka har ein tydeleg «raud tråd», der det teoretiske utgangspunktet kan finnast hjå solide vitskapsteoretikarar som Robert Merton og Knut Erik Tranøy. Det er gildt å sjå at god filosofisk vitskap har stor slitestyrke, og står trygt i møte med nye tider.

I kapittel 1 går forfattarane rett på sak og set tonen for resten av boka. Dei ser nærare på Mertons prinsipp om at forskarane skal vere interesselaue, altså utan eigen nytte av det ein finn fram til. I vår tid kan dette kravet forståast slik at ein skal vere saksorientert, meir enn fagorientert. Open tilgang gjer at du finn kapittel etter kapittel med eit par tastetrykk på datamaskina.

I samsvar med krava i tida, er dei fleste kapitla fagfelleverderte. Dei tre kapitla (sjå forordet) som ikkje er det, er på ingen som helst måte mindre leseverdige. Rett nok er dei jamt over mindre teoriforankra, og ber meir preg av meiningsytringar, enn dei andre kapitla. Men når det er sagt; dette er kloke ytringar som er minst like kunnskapsformidlande som dei andre tekstane i antologien.

Tema som sannferd (sannhet), uvisse (usikkerheit), risiko og skjønn er trekte fram i mange av artiklane i boka. Likevel er det ikkje gitt noko djupare drøfting av desse forholda i tekstane. Det saknar eg. På mange måtar er det i forståinga av desse



**HELENE INGIERD, INGRID BAY-LARSEN OG KJELLRUN HIIS**

INTERESSEKONFLIKTER I FORSKNING

Cappelen Damm Akademisk, 2019

ISBN: 978-82-02-63748-4

257 sider\*

omgrepa og fenomena at ein må ta stilling til kva som er gyldig kunnskap for konkrete handlingar i møte med einskildmenneske og samfunnet. «Før-var-prinsippet», som også er omtala i boka, er på sett og vis den administrative og politiske samansmeltinga av desse fenomena, altså i og for seg ikkje ein vitskapleg verdi i seg sjølv.

I møte med bioteknologiske utfordringar burde dette gjerne problematiserast vidare. Tekstane i boka manglar jamt over eit syn på om det er ei bakside ved å tileigna seg ny kunnskap. Sagt med ein gammal-testamentleg allegori: Kva kostar det å eta av kunnskapens tre?

På nokre område strevar naturvitskapen tydelegvis med saker som medisinen har lagt bak seg, eller i alle fall har eit forhold til, nemleg forskning på eiga verksemd. Medisinen har truleg også eit noko meir avklart forhold til ekstern finansiering enn det eg får inntrykk av at oppdragsforskning innanfor naturfaga elles har. Men medisinsk forskning er dessverre

ikkje eit tema i denne boka. Ulikskapar i synet på interessekonflikter innanfor medisin, naturfag, samfunnsfag og humaniora kan kanskje vere tema for ei ny bok?

Medias rolle som formidlar av forskingsbasert kunnskap, er kommentert i fleire av artiklane. Men media si rolle med å skaffe fram ny kunnskap, er ikkje omtala. Dette kunne også vere tema for ein eigen analyse. I boka blir fri tilgang til kjelder fremja som eit kriterium for god forskning. Prinsipielt kjekt og greitt. Men dette er det gode grunnar til å dvele med i medisinen for tida. Det er tankevekkjande at VG kan publisere data om tvangsbruk, og NRK kan presentere detaljar om sjølv mord i psykiatrien, på eit langt meir detaljert nivå enn det som ein vanlegvis vil få god tatt som etisk forsvarleg forskning.

Dersom ein berre vil «plukkele» i boka, tykkjer eg at kapittel 6 om «den menneskeskapte iskanten» stiller seg godt fram. Eg er slett ikkje samd i alt som er skrive, men her ser ein svært så tydeleg utfordringane ein har med å få vitskapsbasert kunnskap inn i forvaltning og tenesteyting.

Når feilplukkaren er på ferde, finn ein sjølv sagt noko. Referansen til (den elles så utmerkete) teksten av medisinen Rørtveit på side 35, er ikkje å oppdrive i litteraturlista. Og på side 117 skal det nok vere Nydal i staden for Nybø.

Og kva sit eg så att med etter lesinga? Kva som er kriteria for sanning kan diskuterast, uavhengigheit er problematisk, uvisse, risiko og skjønn er uforpliktande følgesveinar. Her vil ulike fag ha ulike perspektiv på kva som er vitskapleg. Men viljen til å vere open står seg som allmenn vitskapleg verdi.

Boka viser godt at det er meir å hente når det handlar om å utvikle transparens i akademisk verksemd. Kjennskap til kven som har betalt for forskinga, er berre ein av parametranne i denne leiken.

\* Åpen tilgang: Boken leser du gratis her : <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/63>

# Podcast-psykiater med horn i siden til Høie

**Jan Ivar Røssberg er godt likt av studentene og er å høre på podcasten *Psykopoden*. Professoren ivrer for mer forskning på nye og etablerte behandlingsmetoder og kritiserer Bent Høie for å være kunnskapsløs - og den dårligste helseministeren noen sinne.**

TEKST: SYNNE LOFSTAD

Har du ennå ikke blitt bitt av podcastbasillen? Det har psykiater Jan Ivar Røssberg. Han er en av initiativtagerne til *Psykopoden*. En informasjonspodcast laget for medisinstudenter, men som også er beregnet for allmennheten. Mange som jobber i psykiatrien kjenner til Jan Ivars arbeid. Han har skrevet mer enn 100 forskningsartikler og bokkapitler og veiledet 10 stipendiater fram til en doktorgrad (Ph.d). I psykiatriundervisningen på medisinstudiet var han godt likt, mye på grunn sitt smittende engasjement og evne til å konkretisere fagfeltet.

Jan Ivar er professor ved Universitet i Oslo og overlege ved Seksjon for behandlingsforskning (SEB) ved Oslo universitetssykehus.

*Psykopoden* er en podcast om psykiske lidelser og hvordan de behandles. Jan Ivar lager den sammen med førsteamanuensis og lege Unn H. Haukvik og klinisk stipendiat og lege Erlend Strand Gardsjord. Intervjueren har selv brukt podcasten som repetisjon før oppstart av LIS1-rotasjon i psykiatri.

– Det var egentlig studentene som etterlyste en podcast. Og så gjorde vi det! Noen episoder er laget spesielt for medisinstudentene i Oslo. En gang «kapret» de studio og stilte oss spørsmål om hva de kunne få på eksamen og tok opp temaer fra undervisningen som hadde vært spesielt vanskelige. Slike episoder går bare ut til studentene, men de andre går ut til allmennheten også. Nå har vi spilt inn 11 episoder. Det er innmari morsomt!

## JAN IVAR RØSSBERG

- ▶ Sivilstand: Gift, 3 barn og 1 barnebarn.
- ▶ Bor på Rykkinn
- ▶ 1986-87 Realfagstudier ved UiO
- ▶ 1987-89 Homeopatistudier ved NAN (deltid)
- ▶ 1989-95 Medisinstudiet ved UiO
- ▶ 2005 Den medisinske doktorgrad, Ph.D
- ▶ 2007 Spesialist i psykiatri
- ▶ 01.01.15-dd Professor og overlege ved Seksjon for behandlingsforskning, OUS/UiO
- ▶ 01.09.13-05.06.16 Modulleader(semesterleder)/Undervisningsleder/Eksamenskommissjonsleder ved UiO, 8. semester (psykiatriterminen)
- ▶ 05.06.16-dd Modulleader(semesterleder) og Undervisningsleder

– Planen var jo egentlig at det bare skulle være for studentene i Oslo, men så var flere interesserte i det. Nå hørte jeg at utenlandsstudentene hører på den, og studentene i Trondheim, Tromsø og Bergen.

– Det er litt det jeg brenner for: å få kunnskap om psykisk helse ut. Samtidig som det er veldig greit at studentene har hørt gjennom podcasten før forelesningene. Da har de bakgrunnskunnskap om temaet

og vi som forelesere kan fokusere på hvordan de skal anvende denne kunnskapen i klinikken, sier han.

## FÅR HAKESLEPP

Jan Ivar har skrevet en rekke kronikker og debattartikler om psykiske lidelser. Han er opptatt av at også vanlige folk skal få god informasjon om hva som skjer i feltet og at synsing blir utfordret av fakta.

– Det skrives og sies så mye rart om psykisk helse i befolkningen at jeg av og til får hakeslepp. For eksempel tror alle jeg snakker med at psykiske lidelser øker i befolkningen. Det gjør ikke det!

– Den eneste psykiske lidelsen som har økt de siste 10-15 årene er depresjon hos kvinner mellom 15 og 19 år. Ellers har det vært helt stabilt. Alle har en mening om psykiske lidelser uansett kunnskapsnivå.

– Jeg brenner virkelig for å få fram mest mulig riktig informasjon om hva vi vet om årsaker og hva som har vist seg å være best mulig behandling for de ulike lidelsene, sier han.

## KUNNSKAPSLØSHET HOS POLITIKERE

Jan Ivar er opptatt av at politikere tar beslutninger basert på kunnskap, og da særlig om hva slags forebyggende tiltak og behandling som virker. Han synes dette er blitt mer og mer fraværende de siste årene og mener fagfolk må komme på banen og prøve å få fram kunnskap basert på mange år med forskning.



FOTO: ØYSTEIN HORGMO, UIO

Et tema han har debattert flere ganger i av medisinfrie tiltak for pasienter med psykoseproblematikk. Helseminister Bent Høie (H) sendte i 2015 et brev til de regionale helseforetakene om at alle foretakene skulle etablere et tilbud om medikamentfri behandling innen 1. juni 2016. Tilbudet skulle inkludere egne avdelinger. Jan Ivar har iherdig prøvd å finne gode argumenter for å innføre medisinfrie avdelinger for psykosepasienter. - Jeg har faktisk ikke funnet et eneste godt argument for det. Dersom det er overmedisinering av personer med psykiske lidelser, for mye bruk av tvang, for lite autonomi og for mange paternalistiske holdninger blant helsepersonell, så er jo det noe vi må forandre på i hele fagfeltet og ikke bare på noen få sengeposter. I tillegg viser

*« Vi kan ikke basere helsetjenesten vår på pasientstemmer som skriker høyest i sosiale medier. »*

historien at det ikke går så bra med pasienter som er innlagt på slike poster. Maks levetid for slike sengeposter har historisk vært en 10 års tid.

- Helseminister Bent Høie, og noen andre, fortalte at det fantes mye god dokumentasjon på psykososial behandling for personer med psykoselidelser. Det gjør det altså ikke,

men det er ikke så rart at noen pasientorganisasjoner samlet seg og ville ha det, når de fikk høre at de kunne bli friske uten bruk av medisiner. Da snakker vi dessverre ikke lenger om kunnskapsbasert behandling. Dette ligner mer populisme og det fortjener ikke pasienter med psykiske lidelser.

- Vi må høre på pasientene. De er definitivt en svært viktig kilde til bedre behandling og ikke minst hvordan helsetjenestene bør utformes. Men når det er sagt: Vi må prioritere i dagens helsevesen, og da må vi prioritere behandling som er godt undersøkt. Vi kan ikke basere helsetjenesten vår på pasientstemmer som skriker høyest i sosiale medier. Det er nok lett for en stemmesankende helseminister å høre på disse og gjøre som de sier, men da får vi ikke



Unn H. Haukvik, Jan Ivar Røssberg og Erlend Strand Gardsjord deler sin kunnskap og vil i enkelte episoder også invitere andre fagpersoner til det samme.

et kunnskapsbasert helsevesen. Fortsetter vi slik er det ikke vanskelig å se for seg Snåsa-mannen på Radiumhospitalet. Og healing og astrologi på medisinske avdelinger.

– Innen det psykisk helsefeltet har det alltid vært pasientorganisasjoner som er imot det psykiatrien står for. De er imot diagnoser og all form for tvang. I tillegg er de skeptiske til medisiner og mener årsakene er feil beskrevet og at behandlingen stort sett er helt på jordet. Disse psykiatri-kritiske pasientorganisasjonene i Norge er små, men har sterke meninger. Jan Ivar skulle ønske de heller kunne komme med innspill om hva de er for, enn alt de er imot. Han tror det ville bidratt til en mer meningsfull debatt.

#### FRA ETT YTTERPUNKT TIL ET ANNET

Psykiatriens historie viser at vi ofte har svingt

fra det ene ytterpunktet til det andre. Fra fokus på bare biologi og legemidler til bare psykososiale årsaksforklaringer og behandlingsmetoder. Jan Ivar er sikker på at vi må forholde oss til begge deler, ut fra den kunnskapen vi har i dag. Vi må undersøke hvordan ulike behandlingstiltak virker sammen.

Så langt i sin karriere har Jan Ivar for det meste forsket på ulike psykososiale behandlingstiltak hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Han leder for tiden en stor studie som undersøker hvordan de ulike formene for samtaleterapi faktisk virker.

– Jeg tenker at vi i alt for liten grad bruker det vi vet virker. Familiearbeid, som er ganske godt dokumentert, bruker vi i veldig liten grad. Vi har litt for lett for å hoppe på nye metoder, i stedet for å undersøke mer grundig de vi allerede har. Og gjøre forbedringer på dem.

– Mange mener at Bent Høie har vært en kontroversiell helseminister, særlig med tanke på psykisk helsevern og rusbehandling. Innføring av pakkeforløp og medisinfriske tiltak er bare noen eksempler på saker som har skapt debatt. Hva tenker du?

– Jeg kan ikke komme på en helseminister som jeg synes har vært så dårlig for det psykiske helsefeltet som Bent Høie. Han beordrer tiltak vi ikke har kunnskap om, samtidig som han ikke bevilger penger til forskning på tiltakene.

– Jeg synes det er interessant at Norges befolkning stadig bruker mindre og mindre alternative behandlingsmetoder, mens vi i det offentlige helsesystem (psykiatrien) stadig bruker mer av udokumenterte metoder.

Høies motto om «pasientenes helsetjeneste» er også merkelig, synes Jan Ivar.

*«Jeg kan ikke komme på en helseminister som jeg synes har vært så dårlig for psykisk helsefeltet som Bent Høie. Alle har en mening om psykiske lidelser. Uansett kunnskapsnivå.»*

– Det er et veldig godt motto som alle i utgangspunktet kan være enige i. Men når han sier det, er det som om vi behandlere ikke ønsker det beste for pasientene.

– De aller fleste kollegaer og medarbeidere jeg kjenner brenner for å hjelpe pasienter som er i en vanskelig situasjon. Det er som om han skaper en motsetning mellom pasientene og behandlerne. Det blir det jo debatt av.

– Tanken om at Høie er veldig god strategisk har slått meg. Han innfører tvilsomme tiltak som ingen egentlig vet hva er, som fører til en debatt mellom brukere og behandlere. Da har jeg tenkt at han unngår debatten det egentlig burde handlet om, nemlig at han i løpet av årene som helseminister aldri har klart å følge opp «den gylne regel». Vi har ikke fått noe debatt om det, men krangler heller om pasientenes helsetjeneste, tvang og samtykkelover. Hvis vi skal skape pasientenes helsetjeneste, så kan vi starte helt enkelt med å gi mer ressurser til sengeavdelinger og poliklinikker, og la personalet få lov å gjøre jobben sin. Jeg fulgte en psykiatrisk post i 20 år. Der viste det seg at i perioder hvor personalet fikk anledning til å gjøre jobben sin på en skikkelig måte, fikk tid til å bygge en relasjon og iverksette gode behandlingstiltak, så var pasientene veldig fornøyd med behandlingen. På den andre siden var pasientene mer misfornøyd med behandlingen når personalet følte de ikke hadde muligheten til å gjøre en god jobb for pasientene. Så den enkleste løsningen på å skape pasientenes helsetjeneste ser ut til å være å bevilge nok penger til helsepersonell slik at de kan gjøre jobben på en mest mulig optimal måte, sier han.

#### **HØIE MISLYKKES MED GYLDEN REGEL**

«Den gylne regel» går ut på at rusbehandling og psykisk helsevern skal ha en årlig vekst som er større enn veksten i somatikken. Det har ikke Høie innfridd mens han har sittet som helseminister, forteller Jan Ivar.

– Hvert år er han misfornøyd, og allikevel klarer han ikke å gjøre noe med det.

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus ble innført 1. januar 2019. I forrige nummer av *Journalen* skrev Torhild Torjussen Hovdal og Mette Garvoll, begge fra Helsedirektoratet, en kronikk om innføringen. De argumenterer for at det vil bidra til mer likeverdig behandling og bedre samhandling, samt sikre brukermedvirkning.

– *Hva tenker du om det?*

– Jeg er fortsatt usikker på om dette blir en ny byråkratisk greie, eller om det vil få betydning for pasientbehandlingen. Jeg tenker at å sikre gode og likeverdige tjenester til alle er en god ting. At alle skal få en god utredning er viktig, men jeg tenker også at disse pakkeforløpene må være veldig fleksible. Mitt inntrykk er heldigvis at de i stor grad har greid det.

#### **BRENNER FOR FAGFELTET**

Jan Ivar brenner åpenbart for fagfeltet sitt.

– *Hva var grunnen til at du valgte du psykiatrifeltet egentlig?*

– Det har jeg tenkt mye på. Jeg tror det var på slutten av studiet at interessen ble vekket for alvor. Det er litt banalt å si, men jeg tror jeg var nysgjerrig på hva det vil si å være menneske, med tanker og følelser og den kombinasjonen med biologi, psykologi og det sosiale som vi må ta hensyn til som ►

Her står det en annonse i papirutgaven.

Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

psykiatere. Vi behandler jo faktisk tankene og følelsene til mennesker som sliter. Akkurat det som gjør at vi er oss. Det synes jeg er veldig spennende. Og det må vi være ydmyke for, og vi må vite, så langt det lar seg gjøre, at behandlingen er til hjelp for det den skal hjelpe for.

– *Psykiatere har fått kritikk for å behandle pasienter til å bli mer A4. Hva tenker du om det?*

– Den er interessant. Det må vi passe oss for. Der har psykiatrien en veldig skummel historie. Alt fra dissidentschizofreni i Sovjetunionen, der dissidenter på 70-tallet ble erklært gale og innlagt for tvangsbehandling, til en skremmende lobotomihistorie.

– Jeg tror vi har kommet lenger i dag, jeg håper det, men da må vi hele tiden ha fokus på at enhver ny metode vi skal implementere er godt testet og sjekket ut for bivirkninger. Der synes jeg vi glipper nå.

– Jeg tenker at mange, selv psykiatere, ofte er for skeptiske til kunnskapene vi i dag har om årsaker og behandling av psykiske lidelser på grunn av historien. «Ja, vi må huske på historien». Men den kunnskapen vi sitter på nå, den må vi stole på. For den har vi testet ut med de beste vitenskapelige metodene vi har. «Ja, men vi drev jo med lobotomi...» Ja, men den metoden testet vi ikke ut, den testet vi ikke for bivirkninger.

– Jeg skal kjempe til min dødsdag for at nye behandlingsmetoder er godt nok testet ut før de implementeres i psykiatrien. Passer vi ikke på det, er faren stor for at vi vil gjenta feil vi tidligere har gjort. Men samtidig er det viktig å huske på at kunnskap er flyktig og vi må hele tiden endre hva vi skal anbefale av behandling. Slik har det alltid vært. Dataene kan endre seg, og da må også vi endre oss.

– Jeg synes dessverre at mange av mine kolleger snakker ned eget fag. Det er det ingen grunn til. Make psychiatry great again! (ler)

– *Leger generelt jobber jo i et «slitasjeyrke», både på kropp og sjel. Lange vakter, netter, lite søvn, tunge pasienthistorier både i somatikken og psykiatrien. Hva tenker du om det å være lege, og den arbeidshverdagen folk står og går i?*

– Jeg har selv vært innmari heldig. Jeg har hatt gode kolleger og et godt arbeidsmiljø så å si hele veien. Det er så viktig at man får regelmessig veiledning. Under psykiatriutdannelsen skal man jo ha regelmessig psykoterapiveiledning hvor man kan få luftet vanskelige ting. Der har de andre spesialitetene en lang vei å gå. Jeg har jobbet mye, men samtidig har det vært så gøy og givende. Man må finne det man liker å gjøre, og den spesialiteten man liker. Man må slappe av og huske på at ting som regel løser seg.

## «Fortsetter vi slik er det ikke vanskelig å se for seg Snåsamannen på Radiumhospitalet og healing og astrologi på medisinske avdelinger.»

– *Og de gangene det ikke går bra, søke hjelp?*

– Ikke sant. Med en gang! Leger er jo utsatt for å få psykiske lidelser, spesielt depresjon, og rusmisbruk. Slik har det jo alltid vært.

– Men det er en annen ting jeg tenker på nå, og det er at vi i mye større grad har begynt å patologisere det å være menneske. Altså, livet går opp og ned. Det er en del av det å være menneske. Vi har i dag fått en tanke om at alt for mye tilhører psykiologien og psykiatrien. Det må vi passe oss for. Spesielt unge mennesker er omgitt av blant annet bloggere som er litt triste eller deppa.

– Det å ha en depressiv lidelse er noe helt annet enn det som ofte omtales av kjendiser i media. Når man er deprimer, så faller ofte hele grunnmuren i deg. I psykiatrien har det ofte vært en «kom til oss» dette skal vi behandle holdning. Nå tror jeg det vil bli mer og mer, «nei, dette skal vi ikke behandle, dette er normalt».

– *Jeg skjønner at du har hatt en jobb som du har vært veldig glad i. Hva er det som ellers har vært viktig for deg i ditt liv?*

– Jeg har tre barn og har blitt bestefar. Jeg fikk barn tidlig, som student. Den yngste er nå i militæret, så nå er alle ute av redet. Men de er stadig innom, så vi er ikke særlig mye alene. Jeg er også veldig glad i å lese bøker. Jeg tror jeg leser nesten to romaner i måneden. Den siste var innmari bra. *Serotonin* av Michel Houellebecq, den anbefales. Jeg prøver å løpe og trene litt, iallfall i helgene. Også har jeg nettopp kjøpt meg ny sportsklokke. Det var ikke noe røverkjøp, tror jeg må kaste den. For det første viser den at jeg sover for lite, for det andre viser den at jeg går for lite. Og ikke minst, jeg har løpt en fast runde i sikkert ti år. Jeg trodde den var minst en mil lang. Så viser GPS-en på den idiotiske klokka at den bare er 7,4 km lang. Det må være feil på GPS-en. (ler)

– *Så funker den da, har du begynt å legge deg tidligere og sove mer?*

– Nei (ler). Jeg tror jeg må selge denne klokka. Det er bedre å være uvitende. ■

## Høie tilbakeviser kritikk

Helseministeren er på ingen måte enig i kritikken.

Høie er uenig i kritikken mot oppfølgingen av «den gyldne regel», som sier at kostnadsveksten innen rus og psykisk helsevern skal være høyere enn i somatikken. Dagens Medisin har vist til at dette ikke har skjedd i årene 2013-2017.

– Selv om regelen ikke er oppfylt på alle områder, har den medført betydelig større oppmerksomhet på psykisk helse og rusbehandling, og at ventetiden i 2013-18 er redusert med seks dager for barn og unge, med ni dager for voksne og med nesten 20 dager for ruspasienter.

Helseministeren er ikke enig i at han har hørt for mye på høyroistede aksjonister og påtvinget helsevesenet dårlig dokumenterte medikamentfrie tiltak.

– Jeg lytter ikke til pasientene for å sanke stemmer, men fordi de vet mye om hva som fungerer best for dem. Jeg forventer at behandlerne gir god informasjon og samarbeider med pasientene om hvilke behandlingsalternativer som finnes.

– Dersom pasientene skal kunne ta kontroll over sitt eget liv, må de også få ansvar for egen helse. Medikamentfri behandling er frivillig. Vi må ha respekt for at noen mener ulempene ved medisiner er større enn fordelene ved å ta medisiner, sier Høie og viser til at en evalueringsrapport fra Helse- og sosialdepartementet bekrefter at medikamentfrie tiltak «i stor grad er basert på myndighetenes faglige anbefalinger». Tiltakene er nå innført i alle helseregionene.

Bent Høie tilbakeviser at han snakker om pasientenes helsetjeneste på en måte som skaper splid, og at han insinuerer at behandlerne ikke vil det beste for pasientene.

– Jeg synes det er synd at behandlerne går i forsvarsposisjon i stedet for å ta pasientenes egne erfaringer og ønsker på alvor. Her handler det om at behandlerne og pasienter går sammen om å finne de beste løsningene for pasientene.

KRONIKK:

# Møteplass Oslo

**M**øteplass Oslo ble opprettet i mars 2017, som et nettverk for utvikling av samarbeid mellom leger i og utenfor sykehus i hovedstadsområdet. Andre faggrupper er velkomne, alt etter hva som står på agendaen. Fra 2018 arrangerer vi møtene i samarbeid med Oslo legeforening, som tellende møteserie, med 4 møter pr år. Møtene er gratis. De har fokus på faglige nyheter og samarbeid.

Vi er nå oppe i 90 – 100 deltakere pr møte, flest fastleger, men også mange av kommunens øvrige leger, og andre fagfolk. Vi ser en liten, men gledelig økning i deltakelse fra sykehuslegene, og ønsker flere med.

Arbeidsforum for Møteplass Oslo lager anbefalinger om samarbeid mellom leger og jobber med implementering. Målet er å utvikle en likeartet samhandlingspraksis for hovedstadsområdet. Fritt sykehusvalg, fritt fastlegevalg og funksjonsdeling i spesialisthelsetjenesten fører til at pasientforløpene går på kryss og tvers av bydels- og sektorgrenser. Jo mer likt og gjenkjennelig helsepersonellet samarbeider, jo bedre er det for pasientene og alle involverte aktører.

## EKSEMPLER PÅ ANBEFALINGER OM SAMARBEID:

- Personlig tilbakemelding til fastleger som sender åpenbart mangelfulle henvisninger bidrar til å bedre kvaliteten. De fleste henvisninger fra fastlegene til sykehus har god kvalitet, men noen har mangler.
- Samme dags epikrise, oversendt elektronisk til fastlege/annen lege er viktig, særlig ved utskriving av alvorlig syke og skrapelige pasienter.
- Gode råd for oppfølging i epikrisen verdsettes av fastlegene. Vi anbefaler formuleringer som «Det er avtalt at pasienten selv bestiller time hos fastlege om 3 uker for kontroll av hjertesvikt, elektrolytter og nyrefunksjon». Da vet fastlegen at pasienten vil komme, og hva oppfølgingen skal dreie seg om.
- Sykehus og andre institusjoner må sikre at pasientene får oppfølgingstime ved utskriving til hjemmet. Pasienter som trenger det, får hjelp til timebestilling.

- Fastlegen må, i samarbeid med hjemmetjeneste og eventuelle pårørende, sørge for at skrapelige hjemmeboende pasienter får planmessig oppfølging.
- Rydd i reseptformidleren! E-resept er lett-vint, men farlig, dersom nye resepter lages uten at uaktuelle resepter fjernes.
- Korrekt legemiddelliste! Fastlegen har ansvar for å vedlikeholde legemiddellisten for pasienter som bor hjemme. Sykehuset har ansvar for korrekt legemiddelliste ved utskrivelser, med begrunnelse for endringer i epikrisen.
- Travelhet hos en part er ikke begrunnelse for å plassere oppgaver. Alle har det travelt. For eksempel må sykemelding for de første dagene etter et kirurgisk inngrep skrives av kirurgen, selv om hverdagen er hektisk. Så må pasienten bestille oppfølgingstime hos fastlege som viderefører sykemeldingen, dersom det fortsatt er indikasjon.
- Den som stiller indikasjon for å ta blodprøver, EKG eller spirometri, tar ansvar for at dette blir gjennomført, med mindre det er gjort avtaler om andre løsninger.

## TRENGER LEGER Å MØTES?

Sentrale evalueringer av samhandlingssreformen (2016 og 2018) peker på at legetjenesten i liten grad har fått medvirke i realiseringen av reformen. De lovpålagte samarbeidsavtalene dreier seg i hovedsak om håndtering av utskrivningsklare pasienter og samarbeid mellom andre yrkesgrupper enn leger. Sykehusene har de siste åra hatt som mål å overføre betydelige behandlingsoppgaver til kommunehelsetjenesten. Det har i liten grad vært dialog om hvordan oppgaver og ansvar kan deles hensiktsmessig og forsvarlig mellom leger i og utenfor sykehus. Nå vakler fastlegeordningen. Arbeidsbyrden overgår kapasiteten. Men sykehuslegene har også fått det travlere. Kravet om rask utredning og behandling og tidlige utskrivelser fører til at mye arbeid skal gjøres på kort tid. Legene har lite sekretærhjelp, et stadig økende krav til dokumentasjon og tungvinte IKT-løsninger.

God samhandling i helsetjenesten avgjørende for samlet kvalitet og pasient-sikkerhet. Ved å satse på dialog, deling av



BENTE THORSEN, Sekretær for Møteplass Oslo Samhandlingsoverlege på Oslo universitetssykehus

kunnskap og gode kjøreregler for samarbeidet mellom leger, blir det tryggere å være pasient. Og legene får bedre arbeidshverdager.

I 2019 bevilger samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet 100 000 kr til Møteplass Oslo, en forholdsvis liten sum, men med stor symbolverdi: Kommunen og spesialisthelsetjenesten spleiser for at legene skal kunne utvikle samarbeidet. Vi må forvalte tilliten vi har fått klokt, og sammen.

Ønsker om tema til møtene, eller spørsmål knyttet til samarbeidet kan meldes til sekretæren for Møteplass Oslo, som for tiden er meg. Møtene kunngjøres med lenke til påmelding på OUS sin hjemmeside: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/Samhandling>, under fanen «Møteplass Oslo». Møtene kunngjøres også på intranettsidene i sykehusene.

Oslo legeforening sender ut møteinvitasjon til invitasjon til allmennlegene, mens undertegnede sender invitasjon til bydelsoverlegene og kommunens øvrige leger.

Vi treffes på Møteplass Oslo! ■

## STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINNLEGG!

Kronikker: 6500 tegn, debattinnlegg 4500 tegn og replikker på 2500 tegn. Alt med mellomrom. Kontakt redaktøren (se s. 3).

## LEDEREN

# Målbildet må være best mulig helsetjeneste for alle

Helse engasjerer, og Helsebarometeret 2019 er nylig presentert. Der kommer det frem at for halvparten av velgerne vil helsepolitikken være avgjørende for hvilket parti de skal stemme på ved høstens kommunevalg. Et tydelig flertall mener det må brukes mer midler på helse. Over 60% mener vi har et todelt helsevesen der personlig økonomi har betydning for hvor god behandling man får. Nesten 8 av 10 ser et todelt helsevesen som noe negativt.

Samtidig reduseres budsjettene både i sykehus og kommune. Effektiviseringer og oppgaveoverføringer fra sykehus til bydeler/kommuner skal angivelig bidra til billigere sykehusdrift og bedre helse-tilbud. Vil sykehusplanene for Oslo dekke behovet i nær fremtid? Hvilken løsning vil gi best helsetjeneste for byens innbyggere?

Jeg er helt sikker på at helse og helse-tilbudet i byen vil bli en viktig sak i kommunevalget i Oslo i år. Et offentlig helsevesen som ikke klarer å ta seg av befolkningens behov, gir fremvekst av private løsninger. Det er viktig at vi har en offentlig debatt om hvorvidt de valgene som tas i styrerommene og på politisk nivå gir den ønskede utviklingen av helsetilbudet i Norge.

Det har fortsatt vært stort engasjement rundt sykehusplanene for Oslo i vinter. Mye er skrevet i media. Vi venter spent på Stortingets behandling av representantforslaget som SV, Sp og Rødt har lagt frem, og som foreslår at arbeid med nytt lokalsykehus for hele Grorud-dalen på Aker blir prioritert. Samtidig ber om utredning av Ullevål-tomta. Helse Sør-Øst vedtok i styremøte i januar at Ullevål-alternativet skal belyses, men at det ikke blir en full utredning.

En uavhengig gruppe med fagfolk synes sykehus-saken er så viktig at de på frivillig basis har arbeidet frem en alternativ idéfaserapport som ble lagt frem 8. april.

Den viser mulighetene for en alternativ løsning med fortsatt sykehus på Ullevål. I deres beregninger vil kostnadene være 20 milliarder kroner lavere enn forslaget fra Helse Sør-Øst. Vi kan ikke tillate oss å ikke utrede alternativer ordentlig, når det er snakk om slike summer.

*«Et offentlig helsevesen som ikke klarer å ta seg av befolkningens behov, gir fremvekst av private løsninger.»*

I samarbeidet med kollegaer i resten av landet, ser vi at utfordringene kan ha en fellesnevner, selv om utfordringene kan synes forskjellige: Paul Olav Røsbø, leder i Finnmark legeforening, og jeg skrev en felles kronikk i Dagens medisin i februar hvor vi innleder med å si: Utbyggingen av Oslo universitetssykehus (OUS) har til felles med sammenslåingen av Finnmarkssykehuset og UNN at dette er prosjekter hvor fagfolk ser stordrifts-ulempene der politikerne ser stjerner.

Hva er passe store/store nok sykehus? Nordmøre-ordførere og bunadsgeriljaen har fått satt Kristiansund på kartet. Og varslet at de ønsker en diskusjon om helseforetaksmodellen. Ja, helse kommer nok opp i valgkampen flere steder i landet.

I saken rundt Oslo universitetssykehus er en av mine store bekymringer at befolkningen ikke er godt nok opplyst om bakgrunn, hensikt og konsekvenser.



KRISTIN H. HOVLAND,  
leder Oslo legeforening

## 17. MAI I LEGENES HUS

Vi minner om at vi også i år vil feire 17. mai i Legenes hus fra kl 12 - 14. Invitasjon vil bli sendt medlemmene i Oslo legeforening og informasjon vil bli lagt ut på vår nettside [www.legeforeningen.no/oslo](http://www.legeforeningen.no/oslo)

## Styret

### LEDER

Kristin H. Hovland 400 06 400  
Skanska Norge AS  
[kristin.hovland@skanska.no](mailto:kristin.hovland@skanska.no)

### NESTLEDER

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80  
Oslo universitetssykehus  
[aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no](mailto:aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no)

Recep Øzeke 22 89 40 00  
Oslo universitetssykehus, Aker  
[recep.ozeke@ous-hf.no](mailto:recep.ozeke@ous-hf.no)

Kari Løhne 22 11 80 80  
Oslo universitetssykehus  
[kari.lohne@ous-hf.no](mailto:kari.lohne@ous-hf.no)

Gunnar Frode Olsen, Af 22 76 33 60  
Kantarellen legesenter  
[gunnar.olsen@kantarellen.nhn.no](mailto:gunnar.olsen@kantarellen.nhn.no)

Anniken Riise Elnes, Ylf 22 11 80 80  
Oslo universitetssykehus  
[anniken.ernes@gmail.com](mailto:anniken.ernes@gmail.com)

Marit Kamøy, LSA 23 47 40 72  
Bydel Sagene  
[marit@kamoy.no](mailto:marit@kamoy.no)

Even Holt, PSL 900 56 250  
Moloklinikken  
[even@moloklinikken.no](mailto:even@moloklinikken.no)

Nina Skylv, Namf  
[skylv@online.no](mailto:skylv@online.no)

Live Fosmark, Nmf  
Student ved UiO  
[live.fosmark@medisinstudent.no](mailto:live.fosmark@medisinstudent.no)

### SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40  
[unni.broter@legeforeningen.no](mailto:unni.broter@legeforeningen.no)

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42  
[anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no](mailto:anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no)

### KURSKOMITÉ

Reidar Johansen, leder 22 95 55 90  
Majorstukrysset legegruppe  
[reidar@doctor.com](mailto:reidar@doctor.com)

### HELSETJENSETER FOR LEGER

Linda Elise Grønvold  
Kjelsås legesenter 22 34 82 00  
[lindaelisegronvold@hotmail.com](mailto:lindaelisegronvold@hotmail.com)

Gro Bjartveit  
Frysja legekantor 22 10 62 10  
[grobjar@gmail.com](mailto:grobjar@gmail.com)

Oslo legeforening er en lokalforening  
i Den norske legeforening.

## OSLO-LEGEN 2019

Vi ber om forslag til årets Oslo-lege. Utmerkelsen blir delt ut på vårt årsmøte 20. august.

Retningslinjer som legges til grunn er:

1. Mottakeren må være medlem av Oslo legeforening
2. Mottakeren må ha utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet ha synliggjort legene og legerollen på en positiv måte.
3. Nåværende medlemmer av Oslo legeforenings styre er ikke aktuelle
4. Mottakeren bør ha et spesielt "Oslo-fokus" med hensyn til sitt virke, og være kjent ut over en indre krets
5. Svært kjente kandidater som også har mottatt andre utmerkelse, er ikke prioritert.

Begrunnet forslag til kandidater sendes Oslo legeforenings sekretariat  
[unni.broter@legeforeningen.no](mailto:unni.broter@legeforeningen.no) innen  
onsdag 29. mai 2019

Her står det en annonse  
i papiirutgaven.  
Av hensyn til reklameregler,  
er denne tatt ut av den  
elektroniske utgaven.

Returadresse:  
Oslo legeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

Tenk Kommunikasjon | tenk.no



## Vi kaller dette en spade

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig