

JOURNALEN

OSLO LEGEFØRENING

NR 3 / 2017



**Tallenes
talsperson**

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

PER HELGE SEGLSTEN

JOURNALIST
eksterndesken@gmail.com

ESTER NORDLAND

JOURNALIST
ester@esternordland.no

MELANIE EKHOLDT HUYNH

JOURNALIST
huynh.melanie@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 4/2017 er 20.11. 2017

Forsidefoto:
Paal Audestad
Layout: Svovel AS

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.

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT

Ettertrykk og elektronisk videre distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

JOURNALEN

NYHETSREV | #helsevalget2017 4. september 2017



Vil fase ut avtalespesialister

Helseminister Bent Høie (H) lovet ved siste stortingsvalg at han ville styrke avtalespesialistordningen. Nå foreslår Høie Ser-Øst i stedet å fase ut avtalespesialistene i en rekke fag. Det vekker sterke reaksjoner.

[Les hele saken](#)



Truer med boikott

Norsk psykologforening vurderer å nekte fremtidig utredning i regi av Helse Ser-Øst.

NYHETSREV

Vi sender heretter ut nyhetsbrev i forbindelse med hver utgivelse av Journalen.

INNHOOLD

REDAKTØREN:

På tide å snakke om korrupsjon? 4

TEMA:

Pasientjournaler 8-15

DEBATT:

Best på e-helse i 2025? 20

NYHETER:

- Det dårligst organiserte tilbudet vi har 16

Kjernejournalene mangler kritisk informasjon 21

FRA FORENINGEN:

Styret 17

Lytt til erfarne fagfolk 18

ANMELDELSE: 22-23

INTERVJUET: Camilla Stoltenberg 24-28



PER HELGE MÅSEIDE

På tide å snakke mer om korrupsjon?

Flere store korrupsjonssaker er avdekket i helsevesenet de senere årene. På Sykehuset i Østfold er antikorrupsjonsarbeid satt i system. Og nå vil riksrevisor Per Kristian Foss ha full åpenhet om interessekonflikter.

De fleste skjønner at de ikke bør kreve penger av pårørende og stikke dem i sin egen lomme for å holde pasientens respirator i gang. Men hva skal du gjøre når du har gitt ros til sykepleieren i Barnemottaket fordi hun korrekt har avvist et barn og bedt foreldrene oppsøke Legevakten, og så ser du at det er naboen som vinker i enden av den overfylte korridoren? Og betyr det noe hvorvidt naboen nettopp har hjulpet deg med å få tettet taket på garasjen uten å ta betalt?

Korrupsjon kan ha mange ansikter, avhengig av hvor i verden man befinner seg. Mens noen tilfeller er opplagte, som å reise på utenlandsferie betalt av en utstyrsleverandør, eller skrive legeerklæringer til friske mot god betaling, befinner andre tilfeller seg i et grenseland som mange av oss ikke er vant til å ferdes i, og der det kan oppleves vanskelig å sette foten ned for en «vennetjeneste».

Korrupsjonsbegrepet kom for alvor inn i norsk strafferett i 2003. Strafferammen er streng, inntil tre års fengsel. Og ved grov korrupsjon, der hvorvidt man er offentlig tjenestemann tillegges vekt, er strafferammen ti år. Det er en kategori leger i visse stillinger kan havne i. I tillegg kommer strenge straffer for bedrageri og økonomisk utroskap.

Hva vet egentlig leger flest om disse begrepene? Er det noe vi har grep om? På såkalt nyansatt-kurs får de fleste innføring i alt fra bruk av parkeringsautomater til journalsystemer. Men sykehusets antikorrupsjonsplan? Eksisterer den?

Og vet du hvordan du skal gå fram for å vurdere om noe er korrupsjon eller ikke?

En av de som har forsøkt å gjøre noe med dette er Just Ebbesen, administrerende direktør ved Sykehuset Østfold. Han opplyser at alle ansatte hvert tredje år ved innlogging på pc-en må kvittere ut at de er oppdatert på sykehusets korrupsjonsregler. Ansatte i utsatte posisjoner, med tett kontakt med leverandører, må kvittere ut årlig. I tillegg er antikorrupsjons-organisasjonen Transparency International inne med foredragsvirksomhet og rådgivning. Et annet tiltak er interne kontrollere som kan fungere som «festbrems». Ebbesen påpeker at selv om regelverket er blitt strengt, og handlingsrommet mindre, er det alltid mulig å påvirke en beslutning, for eksempel om kjøp av utstyr, i en eller annen retning.

En titt i «dilemma-samlingen» til den norske avdelingen av den verdensomspennende antikorrupsjons-organisasjonen Transparency International (TI), som er noe av det overleger og ansatte i ledende posisjoner ved sykehuset må forholde seg til, viser at det kan være lettere enn man tror å havne i situasjoner som er på kant med både etiske regler og straffeloven.

I følge Transparencys årlige korrupsjonsindeks regnes Norge som et av de minst korrupte landene i verden. Selv om det er langt ned til Nord-Korea, Sør-Sudan og Somalia, er vi slått av både Danmark, New Zealand, Finland, Sverige og Sveits. Og i oversikten over rettskraftige

korrupsjonsdommer i perioden 2003 til 2016 finner vi flere store saker med utgangspunkt i helsevesenet. De to mest kjente er saken der en lege ble idømt fengselsstraff i ti år og seks måneder, og mistet retten til å praktisere som lege etter at han sammen med en psykolog utstedte falske legeerklæringer til kriminelle.

En innkjøpsleder på Ullevål måtte sone i fengsel i ett år og ni måneder, og tilbakebetale et større pengebeløp etter å blant annet å ha deltatt på jaktturn til Kiruna og golfreise til Malaga. I tillegg kommer korrupsjonsliknende saker som ikke nødvendigvis har ført til domfellelser. For noen år siden fikk barn fikk diagnosen søvnapné for å skaffe et helseforetak urettmessige inntekter. Og i 2003 brøt Helse Nord loven om offentlige anskaffelser, da RHF-et bestemte å innføre Dips som pasientjournalsystem på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Uten anbudskonkurranse. Og lederen for Domstolsadministrasjonen anklaget leger for «faglig prostitusjon» da *Journalen* fikk tilgang til anonymiserte legeerklæringer som var utferdiget for at tiltalte i alvorlige straffesaker skulle slippe å møte i retten. En av dem var blitt «suicidal» av å tenke på restskatten sin, andre burde slippe å møte siden de ikke følte seg helt friske. Det var politiet som slo alarm, fra legehøld var det stille.

En av de mest omfattende kartleggingene av korrupsjon i Europa ble utført av EU i 2013. Mens korrupsjon er mest utbredt i Sørøst-Europa, finnes det nok av alvorlige saker også i våre naboland. Og



selv om lovverket er strengt, og forholdet til legemiddelindustrien og gaver fra pasienter etter hvert er godt regulert, angis dobbelt-roller, nettverk og nepotisme (favorisering av slekt og venner) som utfordringer i våre naboland. Forhold som er spesielle for helsevesenet er fordelingen av knapphetsgoder, store anskaffelser og stor rift om jobbene. En helseansatt tilbød lederen sin 10 000 kroner for å få flere sykehjemsvakter, opplyser Guro Slettemark, leder for Transparency.

Hvis man spør befolkningen hva de tror om norske forhold, så er gruppen som tror at «bestikkelser/smøring og favorisering av familie og venner skjer i offentlig sektor», mye større enn gruppen som ikke tror dette, i følge en undersøkelse fra Difi.

Den svenske professoren Erik Amnå kategoriserer forebygging av korrupsjon som enten blind eller våken tillit, og peker på betydningen av høy risikobevissthet

og hvordan vi ser på varslere som viktige korrupsjonshindrende tiltak. Mens organisasjoner som er på vakt mot korrupsjon ser på varslere som moralske ekkolodd, ses de oftere på som tystere i organisasjoner i korrupsjonsutsatte virksomheter. I kjølvannet av straffesaken mot politimannen Eirik Jensen kommer det nå flere og flere historier om bekymringsmeldinger internt i politiet som ble besvart med taushet, også et kjennetegn på korrupsjonsutsatte virksomheter.

De fleste har sett kjente foredragsholdere som starter med ett eller flere lysark med en lang rekke med interessekonflikter og firmaer de har mottatt penger fra. Vel og bra. Men hvem har man mottatt kulepenn fra, og fra hvem har man mottatt en halv årslønn fra? Godt smurte «opinionsledere» kan ha stor medisinsk definisjonsmakt og ofte flere roller, blant annet for myndighetene. Da kan åpenhet og innsyn være viktige

kontrollmekanismer for samfunnet. Derfor er det grunn til å merke seg riksrevisor Per Kristian Foss' ønske om full åpenhet, framsatt i nettavisen Khrono, og søkbare registre over bierverv, slik det er på Handelshøyskolen og ved juridisk fakultet ved UiO. Søkbare oversikter over honorarer fra industrien er nå på vei inn i Sverige og USA.

Spørsmålet er om vi skal sitte stille i båten og vente på den neste store avsløringen. Eller om vi skal begynne å snakke mer om hvordan vi kan forebygge korrupsjon. Å legge fram noen «dilemmaer» på et morgenmøte, og forankre dem i sykehusets antikorrupsjonsplan, dersom den finnes, kan kanskje være en god begynnelse?

Samtidig er det på høy tid å få full åpenhet om bierverv og ulike ytelser fra legemiddel- og leverandørindustrien. Har man ingen ting å skjule, bør det være uproblematisk.

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

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

– Vil gjøre journalen til et dårligere arbeidsverktøy

Pasienters mulighet til innsyn i journalen sin har gjort journalene bedre, men offentlig innsyn vil kunne ødelegge dem som arbeidsverktøy for leger og forskere, mener flere.

PER HELGE SEGLSTEN

Helt siden journalinnføringene ble flyttet fra notisbøkene i legenes frakkelommer til protokoller og mapper på sykehusene, har leger måttet regne med at andre kunne komme til å lese det de skrev. Denne muligheten for innsyn har til en viss grad alltid påvirket hvordan pasientjournalene blir ført, forteller litteraturprofessor Petter Aaslestad som i 1997 gav ut boken «Pasienten i teksten» hvor han bruker moderne fortelleteknikk for å vise hvordan pasientene beskrives i journalteksten. I arbeidet med boken gjennomgikk han journaler til schizofrene pasienter på Gaustad sykehus i tidsrommet 1890-1990.

– Kontrollkommisjonen gav helt fra starten av føringer for hva som skulle stå i pasientjournalene, og da ble de påvirket av det. I perioder hvor man vegret seg for å ta inn pasienter, er det også eksempler på at journalskriveren nærmest unnskylder innleggelser overfor sykehusledelsen, for eksempel med at arbeidstiden gikk mot slutten og alle ansvarlige gjerne ville hjem, sier Aaslestad.

I nyere tid er det nok mest påtakelig med innføringer som avslører at journalskriverne er redde for å bli tatt for feil, og engstelig for de juridiske konsekvensene av det de skriver, sier han.

Aaslestad mener at pasientjournalen aldri er en rent objektiv beskrivelse av en pasient.

– Journalene er preget av mange forhold, så som tiden de er skrevet i, forventningene til behandlingsresultatene og personligheten til legene. De som skriver er underlagt mange faktorer, og muligheten for innsyn

er bare en slik faktor, sier litteraturforskeren som i dag er leder av Forskerforbundet.

DOMMEN SOM GAV PASIENTEN INNSYN

Lenge var det bare medisinsk personell som hadde mulighet til innsyn i pasientjournalene. I 1977 slo imidlertid Høyesterett fast at også pasienten har krav på dette.

Saken kom opp etter at en tannlege i Stavanger høsten 1975 hadde behandlet en pasient som han senere fikk vite led av smittsom hepatitt. Tannlegen fikk tatt flere prøver ved Stavanger sjukehus for å finne ut om han var blitt smittet av pasienten sin, men fikk beskjed om at prøveresultatene var normale.

I tiden som fulgte, følte tannlegen seg imidlertid stadig slappere, og i romjulen 1975 ble han innlagt i isolat på Stavanger sjukehus hvor han måtte behandles for akutt hepatitt. Tannlegen var innlagt på sykehuset i en drøy måned, og ble ikke friskmeldt før 1. april 1976, og han ble derfor nødt til å hasteselge tannlegepraksisen sin med tap. Dette mente han ikke ville vært nødvendig dersom han hadde fått kjennskap til sykdommen tidligere, og kommet under behandling da. Han bad derfor om å få utlånt alle dokumenter, journaler, prøveresultater osv. som hadde sammenheng med sykdommen for å få avklart om det forelå noen kritikkverdige forhold fra sykehusets side.

Sykehuset nektet imidlertid å gi ham dokumentene, og tannlegen saksøkte derfor Sentralsjukehuset i Rogaland for å få journalen utlevert. Sykehuset ble frikjent i Stavanger Byrett, men tannlegen tok da

saken videre til Høyesterett, som i oktober 1977 gav ham medhold i at han hadde rett til å få se journalen sin.

HAR GJORT JOURNALENE BEDRE

Harry Martin Svabø var praktiserende lege da dommen falt, og ble i 1978 generalsekretær i Legeforeningen. Han husker rettssaken som en stor snakkis blant legene på den tiden.

– Det var mye diskusjon om hvorvidt journalene ville endres som følge av pasientinnsynet, og selvsagt forskjellige oppfatninger om hvor positivt dette innsynet var. Men mange mente at det kom til å bli mindre av legens karakteristikk av pasienten som person. Og likeså enkelte av legens mer subjektive vurderinger av medisinske forhold, blant annet av pasientens psyke.

– Jeg tror pasientinnsynet har gjort pasientjournalene bedre, sier Svabø. – Det har fått bort vurderinger av forhold der legens kompetanse uansett ikke var god nok. De fleste av oss mente at innsynet ikke ville skade forholdet mellom lege og pasient, og det tror jeg heller ikke det har. Tvert imot tror jeg det har omformet legerollen på en positiv måte.

FIKK BORT FLÅSERIET

Professor Jan Frich på institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo mener også pasientinnsynet har hatt positive effekter på journalene.

– Jeg har kommet over flåsete og uakseptable karakteristikk av pasienter i journaler, og det er nok blitt færre slike etter at pasienter fikk tilgang til sin egen journal. Denne utviklingen er positiv, men samtidig kan innsynet ha gjort at leger vegrer seg for å nedfelle

«Det er en fare for at man begynner å skrive defensivt, at man formulerer seg slik at ingenting skal være kontroversielt eller kritikkverdig, eller at man helt lar være å skrive inn ting.»

informasjon og observasjoner som kan ha stor medisinsk betydning. Jeg tenker på subjektive fornemmelser, eller beskrivelser av pasientens framferd, som kan være av betydning for forståelsen av sykdomsbildet, sier Frich.

Han mener innsyn kan føre til at informasjon flyttes fra pasientjournalen til andre medier for kommunikasjon internt i virksomhetene.

– Informasjon kan deles i interne digitale meldinger som ikke er tilgjengelige for pasienten, og fortsatt er det jo slik at behandlere snakker sammen i møter eller på telefon.

Dersom også offentligheten skal få tilgang til pasientjournalene, frykter Frich at både pasienter og leger vil sørge for å begrense hvilke opplysninger som nedfelles i journalene. En slik utvikling vil svekke journalene som arbeidsdokument for legene og annet helsepersonell, men vil også ha uheldige konsekvenser for kvalitetssikring og forskning.

– Ut fra et personvern hensyn må det være grenser for hvor mye offentligheten skal ha tilgang til. Pasientjournalens formål er tross alt at den skal være verktøy for å behandle syke mennesker, og redde liv.

TAUSHETSPLIKTEN UTROLIG VIKTIG

Allmennlege Svein Aarseth, som leder Rådet for legeetikk, er svært skeptisk til å gi offentligheten innsyn i pasientjournaler. Han mener at det vil kollidere med legenes etiske ryggmargsrefleks.

– Taushetsplikten er utrolig viktig for leger. Det er jo til og med et eksempel på at en lege har ødelagt bevismateriale for politiet for å beskytte pasientopplysninger, og fått aksept for det i Høyesterett, sier Aarseth.

Også Aarseth mener økt innsyn vil kunne gjøre pasientjournalen til et dårligere arbeidsredskap.

– Det er en fare for at man begynner å skrive defensivt, at man formulerer seg slik at ingenting skal være kontroversielt eller kritikkverdig, eller at man helt lar være å skrive inn ting.

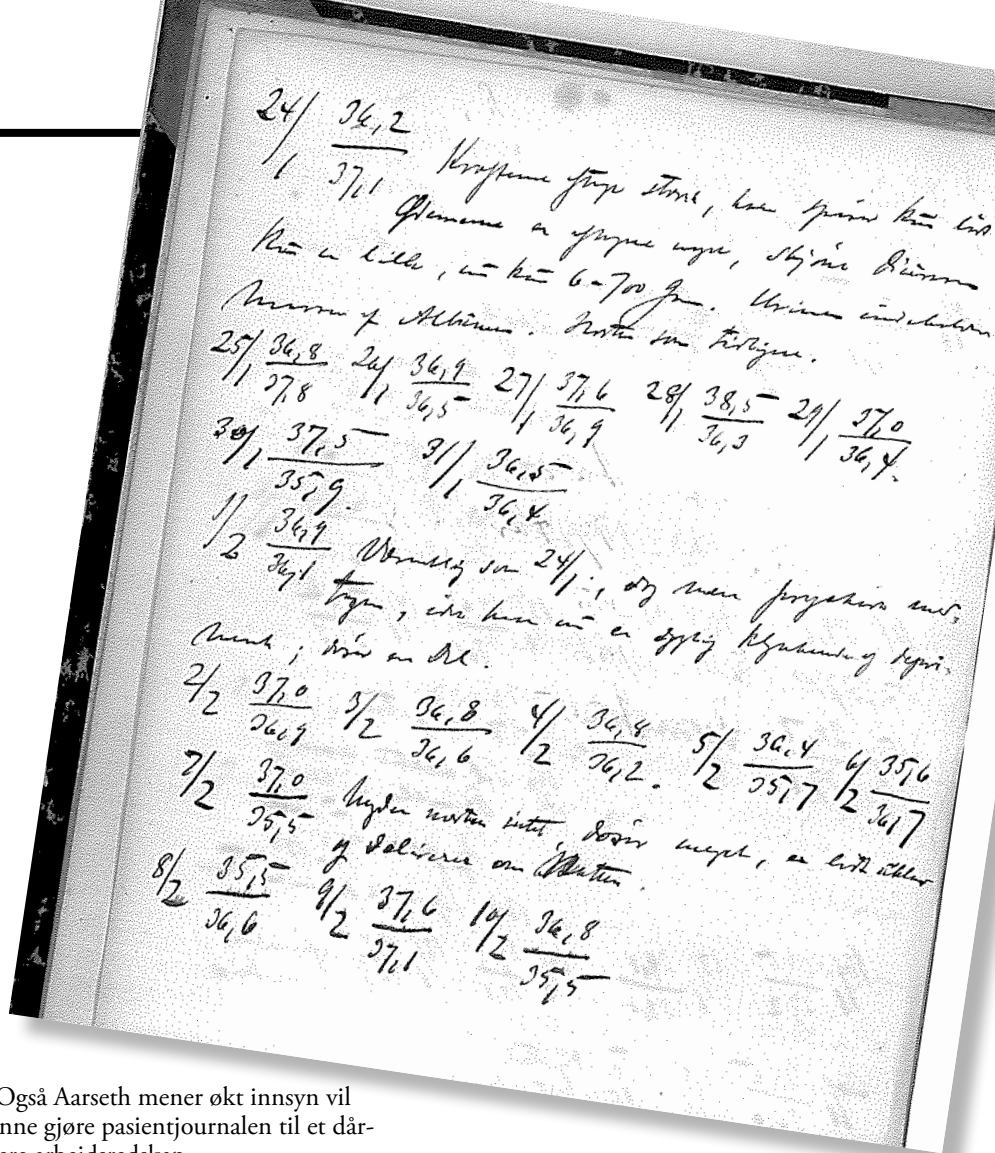
PASIENTJOURNALEN SOM LØK

Også stipendiat Anne Kjersti Befring ved institutt for offentlig rett ved universitetet i Oslo tror leger vil vegre seg mot å legge inn sensitiv informasjon hvis de er redd for offentlig innsyn i pasientjournalene. Hun frykter dessuten at offentlig innsyn vil få mange pasienter til å kreve at opplysninger blir fjernet fra journalene.

Hun mener det kan være en løsning å differensiere muligheten for innsyn i forskjellige typer opplysninger.

– En ting er offentlig innsyn, men det er også en utfordring at pasientjournalen blir stadig lettere tilgjengelig for pasienten. Jeg tror ikke man har tenkt godt nok igjennom hva det betyr at man kan hente ut journalopplysninger via en PC hjemme i stua. Det er eksempler på kvinner som er blitt presset til å hente ut journalen sin før et giftemål, forteller Befring.

– Jeg ser for meg at pasientjournalen i framtiden blir som en løk, med forskjellige grader av innsynsmuligheter, med en kjerne som er helt skjermet for innsyn. ■



I 1895 døde Henrik Ibsens ukjente sønnesønn (sønn av Ibsens førstefødte sønn, som han ble far til mens han var apotekerlærling i Grimstad), Jens Hansen på et sykehus i Danmark. I innførselen for 1.2. 1895 står det at «pasienten er dyktig klynkende og deprimert». Hadde legen skrevet det annerledes om pasienten hadde hatt krav på innsyn i journalen sin? Jens Hansen hadde uansett grunn til både å klynke og være deprimert, ettersom journalen viser at han døde 12 dager senere.

– Journalinnsyn i strid mot menneskerettighetene

Hvis journalene blir offentlige dokumenter kan det bryte med Grunnloven og Den Europeiske Menneskerettskonvensjonen (EMK), mener helserettsekspert Anne Kjersti Befring. Hun mener det er opplagt at pasientjournalene ikke er omfattet av offentlighetsloven i dag.

PER HELGE SEGLSTEN

I fjor avslørte VG at bruk av tvangsmidler var dårlig og mangelfullt begrunnet og dokumentert etter at avisen brukte offentlighetsloven til å kreve utlevert tvangsprotokoller fra 20 norske helseinstitusjoner. VG begynte undersøkelsene sine etter at en pasient på Gaustad hadde gått rettens vei for å få slutt på en omfattende bruk av tvangsmidler. Gjennomgangen av tvangsprotokollene viste også at tvangsbruken steg kraftig i ferier og perioder med økt vikarbruk.

Etter dette bestilte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) en betenkning fra Helsedirektoratet om hvorvidt pasientjournaler fortsatt bør være omfattet av offentlighetsloven. Betenkningen ble levert HOD 15. august i år. I betenkningen slår direktoratet fast at pasientjournaler i dag omfattes av offentlighetsloven, noe som i etter direktoratets syn innebærer at pressen kan kreve å få innsyn i journaler, så lenge de er anonymiserte. Direktoratet konkluderer derfor med at regelverket bør endres for å ivareta folks tillit til at pasientopplysninger blir behandlet konfidensielt.

MENNESKERETTIGHETENE HAR FORRANG

Stipendiat Anne Kjersti Befring ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo mener at Helsedirektoratet «kortsletter» når det anvender offentlighetsloven som gjeldende rett på dette området.

– Offentlighetsloven har til nå ikke vært praktisert slik at det er et allment offentlig innsyn i pasientjournaler, og det med god grunn. Med stadig større samlinger med pasientopplysninger, ja hele sykehistorien til pasienter, kreves det økt beskyttelse, ikke mindre. Når det nå er skapt tvil om gjel-



Helserettsekspert Anne Kjersti Befring.

dende rett, kan det være hensiktsmessig å ta inn pasientjournaler i unntaket i forskriften til loven, sier hun.

Når det ikke står noe i offentlighetsloven om unntak for pasientjournaler, er det sannsynligvis fordi det ble glemt, mener Befring.

– Offentlighetsloven må tolkes i sammenheng med de særskilte reguleringer av pasientjournaler. Det må tas utgangspunkt i de hensyn lovgiver har vektlagt når det gjelder pasientjournaler og som kommer til uttrykk i helselovene. I tillegg må den overordnede forpliktelsen staten har til å beskytte sensitive personopplysninger tas med i vurderingen, sier hun.

Den nye menneskerettigheten i Grunnloven § 102 om statens ansvar for å beskytte privatlivet, korresponderer med artikkel 8 i Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK). Det betyr ifølge Befring at praksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg kan få betydning for å definere innholdet i menneskerettigheten.

– Grunnloven har selv sagt forrang foran offentlighetsloven, og menneskerettsloven

fra 1999 gir også EMK forrang foran norske lover når de kolliderer, sier Befring.

Grunnlovens paragraf 102 slår blant annet fast at «Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon». Når staten samler inn betydelig og sensitiv informasjon har den også et ansvar for å beskytte denne informasjonen.

UNØDVENDIG VURDERING

Befring mener det ikke er noen grunn til at VG-avsløringene skulle gjøre det nødvendig å vurdere pasientjournalen som objekt for lovbestemt offentlig innsyn.

– Tvangsprotokollene som VG har brukt, er jo et helt annet dokument enn en pasientjournal. I likhet med andre registre med flere pasienter, for eksempel loggen fra AMK, er det enkeltstående opplysninger som ved sammenstilling blir egne registre, som blant annet vil være mye enklere å anonymisere enn en pasientjournal hvor man jo ofte vil finne hele pasientens medisinske livshistorie. Det vil si at det er større sannsynlighet for at retten kan komme til at tvangsprotokoller og andre registre som består av flere pasienter og behandlingstiltak, kan anses som offentlige dokumenter, sier Befring.

– Dersom norske myndigheter tolker loven slik at enhver kan kreve innsyn, oppstår det høy risiko for at uvedkommende får tilgang til svært sensitive opplysninger. Det omfatter blant annet juristene som må ansettes for å lese gjennom journaler med sikte på å fjerne identifiserende kjennetegn. Også de som begjærer innsyn kan sitte med informasjon som gjør at pasienten kan identifiseres når den sammenstilles med informasjon fra pasientjournaler, selv om de er anonymiserte, sier Befring.

Hun tror helselovene, sammen med Grunnloven og menneskerettighetene kan



Et omfattende gravearbeid fra VG om tvangsbruk i psykiatrien, har ført til debatt om offentlighetens innsyn i journaler.

bli brukt som grunnlag for søksmål mot den norske stat hvis det skapes en forståelse av at offentlighetsloven kan brukes til å kreve innsyn i pasientjournaler.

– EMK artikkel 8 har allerede blitt brukt i slike søksmål, forteller Befring. – I 2008 ble Finland dømt av Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) etter at en HIV-smittet sykepleier oppdaget at opplysningene lå i journalen, som andre ansatte kunne få tilgang til. I finsk Høyesterett ble det ikke påvist noen krenkelse, altså at kolleger visste om sykdommen fordi de hadde hatt tilgang til pasientjournalen hennes. EMD la til grunn at det er tilstrekkelig at staten skapte en risiko for at andre kunne få opplysningene, og at finske myndigheter ikke hadde gjort nok for å beskytte journalene.

– EMD uttaler i saken mot Finland, at det kreves mer enn lov for å beskytte sensitive og taushetsbelagte pasientopplysninger. Med den nye personvernforordningen som gjelder fra mai 2018, kan det bli snakk om høye erstatningssummer og om styrkede rettigheter til å kreve seg slettet fra helsetjenestens pasientjournaler, sier Befring.

SPLITTET ARBEIDSGRUPPE

I forbindelse med utarbeidelsen av betenkningen til HOD, opprettet Helsedirektoratet en arbeidsgruppe med medlemmer fra helseforetakene, Den norske legeforening, Norsk redaktørforening, Norsk presseforbund og Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus. Medlemmene har kommet

med skriftlige innspill, og ikke overraskende er de forskjellige fraksjonene delt i synet på i hvilken grad pasientjournaler skal omfattes av offentlighetsloven.

Presserepresentantene mener at offentlighetsloven bør gjelde for journalene, og at også journaler fra private helseinstitusjoner bør omfattes av loven. Helseforetakene og Legeforeningen mener at pasientjournalene ikke må omfattes av offentlighetsloven, eller at loven i alle fall må sikre at det kun gis tillatelse til nødvendig innsyn i anonymisert pasientjournaler. Pasient- og brukerombudet har under tvil landet på at offentlighetsloven bør omfatte pasientjournaler, men at det bør stilles krav om berettiget interesse for å få innsyn.

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen i Helse- og omsorgsdepartementet skriver i en epost til *Journalen* at departementet jobber med å gjennomgå betenkningen fra Helsedirektoratet. De vil vurdere om direktoratets anbefalinger bør følges opp, og i tilfelle hvilke endringer som eventuelt bør foreslås videre. Departementet vil ikke anslå når dette arbeidet er ferdig. ■

Leger bryter journal-lov

Sju av ti legekantor, som fikk tilsyn i fjor, bryter loven om pasientjournaler. Datatilsynet vil gi dem bøter om de ikke rydder opp.

ESTER NORDLAND

På mange fastlegekontor slurves det med lagring og sikring av pasientdata. Passord skrives på lapper og legges under tastaturet, minnepinner med journaldata tas med hjem og servere står på ulåste rom. Noen sender pasientinformasjon via vanlig e-post og usikrede nettløsninger.

I loven om pasientjournaler står det at alle autonome leger, som driver legekantor sammen, skal ha en avtale om sikring av pasienttopplysninger.

– Da vi spurte om å få se avtalen, skjønte ikke legene hva vi spurte om. Vi fikk mange «goddagmann-økseskaft»-svar, sier avdelingsdirektør Helge Veum i Datatilsynet til *Journalen*. Han sier at legene svarte intetsigende, fordi de ikke kjente til kravene i pasientjournallovens paragraf 9.

SPISSET TILSYN

Datatilsynet utførte tilsyn ved ti av landets legekantor. Det var et såkalt «spisset tilsyn», der de ba om dokumentasjon.

– Av de ti kontorene viste ett seg å ikke drive med relevant virksomhet. To fikk sikkerheten på plass i løpet av prosessen. Sju hadde ikke virksomheten på stell, og ett år etter er det fortsatt ikke ordnet opp. Men sakene er ennå ikke avsluttet fra vår side. Hvis de justerer praksis, blir det ikke noe pålegg om å korrigere, sier Veum og legger til at de i verste fall kan få sanksjoner og overtredelsesgebyr.

Leger er ofte organisert som felleskap, selv om hver av dem driver egen praksis med egne pasienter. – Legene har valgt en organisasjonsform som ikke passer helt til regelverket, sier Helge Veum.

Før hadde ikke leger, som samarbeidet, lov til å ha et felles journalsystem. Dette ble endret i 1. januar 2015. Men de må ha en avtale som regulerer håndteringen av pasientjournalene.

VET FOR LITE

Veum sier at kjennskapen til loven er liten. Han ønsker at legene i større grad skal sette seg inn i lovverket.

– Legene må ikke være sløve. En fastlege forvalter helseopplysninger om veldig mange innbyggere. De sitter på svært beskyttelsesverdig informasjon.

Veum anbefaler alle leger å bruke Norsk helsenett. – Her har du gode løsninger for tilgang til internett og e-post. Og her bør du finne de helsefaglige tjenestene du trenger, som oppslagsverk, løsninger for publikumsdialog og samhandling med spesialister, sier Veum som legger til at legene er blitt profere på dette: – De mottar epikriser, henvisninger og oppgjør over Norsk helsenett.

Han sier at det er viktig at legekantorene har gode IKT-løsninger. – Legene må leie seg hjelp for sikring av backup eller for driftet det lokale system. De må jevnlig vedlikeholde og oppdatere systemet for å hindre data-innbrudd.

LÅSBART ROM?

– Bør serveren stå på låsbart rom?

– Det er ikke et krav i forskriften. Men det er et krav i legenormen. Ingen uvedkommende bør kunne stjele med seg serveren, sier Veum. Han peker også på at en del leger har en dårlig sikkerhetskultur når det gjelder å ha gode nok passord som ikke er skrevet ned, og at stadig flere, særlig på sykehus, bruker innloggingsbrikker eller smartkort for å bruke tjenester, som å signere e-resept eller komme seg inn på pasientenes kjernejournal.

Avdelingsdirektør Robert Nystuen i Direktoratet for e-helse skriver i en e-post til *Journalen* at: «Helse- og omsorgssektoren har en egen bransjenorm for informasjonssikkerhet som blant annet Legeforeningen står bak. På www.normen.no finnes det flere faktaark og veiledere som kan være til hjelp for blant annet fastleger.» ■

FAKTA

PASIENTJOURNALLOVENS § 9

To eller flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre, jmf. paragraf 8. Virksomhetene skal da inngå skriftlig avtale om:

- Hva samarbeidet omfatter.
- Hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas.
- Hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, også ved endringer i eller opphør av samarbeidet.
- Databehandlingsansvar.



FOTO: ÅSA MIKKESEN

«Da vi spurte om å få se avtalen, skjønte ikke legene hva vi spurte om. Vi fikk mange "goddagmann-økseskaft"-svar.»

HELGE VEUM,
avdelingsdirektør
i Datatilsynet

KOMMENTAR:

Gleden ved journalskriving

Min erfaring er at journalen kan bli et terapeutisk verktøy i samtaler med ungdommer.

Hvem er journalen for? Det ansvarlige helseforetaket eller sykehuset? For Helsetilsynet? For legen som skriver den? For kollegaer som senere skal lese journalen? For forsikringsselskapet? For pasienten? Her strides nok våre oppdragsgivere.

I forbindelse med tilsynssaken av Stange-hjelpa/Stange kommune der det i april i år ble konkludert med lovbrudd pga ulovlig journalføring, påpekte fylkeslegen i Hedmark at journalen først og fremst skal være et arbeidsverktøy for helsepersonell. Stange-hjelpa, et kommunalt lavterskeltilbud innen psykisk helse, er blitt fremhevet som god og pasientsentrert helsehjelp, og har hatt besøk av både Oslo-byråd Inga Marte Thorkildsen (SV) og helseminister Bent Høie (H).

Også Direktoratet for e-helse presiserer at pasientjournalen er laget for å gi informasjon til helsepersonell og ikke nødvendigvis trenger å være forståelig for menigmann. Nettsiden www.minjournal.no i regi av Helse Sør-Øst gir derimot et inntrykk av at journalen først fremst er et kommunikasjonsverktøy mellom pasient og sykehus.

GLEDEN MED JOURNALSKRIVING

I min lille privatpraksis tilbyr jeg terapeutiske samtaler til ungdommer. Foreløpig er det kun de som leser journalnotatene jeg skriver, evt. deres foresatte, om ungdommene ønsker det. Jeg har da oppdaget en ny glede; gleden med journalskriving. Til min overraskelse virker notatene nesten mer meningsfulle for ungdommene enn de er for meg. Min erfaring er at journalen faktisk kan forvandles til et terapeutisk verktøy i samtaler med ungdommer. Hvilke helende mekanismer kan ligge bak?

Når jeg skriver et notat som jeg vet at pasienten skal lese, forsøker jeg å skape både mening og forståelse av det faglige innholdet samt at jeg konkluderer i en mer konkret og håndgripelig form.

OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

Som professor i medisinsk sosiologi, gjorde Aaron Antonovsky flere spennende studier, deriblant intervjuet han 51 personer som hadde vært utsatt for alvorlige traumer og som hadde klart seg forbausende godt. I boken «Helsens mysterium» fant han tre gjennomgangstemaer som etter hvert ble kjernekomponentene i sitt hovedbegrep «opplevelsen av sammenheng» (OAS). Disse kalte han forståelighet og håndterbarhet og meningsfullhet.



FOTO: NICOLAS TOURENC

MELANIE EKHOLDT HUYNH, BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATER.

- Forståelighet handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø er kognitivt forståelige ved å være velordnede, sammenhengende, strukturerte og gir klar informasjon. Det motsatte er «støy», som er kaotisk, tilfeldig, uventet og uforståelig.
- Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å kunne takle kravene som følger av de stimuli som man utsettes for.
- Meningsfullhet handler om i hvilken grad livet er forståelig rent følelsesmessig, at i hvert fall noen av tilværelsens problemer og krav er verd å bruke krefter på, at de er verdt engasjementet og innsatsen, at de er utfordringer som man tar på strak arm, og ikke belastninger man helst ville vært foruten.

NÅR JOURNALNOTATER ER BEGRIPELIGE OG FORSTÅELIGE-STATUS PRESENS

Jeg pleier å forklare for ungdommer at punktet «status presens» i journalen er slik jeg vurderer konsultasjonen og mine tanker om relasjonen til pasienten her og nå. Når jeg skriver at jeg er usikker på i hvilken grad jeg klarer å møte den emosjonelle smerten til den unge jenta jeg har i terapi, så skjer det noe i den neste timen når hun leser mitt notat. Jeg får ærlige tilbakemeldinger om hva som fungerer og ikke fungerer mellom oss. Det at mine tanker står på et ark skaper en viss distanse som gjør at jeg opplever at hun tør å dele sine tanker om vår relasjon, at hun lar være å skjerme meg for kritikk og klarer å være direkte mot meg. En støyfull

terapeutisk relasjon kan kanskje bli litt mer forståelig og begripelig både for pasienten og terapeuten.

NÅR JOURNAL NOTATER INKLUDERER EN HÅNDBERBAR KRISEPLAN

Når en kriseplan blir skriftliggjort både for pasienten og meg, blir det lettere å involvere pasientenes ressurser i planen. Når jeg tilbyr et hvitt ark og fargestifter til en ung mann, og ber ham tegne opp en sirkel med de personene som betyr aller mest for ham, prøver jeg å få ham til å ta i bruk hans ressurser for å takle en kaotisk situasjon. Jeg merker at pasienten kan bli roligere i pusten, får et mer nærværende ansiktsinntrykk, og snakker saktere. Når vi oppsummerer hva han ønsker å gjøre i neste krisesituasjon, er det lettere å skrive en realistisk plan, som så inkluderes i journalnotatet.

NÅR JOURNALNOTATER INKLUDERER EN MENINGSFULL ANAMNESTISK HISTORIE

Hvert journalnotat inneholder deler av pasientens livshistorier. Noen ganger har ungdommer blitt utsatt for noe av det vondeste og mest uforståelige som en kan forestille seg at vi mennesker kan gjøre mot hverandre. Når jeg skriver ned en ungdoms belastninger, og de står der svart på hvitt, kan det noen ganger føre til at det uforståelige, ubegripelige og meningsløse allikevel blir meningsfullt. Det er da som om ungdommen noen ganger får ekstra krefter til engasjere seg og gjøre en unik innsats for seg selv og andre. Fra å ha vært fragmentert og oppstykket, får livsfortellingen kanskje en ny mer helende narrativ form.

FRA FORSVARLIG HELSEHJELP TIL TERAPEUTISK LINDRING

I journallovforskriften står det at journalen først og fremst skal sikre forsvarlig helsehjelp.

Jeg vet ikke om departementet hadde begrepet «opplevelse av sammenheng» i bakhodet når de i juni dette år sendte ut rundskriv om journalskriving der det står at diagnosesystemer og kartleggingsverktøy brukt på rett måte kan også være en god innfallsvinkel til et terapeutisk forhold.

Fra å se på journalen som et konkret arbeidsverktøy, så prøver jeg nå å se på journalen som et aktivt terapeutisk verktøy i forholdet mellom pasienten og meg. Brått er journalskriving blitt en ganske berikende og meningsfull syssel.

Gransker IT-skandalen

Både Direktoratet for e-helse og Datatilsynet gransker nå IT-skandalen i Helse Sør-Øst. Konklusjonene vil foreligge senere i høst.

ESTER NORDLAND

I mai avslørte NRK at en rekke IT-arbeidere i Asia og Øst-Europa hadde tilgang og utvidete rettigheter til datasystemet til Helse Sør-Øst. Saken har siden rullet i en rekke medier, blant annet i Dagens Medisin og Fagbladet.

– Det som har skjedd lå i kortene, sier Svein Øverland, ansattevalgt styremedlem i Helse Sør-Øst og konserntillitsvalgt for LO-forbundene i Helse-Sør-Øst. Han sier at både tillitsvalgte og fagfolk, advarte mot at it-driften skulle outsources, men at de ikke ble lyttet til. Da saken kom opp i styret i september 2016 ble det i følge Øverland bedyret at de som skulle drifte it-infrastrukturen fra utlandet ikke skulle ha tilgang til pasientopplysninger og informasjon på serverne og nettverket.

PricewaterhouseCoopers (PwC) har kritisert Helse Sør-Øst for mangelfull og for dårlig it-sikkerhet. PwC har vist til at 122 it-arbeidere i Bulgaria, Malaysia og India hadde helt eller delvis tilgang til sensitive pasientopplysninger.

Både Datatilsynet og Direktoratet for

e-helse jobber nå med separate granskinger. Datatilsynet vil verken forskuttere når deres konklusjoner vil foreligge, eller hvilke reaksjoner som kan bli aktuelle.

– Vi skal vurdere lovligheten av prosjektet og se på de risikovurderinger, som ble gjort i forkant av kontraktsinngåelsen, sier direktør Bjørn Erik Thon til *Journalen*. – Vi må også se på tilganger til data, og hvem som har sett hva. Som PwC brakte på det rene, har noen vært inne og sett på pasientdata. Det er gjort i forbindelse med jobben og ikke nødvendigvis noe ulovlig, sier han.

Det har vært hevdet at Datatilsynet har vært for passive i saken, noe Thon tilbakeviser.

– Vi var de første som tok opp spørsmålet om personvern og lagring i utenlandske skytjenester. Da de første oppslagene om dette kom opp, hadde vi en serie møter med Helse Sør-Øst sammen med Nasjonal sikkerhetsmyndighet og Finanstilsynet, sier han.

– MÅ IKKE VÆRE ET PROBLEM.

Einar Lunde, avdelingsdirektør for nett i Nasjonal kommunikasjonsmyndighet mener at outsourcing ikke nødvendigvis behøver

å være et problem. Men han sier at norske ledere ofte har for lite kompetanse på IKT, og derfor er for raske til å sette vekk tjenestene. – En tjenesteutsetting være beheftet med stor grad av risiko, dersom man ikke har orden i eget hus – det være seg tilgangsstyring, rettighetskontroll eller kontroll på hvilke data man har lagret.

Gisle Hannemyr, forsker ved Institutt for informatikk, ved Universitetet i Oslo peker på at helsedataene i utgangspunktet var godt sikret mot hackere gjennom en trygg brannmur. Men outsourcingen førte til at det var slått et kjempehull i muren. Hans Martin Aase, avdelingsleder i Fagforbundet sier til *Journalen* at de som drifter systemene må sikkerhetsklarerer i Norge, selv om de arbeider i utlandet.

RAPPORT 1. NOVEMBER

Avdelingsdirektør Robert Nystuen i Direktoratet for e-helse skriver at direktoratet har fått i oppdrag å levere en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet den 1. november om informasjonssikkerhet ved bruk av underleverandører i helse- og omsorgssektoren. ■

Her står det en annonse
i papiirutgaven.

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

KRONIKK:

Hva er det verste som kan skje?

Flere britiske sykehus ble offer for «WannaCry-viruset» 12 mai i år. Skadevaren som ble spredt verden over krypterte innholdet på datamaskiner hvor eierne så ble avkrevd penger for å få informasjonen tilbake i lesbar tilstand.

Konsekvensen for flere britiske sykehus var å stenge driften. Pasienter ble avvist, operasjoner utsatt. De var ikke i stand til å levere helsetjenester til befolkningen.

WannaCry ble en alvorlig global påminnelse om at moderne samfunn er sårbare for digitale forstyrrelser. Betydning av god informasjonssikkerhet bør også være tydelig. Men hva er god informasjonssikkerhet? Her er de tre begrepene konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet sentrale.

- Å hindre at uvedkommende får tilgang til informasjon de ikke burde ha tilgang til (konfidensialitet).
- Å hindre at uvedkommende ikke kan endre informasjon (integritet).
- Å ha tilgang til egen informasjon/systemer (tilgjengelighet).

Begrepene er like størrelser, og de er i utgangspunktet like viktige, selv om betydningen kan variere fra situasjon til situasjon.

Likevel ser det ut til at det er konfidensialitet som automatisk bekymrer de fleste av oss. At uvedkommende kan ha fått tak i informasjon de ikke burde hatt tilgang til, er ikke ønskelig. Men er det virkelig det verste som kan skje?

Noen timer etter at de første britiske sykehusene stengte på grunn av WannaCry, kunne den britiske statsministeren berolige befolkningen med at det ikke var grunn til å anta at sensitiv informasjon fra pasientjournaler hadde lekket ut. Det var altså konfidensialitet som var viktig. Men den var heller ikke truet av WannaCry. Pasientjournalene var så «sikre» at



ROAR THON, fagdirektør sikkerhetskultur i Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM).

«Informasjon var så "godt sikret" at sykehusene måtte stenge.»

selv ikke de som hadde lovlig tilgang, kunne bruke informasjonen. Informasjonen var så «godt sikret» at sykehus måtte stenge. Men fokus var likevel at uvedkommende ikke hadde fått tilgang til pasientinformasjon.

Vi ser tendensen til samme fokus i Norge. Diskusjonen rundt Helse Sør-Øst og deres tjenesteutsetting handler kun om konfidensialitet. Uvedkommende kan ha hatt tilgang til 2.8 millioner

norske pasientjournaler. Debatten stanser der.

Det er ingen grunn til å bagatellisere tap av personsensitiv informasjon. Dersom befolkningen ikke kan stole på myndighetenes og virksomheter evne til å beskytte deres sensitive informasjon, er det svært ødeleggende for både samfunnet og den enkelte innbygger.

Men det er også alvorlig om vi ikke er i stand til å se lengre enn pasientjournaler og helseopplysninger på avveie som verste samfunnsmessige konsekvens. Om det kun er konfidensialitet som opptar oss, vil ikke de eksisterende og fremtidige digitale sikkerhetsutfordringer og konsekvenser bli forstått eller håndtert godt nok.

Hva er viktigst for deg som pasient?

For tenk deg følgende; du blir innlagt på sykehus – det står om livet. Hva har størst konsekvens for deg som pasient?

- At uvedkommende har lest journalen din (konfidensialitet)?
- At noen har endret dine data (blodtype m.m.) (integritet)?
- At sykehusets teknologi og systemer som kan redde livet ditt, ikke fungerer, fordi andre har tatt over kontrollen (tilgjengelighet)?

Integritet og tilgjengelighet i dette perspektivet er samfunnskritisk og har et betydelig større skadepotensiale. Moderne informasjonssikkerhet i blant annet helsesektoren handler ikke bare om konfidensialitet. I 2017 bør det handle like mye om å beskytte samfunnskritiske systemer og teknologi mot uønsket adgang og kontrolløvertakelse av krefter som ikke vil oss vel.

STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINNLEGG!

Ta kontakt med redaktøren (se kolofon s. 3).

– Det dårligst organiserte tilbudet vi har

Norsk forening for allmennmedisin mener det må settes langt strengere krav til organiseringen av avtalespesialistene innen psykisk helsevern. De får liten støtte hos Psykologforeningen.

PER HELGE MÅSEIDE

Fastlegene, som henviser storparten av pasienter til avtalespesialistene, fikk ikke delta i Helse Sør-Østs arbeid med ny regional plan for avtalespesialistene innen somatikk og psykisk helsevesen. Men en uttalelse fra et nettverk av de såkalte praksiskonsulentene, allmennleger som skal være bindeledd mellom fastlegene og sykehusene, ble tatt inn i rapporten. Der framsettes det en rekke krav som bør oppfylles før det opprettes nye hjemler, blant annet at spesialistene må forplikte seg til å ta inn et visst antall andel nye pasienter, gjøre raske vurderinger av om behandling i spesialisthelsetjenesten virkelig er nødvendig, delta i felleskonsultasjoner, og være flinkere til å sende ut epikriser. Samtidig advares det mot langtidsterapier for å unngå «kronifisering».

ER IKKE ENIG

– Vi mener at praksiskonsulentene ikke er representative for fastlegene og i liten grad har kunnskap om tilbudet i en avtalepraksis i psykologi, det lave antallet psykologhjemler i forhold til fastlegeavtaler, og hvilke områder avtalespesialistene skal dekke i tillegg til henvisninger fra fastleger, sier Psykologforeningens visepresident, Rune Frøyland.

– Beskrivelsene med tanke på organisering av avtalepraksis i psykologi må vurderes i lys av at det er for få avtalehjemler, sier han.

– MÅ STILLE KRAV

Leder i Norsk forening for allmennmedisin, Petter Brelin, mener derimot at det trengs bedre oversikt over pasientenes behov og spesialistenes arbeid før det opprettes nye hjemler. Han understreker at det også etter hans mening foreligger en reell underkapasitet på psykiatere og psykologer.

– Men vi støtter Helse Sør-Øst i å vente med opptrapping av antall hjemler til det er lagt føringer for hvordan tjenesten skal utvikles. Dette gjelder også i de allerede eksisterende hjemlene, sier han.

Brelin mener også at en styrking av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus må sees i sammenheng med innføring av pakkeforløp og andre pågående prosesser, og at det er nødvendig å se nærmere på den svært ulike geografiske fordelingen av spesialistene.

– Det er særlig i perifer strøk at det er mangel på psykologer og psykiatere. Derfor er det nødvendig å se nærmere på demografiske forhold.

ETTERLYSER SAMARBEID

Brelin etterlyser også et tettere samarbeid med DPS-ene, sykehusene og, ikke minst, med fastlegene.

– Psykologisk spesialistbehandling er det dårligst organiserte tilbudet vi har. Henviser jeg en pasient til en øre-nese-hals-lege får pasienten svar på henvisningen, mens pasienten selv må finne seg en psykolog som er villig til å ta vedkommende inn i behandling. Dette er helt uholdbart og noe vi må få en slutt på, sier han. I dag er det opp til den enkelte avtalespesialist å prioritere mellom pasientene, men de får ikke rett til helsehjelp, slik de gjør på en offentlig poliklinikk.

– Privat spesialistpraksis må også ta ansvar for ansvar for de som venter på behandling. De er ofte mer lidende enn de som har gått i behandling lenge, sier han.

Brelin trekker også fram at mens de aller fleste avtalespesialister og sykehuspoliklinikker i somatiske fag i dag kommuniserer med fastlegene via Norsk helsenett, er dette langt fra tilfellet når det gjelder psykologer og psykiatere.

BEDRE SAMARBEID

NFA-lederen mener at en bedre koordinering og et bedre samarbeid med fastlegene er veien å gå, gjerne ved at fastlegen av og til vurderer pasienten sammen med psykologen eller psykiateren. – Forskning har vist at dette kan ha god effekt. Da kan vi lage en felles plan og bli samsnakket om psykoterapiteknikker og medisiner. Kanskje kan terapien avsluttes eller fortsette hos fastlegen, sier han. ■

Fem nye driftsavtaler i Oslo og Akershus

Helse Sør-Øst har driftsavtale med 965 avtalespesialister rundt om i regionen. Nå kunngjøres det ytterligere ni driftshjemler.

PER HELGE MÅSEIDE

Fem av disse er i Akershus og Oslo:

- I Akershus sykehusområde er det fire nye driftsavtaler innen urologi, øye, nevrologi og hud.

- I Oslo sykehusområde er det én urologiavtale lokalisert til Oslo øst.

De andre hjemlene kommer i Telemark, Vestfold og Østfold innen hud, urologi og øye.

– Dette er definitivt et skritt i riktig retning, sier Frøydis Olafsen, barnelege og nyvalgt leder i Praktiserende spesialisters landsforening (PSL).

VILLE AVVIKLE HJEMLER.

Journalen skrev på nett i begynnelsen av september om at det regionale helseforetaket ville avvikle avtalespesialist-hjemler innen en rekke fagfelt. Dette vakte sterke reaksjoner, både fra Legeforeningen og Psykologforeningen, som har kommet med sterk kritikk av arbeidet med en ny regional plan for avtalespesialistområdet. Både helseminister Bent Høie og Arbeiderpartiets helsepolitiske talsperson Torgeir Micaelsen, uttalte at de forventet av Helse Sør-Øst fulgte opp politiske signaler om å styrke avtalespesialistordningen.

– Det er et helsepolitisk mål både å utvide antall hjemler for avtalespesialister, og å benytte avtalespesialister mer. Gjennom en grundig behovsvurdering og en helhetlig plan for området, får vi nå et godt utgangspunkt for å ivareta denne viktige delen av spesialisthelsetjenesten på en god måte, sier administrerende direktør Cathrine M. Lofthus i Helse Sør-Øst RHF, i en e-post.

Helse Sør-Øst har omtrent dobbelt så mange driftsavtaler som de tre andre helseregionene til sammen. RHF-et melder at det fortsatt er aktuelt å se om det er spesialiteter som ikke egner seg i avtalepraksis, og at det er helt i innspurten med en regional plan for avtalespesialistområdet. ■

STYRET**LEDER**

Kristin H. Hovland
Tlf. 400 06 400
Skanska Norge AS
kristin.hovland@skanska.no

NESTLEDER

Aasmund Bredeli, Of
Tlf. 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no



Recep Özeke
Tlf. 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@ous-hf.no



Kari Löhne
Tlf. 2 11 80 80
Oslo universitetssykehus
kari.lohne@ous-hf.no



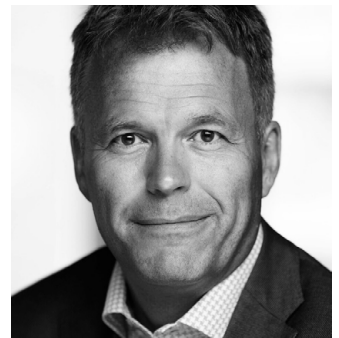
Gunnar Frode Olsen, Af
Tlf. 22 76 33 60
Kantarellen legesenter
gunnar.olsen@kantarellen.nhn.no



Anniken Riise Elnes, Ylf
Tlf. 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus



Marit Kamøy, LSA
Tlf. 23 47 40 72
Bydel Sagene
marit.kamoy@bsa.oslo.kommune.no



Even Holt, PSL
Tlf. 900 56 250
Moloklinikken
eveho@online.no



Nina Skylv, Namf
skylv@online.no



Pia Norheim, Nmf
Student ved UiO
pia_nor@hotmail.com

SEKRETARIAT**Unni Brøter**

Tlf. 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.brøter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen

Tlf. 23 10 92 42
Oslo legeforening
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no

KURSKOMITÉ**Reidar Johansen, leder**

Tlf. 22 95 55 90
Majorstukrysset legegruppe
reidar@doctor.com

HELSETJENESTER FOR LEGER**Linda Elise Grønvold**

Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
linda.elisegronvold@hotmail.com

Gro Bjartveit

Frysja legekantor 22 10 62 10
Avdelingsrådgiver
grobjar@gmail.com

Oslo legeforening er en lokal-
forening i Den norske legeforening.

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

LEDEREN

Lytt til erfarne fagfolk

Når fagmiljøer går så sterkt ut som nå, med opprop, i forbindelse med vedtaket om å legge ned Ullevål sykehus, er det ikke fordi de er motstandere av utvikling eller flytting. Det er fordi det faktisk er fagfolkene som kan si noe om hvilke behov de ulike fagene har for at sykehuset fortsatt skal være i verdensklasse innen sitt fagområde. Planene innebærer en oppdeling av akutt-, beredskaps- og traumefunksjonen hvor noe går til Gaustad og noe til Aker.

Helseforetakene har et «sørge for»-ansvar, samt ansvar for en bærekraftig utvikling av sykehusene. Behovet for nye sykehuslokaler er stort, og det er i Norge planlagt milliardinvesteringer i de kommende tiårene. Likevel stiller fagfolk seg ofte kritiske til helseforetakenes planer. Hvorfor det?

Det er mange hensyn å ta når avgjørelser om sykehus plassering, størrelse og funksjon skal bestemmes. Likevel tenker jeg det særlig er to sentrale vilkår som må være tilstede:

1. God samlet funksjon. Når et sykehus forventes å dekke en funksjon som krever ulike disipliner, må nødvendige fagmiljøer være tilstede på samme sykehus (og da ikke med en kjøretur imellom)
2. Sunn økonomi. Med alle planene om nye sykehusbygg i Helse Sør-Øst er jeg skeptisk til om det er midler til å utføre alt innenfor den ønskede tidsrammen. Hvis midlene stopper opp,

«Hvis midlene stopper opp, og vi står med halvferdige sykehus, blir tilbudet rasert for hele befolkningen i området.»

og vi står med halvferdige sykehus, blir tilbudet rasert for hele befolkningen i området. I perioden frem til nye bygg er på plass, skal alle funksjoner ivaretas. I Oslo tilsier det også å *opprett-holde* funksjonene for en befolkning som forventes å øke med ca 10 000 hvert år, og det vil være investeringsbehov på nåværende bygningsmasser i årene frem til nye sykehus er på plass.

Vi kjenner til utfordringene både fra AHUS og Kalnes, hvor sykehusene viste seg for små fra dag én. Begge måtte redusere sykehusarealene pga budsjettendringer, men arealene som ble fjernet fra planene synes å være valgt ut fra økonomiske og byggetekniske hensyn, med lite vektlegging av samlet sykehusfunksjon.

I Helse Sør-Øst er det flere sykehus som enten er klare til å starte bygging, eller som står i kø for å bli bygget. I Oslo er følgende bestemt: «Et lokalsykehus på Aker, et region-

sykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.» Disse planene innebærer altså at Ullevål skal legges ned.

Da Oslo legeforening arrangerte debattmøte med Oslo-politikere like før valget, kom det frem at flere av dem ikke hadde fått med seg vedtaket eller konsekvensen av nedleggelse av Ullevål. Det er forståelig, for som en av dem sa: «Jeg trodde dere ønsket nybygg». Det er ikke enkelt å forstå nyansene i det som blir vedtatt – men det er helt nødvendig at politikerne kommer på banen, da det er de som skal legge premissene.

Min bekymring er at planene, slik de foreligger nå, vil ødelegge både faglige miljøer med deres opparbeidede kompetanse i verdensklasse, og sykehusøkonomien for hele regionen.

Vend i tide – det er ingen skam å snu.



KRISTIN H. HOVLAND,
leder Oslo legeforening

MØTEKALENDEREN

Oktober

11. I Legenes hus: Medlemsmøte med Danske Bank og Legeforeningen om medlemsfordeler. En advokat fra JA-avdelingen gir informasjon om kjøp og salg av praksis, forhandlinger og avtaleinngåelser.

12. I Rødt auditorium, Rikshospitalet, kl.17-19.30. «Leger i krig». Fortellinger fra frontlinjen i Mosul, Irak. Arr: Nmf. Åpent for alle. Enkel servering

19. Styremøte i Legenes hus.

November

23. Styremøte i Legenes hus

Har du et arrangement du ønsker omtale av på Møtekalenderen? Send epost til unni.broter@legeforeningen.no

FOTO: UNNI BRØTER



Oslo-legen 2017

Oslo legeforening utnevnte Anne Kathrine Nore.

Begrunnelsen for prisen er: Anne Kathrine Nore er tildelt prisen for sin store innsats ved Oslo legevakt. Der har hun blant annet arbeidet med de vanskelige pasientene og deres situasjon.

Dette resulterte i et forskningsprosjekt om rus som var med på å legge grunnlaget for det velfungerende observasjonsrommet for ruspasienter.

Prisvinneren har også bidratt med faglig kunnskap og erfaring som har vært med på å forme mange unge leger i deres videre legegjerning. Kollegene har kunnet søke råd hos henne uansett tid på døgnet.

Anne Kathrine Nore er utnevnt til Oslo-legen 2017 av et enstemmig styre i Oslo legeforening.

– Ullevål sykehus bør bestå

Helse Sør-Øst har vedtatt å legge ned Ullevål sykehus. Foretaksstillsvalgt Aasmund Bredeli fronter nå en underskriftskampanje for å bevare sykehuset. Her forklarer han hvorfor.

Etter at Oslo-sykehusene ble slått sammen i 2009, har sykehusledelsen kontinuerlig arbeidet med fremtidige byggeplaner. Allerede senhøstes 2009 foreslo ledelsen å flytte traumatologien med tilhørende regionfunksjoner fra Ullevål til et planlagt nybygg på Rikshospitalet. Forsøket strandet ganske raskt. Sykehuset hadde dårlig økonomi, og utbyggingsmulighetene ved Rikshospitalet var begrensede. Markagrensa og fredningsstatusen til Gaustad-anlegget etterlot lite areal for en utbygging. Planene om å finansiere nybygg ved å selge Aker-tomta ble stanset etter en politisk prosess.

Etter dette første tilbakeslaget iverksatte sykehusets direktør Siri Hatlen arbeidet med en helhetlig utviklingsplan for sykehuset frem mot 2025. Dette var en grundig utredning som beskrev mulighetene på de ulike sykehusområdene. Kun Ullevål-tomta var stor nok til å samle hele virksomheten. Men etter avveininger av fordeler og ulemper ved ulike alternativer konkluderte utredningen med at et samlet sykehus ikke var ønskelig. Det ble for stort og kostnadene for høye. Det beste alternativet var en gradvis utvikling av de tre sykehusene. Kostnadsrammen var like under 20 milliarder. Planen ble vedtatt av styret i OUS i 2011.

Etter at Bjørn Erikstein tiltrådte direktørstolen, ble Hatlens planer stoppet. Den nye direktøren relanserte ideen om full samling, denne gangen på Rikshospitalet. Radiumhospitalet skulle avvikles. Han startet opp et idéfase-arbeid basert på dette konseptet.



AASMUND BREDELI

I høringsrunden kom det frem kritiske bemerkninger til planen. Det ble innvendt at sykehuset ikke hadde utarbeidet en samlet virksomhetsplan, og at det derfor var usikkert om idéfase-planen svarte ut behovet i årene som kom. Kostnadsrammen i prosjektet beløp seg til i overkant av 40 milliarder kroner, og det ble reist spørsmål om sykehuset og eier Helse Sør-Øst ville kunne bære kostnadene. Reguleringsmyndighetene stilte seg videre avvisende til en så stor utbygging av den trange tomte på Gaustad, og forslaget om å legge Ringveien i tunnel. I den andre versjonen – av den samme idéfasen – ble planene kullkastet. Ullevål skulle nedlegges og nå erstattes av et nytt og stort lokalsykehus på Aker. Ullevåls traumatologi og høyspesialiserte funksjoner skulle flyttes til Rikshospitalet. Planen fikk hard medfart i den eksterne kvalitetssikringsrapporten. Det ble blant annet stilt spørsmål om sykehuset vil ha tilstrekkelig kapasitet om 10-15 år hvis disse planene blir realisert. I den samme planleggingsperioden ble det politisk bestemt at det skal bygges et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og nybygg for Regional sikkerhetsavdeling.

Styret i OUS vedtok planene om å legge ned Ullevål sykehus og å dele aktiviteten mellom Rikshospitalet og et nytt sykehus på Aker. Vedtaket er stadfestet også i Helse Sør-Øst sitt styre.

Etter at planene ble tydeligere konkretisert har jeg mottatt en rekke henvendelser fra ulike fagmiljø i sykehuset. Det har fremkommet bekymring for negative konsekvenser for pasientbehandlingen, fagutviklingen og beredskapsfunksjonen som det samlede akutt sykehuset i dag iverretar. Etter innspill og diskusjon i allmøter blant legene har vi blitt oppfordret til å utarbeide et opprop mot å splitte opp aktiviteten til akutt sykehuset på Ullevål.

Etter å ha vært engasjert i alle faser av sykehusplanleggingen siden sykehusene i Oslo ble slått sammen i 2009 opplever jeg dessverre stadig at dårlige prosesser står i veien for realistiske planer for utvikling av sykehusene våre. Planarbeidet har vært preget av usikre og sviktende premisser, med tilhørende risiko for at prosjektene ikke er gjennomførbare. En omfattende omlegging av akutt-tilbudet i regionen bør etter vårt syn ikke alene være basert på drøftinger blant enkelte utvalgte i sykehusets øverste ledelse. Det bør gjennomføres en grundig utredningsprosess hvor de ulike driftsmodellene vurderes samlet.

Hovedutfordringen i årene som kommer er den sterke befolkningsveksten i regionen. Å sikre nødvendig behandlingsskapasitet – raskt nok og til en overkommelig pris – bør være førende for utviklings- og utbyggingsplaner i sykehuset. Hatlens plan fra 2011 var et bedre svar på utfordringene vi står overfor, enn dagens vedtatte planer om å legge ned landets største akutt sykehus.

Adresse til oppropet: www.oppnop.net/nedleggelse_av_akuttsykehuset_ulleva



Jan Frich
Professor i helseøkonomi, HIO



Tina Gaarder



Professor Jan Frich, stortingspolitiker Jan Bøhler (Ap) og legene Tina Gaarder og Pål Aksel Næss kommenterer planene om å legge ned Ullevål sykehus på disse videosnuttene som ligger på Journalens facebook-side. Videoene er til nå vist 47 000 ganger.

Best på e-helse i 2025?

Skal Norge bli best på e-helse blir det avgjørende at prosjektene ikke er rigide, drevet langt fra brukerne og uten løpende nytestyring, skriver lege og IT-gründer Petter Risøe.

I forkant av årets Stortingsvalg lanserte Arbeiderpartiet en målsetning om at Norge skulle bli best på e-helse i 2025. Alle som har opplevd å sende oppgjør på diskett, bilder i taxi, EKG-er på fax, dobbeltregistrert i ulike systemer som ikke snakker sammen, logget inn i flere systemer på rad, og fått rotet til pasientbehandling som resultat – vi er vel enige om at det trengs et løft?

Politikerne ble i valgkampen aldri helt enige om hva e-helse er, hvem det skal være best for, og hvilke tiltak som må iverksettes dersom ambisjonen er å slå Sverige, som også vil bli best i 2025. Likevel kan nok helseminister Bent Høie med rette svare at han gjort mer enn noen tidligere helseministre. Vi har fått Direktoratet for e-helse og en sterkere nasjonal styring. Nasjonale fellesløsninger skal på plass – innbyggertjenester, velferdsteknologi, kjernejournal og pasientens legemiddelliste. Helseplattformen, nytt felles journalsystem i Helse Midt-Norge, er pilot for nasjonal felles journalløsning. Papir skal bort.

I et samfunn der utviklingen går stadig raskere er det lett å la seg blende av snakket om hva teknologien kan gjøre for helsen vår i fremtiden. Helsetopper og politikere snakker om roboter, kunstig intelligens og førerløse busser som henter pasienter til timen. Jeg tror mange av oss skulle ønske fokus ble rettet mot de daglige tidstyvene som stjeler ressurser – en nasjonal plunder og heft-satsing.

Fra 1994 til 2014 viser tall fra Legeforskningsinstituttet at andelen pasientrettet tid for sykehusleger har falt fra 59% til 43%. I Legeforeningens undersøkelse om journalsystemer på sykehus i 2014, oppga 9 av 10 at de hindres i jobben grunnet problemer med IT-systemene. Problemet er ikke særnorsk – en fersk studie av 142 amerikanske allmennleger over tre år viste at på en gjennomsnittlig 11,4 timers arbeidsdag brukte de 5,9 timer på det elektroniske pasientjournalsystemet (amerikanske Epic). Skal vi få mer pasientrettet tid er det avgjørende med IT-systemer som hjelper oss å snu denne utviklingen.

Å digitalisere arbeidsprosesser er i seg



PETTER RISØE

Tidligere lege i indremedisinsk spesialisering, legevakslege og daglig leder i helse-IT-selskapet Diffia. Diffia lager et mobil-tilpasset arbeidsverktøy for å spare leger og sykepleiere for tid ved informasjonsinnhenting, dokumentasjon og kommunikasjon.

«Jeg tror mange av oss skulle ønske fokus ble rettet mot de daglige tidstyvene som stjeler ressurser – en nasjonal plunder og heft-satsing.»

selv ingen garanti for at tidstyvene blir færre eller arbeidsflyten bedre – tvert imot risikerer man å gjøre den kliniske hverdagen mer kronglete. Papir brukes fortsatt i mange arbeidsprosesser fordi det er raskt, fleksibelt og brukervennlig. Hvis helsevesenet fortsetter å bestille og innføre IT-løsninger som man tidligere har gjort, får man systemer som stjeler tid fra pasientbehandling. Ved utvikling av IT-system for komplekse miljø og -arbeidsprosesser må vi regne med å ikke treffe på første forsøk. Det må planlegges for systematisk eksperimentering.

Fra andre bransjer vet man at gode brukeropplevelser skapes gjennom prøving og feiling i tett samarbeid med brukerne. Smarttelefonen og tilhørende apper

oppleses som lette å forstå og effektive å bruke fordi applikasjonene har vært igjen – nom hundrevis av runder med testing og forbedring. Vil vi ha bedre løsninger som stjeler mindre tid, må vi tilrettelegge for at disse utvikles i raske sykluser nær brukerne, med systematisk observasjon og testing av hva som virker og hva som ikke gjør det.

Plunder og heft skapes ofte av de beste intensjoner. Alle er enige i at kritisk informasjon bør være tilgjengelig uansett hvor i landet man blir syk – men vi har fått en kjernejournal som ikke snakker med andre systemer. Der vi før hadde ett system for å finne informasjonen i, har vi nå fått to. Der vi hadde ett system for å skrive informasjon i, har vi nå to. Og fordi vi har fått enda et system, har vi også fått enda en innlogging å forholde oss til. I følge Helse Sør-Øst har 9 av 10 leger ikke gjort oppslag i kjernejournal de siste 30 dagene ved 6 av regionens 9 sykehus; på de øvrige 3 har færre enn 4 av 5 leger gjort oppslag. Dette illustrerer hvor vanskelig det er å få helsepersonell til å ta i bruk nye IT-systemer i en travelt hverdag dersom opplevd nytte ikke overstiger merarbeidet.

Flere av våre verste tidstyver skyldes nettopp dobbeltregistrering og systemer som ikke snakker sammen. Kontrasten er stor til internett, der informasjonen flyter sømløst mellom heterogene systemer. Skal man få til dette i helse, må det offentlige legge vekt på at systemene de kjøper leveres med tjenestegrensesnitt (postkasse) med åpne standarder for kommunikasjon (konvolutter) og felles informasjonsmodeller (innholdet i konvolutter). Hvis ikke sykehusene sikrer at de kan flytte dataene mellom ulike systemer blir de leverandørenes gisler, fordi det blir dyrt og vrient å bytte ut et dårlig fungerende IT-system. Dessverre blir komponenter som gjør at systemene snakker sammen ofte nedprioritert i utvikling og anskaffelser – for eksempel jobber ingen nå aktivt med å få kjernejournal til å snakke med andre systemer.

Under Høie har Norge gått mot regional og nasjonal samordning innen IT. Det er det mye bra ved, men store IT-prosjekter med mange ulike aktører og langt tidsperspektiv er samtidig krevende. Prosjekter

«Hvis ikke sykehusene sikrer at de kan flytte dataene mellom ulike systemer blir de leverandørenes gisler.»

over 100 millioner mislykkes 2-3 ganger oftere enn de under. Prosjekter som varer over 12 måneder har større sjanse for å levere dårlig. I Danmark har Sundhedsplatformen, et nytt felles journalsystem fra leverandøren Epic til Region Hovedstaden og Region Sjælland, ledet til legeklager på mer tid til tastearbeid og mindre tid til pasientkontakt, 5,7 prosent færre pasienter behandlet hitil i 2017 og blitt omtalt som en katastrofe for Danmarks registerforskning.

Heldigvis vet vi en del om hva som virker – hyppige leveranser til produksjon, nyttestyring underveis, tilstrekkelig fleksibilitet i hva som skal lages til å justere målbildet er nøkkelfaktorer for vellykkede IT-prosjekter.

Skal Norge bli best på e-helse blir det avgjørende at de neste årene ikke byr på rigide prosjekt drevet langt fra brukerne, uten løpende nyttestyring og kun overlevering til linjen i siste fase. Skal vi ha bort plunder og heft må vi utvikle systemer der brukerne er, og vi må prioritere grunnmuren som gjør at pasientinformasjon flyter sømløst mellom systemer. Dette må gjøres gjennom åpne standarder og ikke skreddersøm mellom applikasjonene vi allerede har. Slik gjør vi systemene i helsetjenesten i stand til å snakke også med det nye som kommer.

E-helse i valgkampen var mye visjon og lite tiltak. Hvorvidt Norge blir best i 2025 vil handle om gjennomføring, og ikke minst tempo i digitaliseringen. Om Høie velger å stille seg bak målet gjenstår det å se hva som vil bli gjort for å gi helsevesenet evne til å ta i bruk nye og bedre IT-løsninger raskere enn vi tidligere har sett. ■

Kjernejournalene mangler kritisk informasjon

Kun 2,6 prosent av kritisk informasjon fra pasientjournalene er overført til kjernejournalene ved sykehusene i Helse Sør-Øst.

PER HELGE MÅSEIDE

Tallene kan være enda lavere, i følge Lars-Petter Granan, konstituert overlege ved Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus og medisinsk fagansvarlig i det regionale prosjektet.

– Vi mister minst 97 % av all kritisk informasjon som skulle ha ligget i kjernejournalen, sier Granan til Journalen.

I en nettsak som Helse Sør-Øst publiserte i sommer framgikk det at kun 4 prosent av såkalt kritisk informasjon ble overført fra pasientjournalene til kjernejournalene. Kritisk informasjon kan være at pasienten ikke tåler et medikament, er vanskelig å intubere (skaffe fri luftvei ved narkose), og har implanterter eller alvorlige sykdommer som det er viktig at helsepersonell er klar over. En ny gjennomgang av tallene viser at det antakelig står enda dårligere til.

– Kun 2,6 prosent av kritisk informasjon er overført til kjernejournalene. Tallene er representative for Helse Sør-Øst, og sannsynligvis for hele landet. Det er rimelig å anta at de er enda lavere, sier Granan.

Løsningen som bl.a. skal sikre tryggere pasientbehandling, er implementert på alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset og Betanien Hospital. Det regionale prosjektet har pågått siden 2015 fram til 2. mai i år, da Vestre Viken som det siste foretaket i regionen innførte kjernejournal.

I følge prosjektleder Erling Wold varierer nivået på bruken betydelig mellom foretakene. – Noen bruker kjernejournal flittig, mens andre bruker den i svært liten grad. Enkelte foretak gjør mange oppslag, men registrerer knapt kritisk informasjon, heter det i nettsaken. Tallene viser også at det ved de ulike helseforetakene kun er mellom 7 og 19 prosent av legene som har gjort oppslag i

kjernejournalen siste 30 dager. Akershus universitetssykehus er best i klassen på oppslag, men registrerer til gjengjeld i liten grad kritisk informasjon, heter det i nettsaken.

– TAR TID Å IMPLEMENTERE

– Det tar tid å implementere en ny løsning, og for helsepersonell å ta i bruk løsningen. Det tar også tid å legge inn nødvendig informasjon i en løsning, svarer statssekretær Maria Hjarmann Bjerke (H) i Helse- og omsorgsdepartementet på spørsmål om hvordan departementet ser på tallene, og hva det vil gjøre for å øke bruken av kjernejournal generelt, og sørge for at data overføres fra pasientjournalen til kjernejournalen.

– Vi ønsker at kjernejournal skal tas i bruk i hele helsetjenesten raskest mulig. Helse- og omsorgsdepartementet stilte derfor krav til de regionale helseforetakene om at de i mai skulle rapportere om status for innføring og bruk av kjernejournal. Alle helseforetakene har tatt løsningen i bruk, men det må fortsatt jobbes videre med å øke bruken og bedre datakvaliteten. Dette krever blant annet god ledelsesforankring, god opplæring og gode rutiner hos de enkelte brukerne, skriver statssekretæren i en epost.

– FLERE GRUNNER

– Det er flere grunner til at tallene er som de er. Størrelsen på helseforetaket og når de begynte innføring av kjernejournal er to viktige grunner. Vi ser også stor forskjell på hvor godt kjernejournal er lederforankret og rutinebeskrevet på de ulike avdelingene ved sykehusene. Noen kan nok ha slått seg til ro med at kjernejournal er teknisk tilgjengelig og ikke tatt jobben med endringsledelsen som kreves for å ta det i bruk, skriver avdelingsdirektør Rune Røren i Direktoratet for e-helse i en kommentar. ■



GEIR SVERRE BRAUT

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

Individualisten i flokken

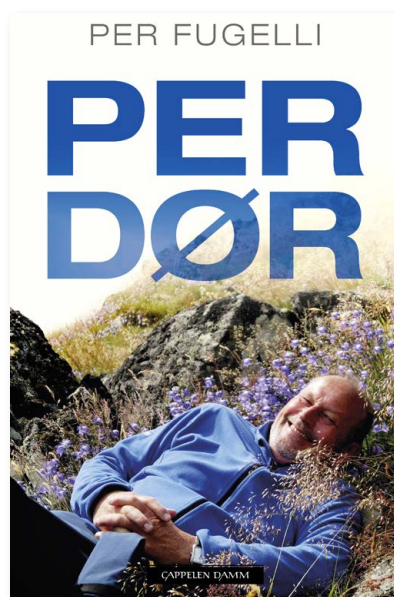
Vi har i mange år levd med kunnskapen om den døden som skulle kome. Den siste tida har vi også visst at den døde skulle gi ut ei bok når livet var omme. Ikkje nok med det. Livet fram mot døden for Per Fugelli skal også forteljast gjennom ein film som kjem seinare i haust.

«Verdige mennesker blir trygge og rause, de vil dele verdighet», skriv Fugelli i boka. Dei rause menneska, som torer vere seg sjølve i møte med andre, er eit gjenomgåande tema i mykje av det som han har skrivne opp gjennom åra. I denne boka deler han sjølv raust av sine eigne erfaringar frå dei to siste åra som han fekk leve.

Boka er bygd opp av tekstar kronologisk ordna etter når dei er skrivne. Det er korte snuttar, nesten som aforismar. Det er lengre passasjar, som har eit novellepreg over seg. Nokre av tekstane er ganske allmenne, knapt verdt å nemna. Andre er fine forteljingar som gir lesaren nye perspektiv på døden, men ikkje minst på livet. Samla sett les eg tekstane som ei veksling mellom det kjende og det ukjende, det som har vore og det som skal kome. Ikkje minst er det ei von om ei like god framtid for etterkomarane som det forfattaren sjølv har opplevd i si tid.

Kort sagt: Dette er Per Fugellis kognitive og emosjonelle testament til det norske folket, nei, til det norske samfunnet; eit samfunn som har var så tett knytt til, stolt av og glad i. Men uroa for framtida for nettopp dette samfunnet, ligg djupt i mange av tekstane her i boka, som elles i forfatterskapen hans. I oktober 2015 har han notert: «Vi borer dypt i fjell og havbunn, men bare grunt i egen sjel.» Han har fleire spark på leggen til Framstegspartiet, og han forsøker seg på ei fin takling av Kristeleg Folkeparti – nettopp slik som alle som kjenner stilen hans ville vente seg.

Han er passe personleg i tekstane, og skliar aldri over i det klamme, private. Når han



PER FUGELLI

PER DØR

Cappelen Damm, 2017
ISBN 978-82-02-55991-5
245 SIDER NOK 379,-

omtalar si eiga helse, skjer det med ein språkleg stil som knapt andre enn Fugelli hadde fått til. Smak for eksempel på: «Min hukommelse er som et plyndret bibliotek.» Når han omtalar dei drepende triste funna frå ei MR-undersøking, tar han rett og slett teksten direkte frå røntgenlegen sin omtale: «Man ser tallrike lyspunkter i begge lunger.» Kva meir er det eigentleg å seie? Allusjonen til Wergelands «Klag ikke under Stjernerne over Mangel paa lyse Punkter i dit Liv» er fortrefteleg.

Mange av dei språklege bileta kjenner vi frå tidlegare skrifter. Dansen er der, flokken like eins. Grunnstoff og resept kjem vi

«Dette er Per Fugellis kognitive og emosjonelle testament til det norske folket, nei, til det norske samfunnet; eit samfunn som har var så tett knytt til, stolt av og glad i»

heller ikkje utanom. Denne typiske «per-ske» talemåten gir denne endelege teksten ein personleg autoritet og eit truverte som viser at han gir av seg sjølv, også her i siste fase. Nokre nye ord kjem med. Parasymp-tom likte eg godt; underlege handlingar som må tolkast – kanskje uttrykk for ei slag kopling mellom det sjelelege og det kroppslege, som viser seg før dei ordinære patologiske uttrykka gjer seg gjeldande.

På eitt område er forfattaren slett ikkje ferdigtenkt. Det handlar om omgrepet, og kanskje fenomenet, ånd. I teksten om parasymp-tom ligg det åndelege tett under når han fortel om den uforklårlege lysta til å laga eit seminar om døden i 2005, før han visste at han var i ferd med å bli sjuk. Men 26 sider seinare skriv han: «Jo, eg har alltid trodd på ånd. Ånd til å tåle med, til å skape mening med, til å takke med, til å elske med – men ikke til å drepe kreftceller med.» Han kunne gjerne fått dagar og år til å grunne meir på dette, for her kan han ha vore på sporet av noko spennande.

Fugelli har ei klår kollektivistisk for- forståing i sine skrifter. «Å ville den andre vel. Å dele makt. Å være ærlig.» Ja, det opnar for samspel og solidaritet. Men i



Professor i sosialmedisin Per Fugelli døde på Jæren 13. september av kreft. Den siste tiden han levde skrev han boken «Per dør», og i følge NRK fikk han god hjelp av sønnen Aksel, som også er forfatter. – Han har skrevet som en gærning, ikke sett seg tilbake. Det er jo ikke alt som er muntert og det er jo tunge ting. Men det har jo vært fint å lese og diskutere, for da kom jeg veldig tett innpå. Det gjør det kanskje lettere nå som han har gått bort at vi har vi jobbet sammen om dette. Ingenting er usnakket. Foto: Cappelen Damm

det perspektivet blir det kanskje litt vel enkelt å seie: «Mening må mennesket skape selv», utan å drøfte nærare om ikkje også meiningsskapinga er kollektivistisk. Sjølv om han ikkje seier noko direkte om det, trur eg at han meiner det slik. I alle fall viser han korleis andre har vore med på å gi hans eige liv meining gjennom den omfattande bruken han gjer av tilvisingar til litterære verk.

Lesinga av boka minna meg om ei rekkje andre tekstar eg har lese med gode observasjonar og refleksjonar rundt livet kort før døden. Erik Egeland's diktsamling «Blå skygge» og Dagfinn Hauges «Slik dør menn», er mellom dei. Men høgst står nok

«Han er passe personleg i tekstane, og skilr aldri over i det klamme, private.»

«Til min Gyldenlak» og «Anden Nat paa Hospitalet» som Wergeland skreiv få dagar før han døydd. Les gjerne noko av dette parallelt med boka til Fugelli.

Den som er diktar, har same livet som alle andre, men ser likevel noko meir. Fugelli

er ein god observatør. Han evnar å spele vidare på andre sine idear, og ikkje minst maktar han også i det siste skriftet å provosere lesaren. Sjølv om det fort kan bli sett på som ufint å utfordre ein død mann til duell, trur eg ikkje det er rett å seie: Kvil i fred. Eg trur han har lyst til å vere ein utfordrar for sine motstandarar også etter at oska fer med vinden over Røst og Jæren.

Denne typiske «perske» talemåten gir denne endelege teksten ein personleg autoritet og eit truverde som viser at han gir av seg sjølv, også her i siste fase.

Eg trur han har lyst til å vere ein utfordrar for sine motstandarar også etter at oska fer med vinden over Røst og Jæren. ■

Kunnskaps- direktøren

Ut ifra sin egen kommentarspalte i Morgenbladet er hun en guttegæren forsker. En direktør med sans for lave hæler. Hun omtaler seg som lege, forsker og direktør, har et kritisk blikk på brukermedvirkning, og er opptatt av kunnskapsrabalder.

MELANIE EKHOLDT HUYNH

– Alle er opptatt av kunnskapssamfunnet. I den politiske plattformen til den nåværende regjeringen beskriver de betydningen av kunnskap: Kunnskap som den nye oljen, kunnskap som det vi skal leve av etter oljen og kunnskap som grunnlag for politiske beslutninger. Det virker som om man er enige om synet på kunnskap i alle politiske partier i Norge, og det er også stor interesse for det i resten av verden.

– Mye forskning har lav kvalitet. Tilsynelatende er det så mye kunnskap, men går man systematisk gjennom forskningen er det overraskende hvor lite som holder mål, og hvor mye det ikke finnes studier av i det hele tatt. Det er mye kunnskapsrabalder, men for lite kunnskap med høy kvalitet. Det er ikke så rart. Vi har organisert oss slik at det ofte er unødig møysommelig, dyrt og tidkrevende å skaffe vitenskapelig kunnskap, sier Camilla Stoltenberg.

– Kanskje det er derfor vi har lite av den?

– Ja, men det er ikke bare det. Det er også fordi vi ikke etterspør vitenskapelig kunnskap i tilstrekkelig grad, fordi vi har ikke høy nok bevissthet om hva som er de viktige spørsmålene, de forskbare spørsmålene og den pålitelige kunnskapen. Hvilke krav stiller vi til den? Og hvordan kan vi faktisk skaffe den? Mange tenker kanskje at det ikke er mulig å få tak i den uansett – i hvert fall ikke i tide – og at man derfor må ta til takke med det som ikke er helt bra nok. Og det må man noen ganger. Men på mange områder tenker jeg at det egentlig ikke er så vanskelig å få mye bedre kunnskap hvis vi bare visste hva vi var ute etter og innrettet oss deretter.

– Hva er ditt forslag til løsning på kunnskapsrabalderet?

– Vi må utvikle begreper som skiller mel-

CAMILLA STOLTENBERG

- Direktør, Folkehelseinstituttet (fra 2012)
- Professor II, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
- Leder, HelseOmsorg21-rådet
- Medlem av International scientific advisory board, Global Burden of Disease Study, Institute of Health Metrics and Evaluation
- Styreleder, Helsevitenskapelig fakultet, Universitetet i Tromsø
- Forsker, Rikshospitalet, Universitetet i Oslo, Statens institutt for folkehelse 1991-2001
- Cand med, Universitetet i Oslo, 1987, Dr med Universitetet i Oslo, 1998

lom hypoteser, enkeltstudier og vel dokumenterte funn, og mellom god og dårlig forskning. Forskningen må debatteres kritisk og enda flere må kunne mer om vitenskap og hvorfor forskning er viktig. Forsknings-systemet må bli bedre slik at vi får mer, bedre og raskere resultater – både nye oppdagelser og mer triviell kunnskap.

– Hvilken forskning trenger vi?

– På mange felt har vi ikke definert hvilken forskning vi trenger. Hva er for eksempel de viktigste spørsmålene en rådmann, en fastlege eller en pårørende i en kommune trenger svar på? Vi bør diskutere og definere hva som er de aller viktigste kunnskapsbehovene vi har som samfunn, i ulike sektorer og på tvers av dem. Det foregår noen slike prosesser, men altfor få og ofte er de også for lite ambisiøse, tror jeg.

– I hvilken grad skal brukerne definere kunnskapsbehovene?

– Brukerne er avgjørende. Skal man gjøre



noe direkte med folk – gi dem piller eller operere dem – vil de selvsagt ha det avgjørende ordet. Brukerorganisasjonene forteller at de får mange henvendelser fra enkeltforskere og risikerer å bli overbelastet. Kanskje bør de heller involveres på et høyere nivå eller på andre måter.

RÅDSLEDER

– I tillegg til å være direktør i Folkehelseinstituttet, leder jeg HelseOmsorg21-rådet. Rådet er et stort og bredt sammensatt nasjonalt råd, med representanter fra næringslivet, kommunene, brukerorganisasjoner, universitets- og høyskolesektoren, de regionale helseforetakene og den sentrale helseforvaltningen.



*«Ofte lurer jeg på hvilken ytringsfrihet forskerne har,
og i hvilken grad det er selvsensur i forskningen.»*

Oppdraget er å følge opp den nasjonale strategien fra 2014 for helseforskning og utvikling av helsenæring. Undertittelen er «et kunnskapssystem for bedre folkehelse» og den skal vi i gang med å utvikle nå. En av de oppgavene vi har, er å bidra til økt brukermedvirkning.

Hun presiserer at det er et stort fremskritt for forskningen at brukere får en stadig tydeligere rolle. Men ulike brukerorganisasjoner kan være uenige med hverandre i hva behandlingen bør være, hva årsaken til sykdommen

er, og hva slags forskning som er viktig. Det å forsøke å håndtere dilemmaene som følger med brukermedvirkning, er viktig for henne.

– Det bør for eksempel ikke bare være de som utfører en bestemt behandling som driver forskning på den, eller bare de som lider av en sykdom som skal bestemme hva det er viktig å forske på.

– Har du erfaring med at slike interessekonflikter er blitt håndtert på gode måter?

– Nei, men jeg forsøker å følge med i debatten

om forskningen om ME/CSF og brukernes rolle.

Hun stopper opp litt, og tar så frem forskningen som eksempel på en arena der man har utviklet måter å håndtere forskernes interessekonflikter på. Foreløpig har hun hverken hørt eller lest om hvordan man kan takle interessekonflikter blant brukerorganisasjonene.

**FRA FORSKNINGSVERDEN
TIL GUTTEVERDEN**

Stoltenberg har skrevet om utdanningsgapet mellom menn og kvinner og at kon-

sekvensene for samfunnet på sikt er en av våre store samfunnsutfordringer. Hun mener vi har skapt nye urettferdige kjønnsforskjeller før vi har rukket å kvitte oss med de gamle.

– Du har skrevet en del om gutter i vårt nye moderne samfunn. Hva var inngangsporten dit?

– Den første inngangsporten var gjennom forskning vi har gjort ved Folkehelseinstituttet, blant annet den store «Mor og barn-undersøkelsen». Vi finner blant annet kjønnsforskjeller i forekomst av ADHD, autisme, språkforstyrrelser og andre utviklingsforstyrrelser.

– For noen år siden møtte jeg noen leger jeg hadde studert sammen med og alle fortalte om hva barna deres gjorde. Det er ganske mange, særlig hvis de er to leger, som har barn som også har blitt leger. Da slo det meg at noen av de som både hadde sønner og døtre, fortalte at døtrene hadde begynt rett på medisin i Norge, mens sønnene, hadde begynt på medisin i utlandet, ofte etter noen år. Jeg aner ikke om dette var tilfeldig eller om det er et mønster, men jeg har tenkt på det senere.

– Likestillingsmeldingen fra 2012 beskrev kjønnsforskjellene i utdanningen. Jeg synes ikke de tok de store forskjellene som har utviklet seg i gutters og menns disfavør alvorlig nok. Det er bra at kvinner utdanner seg, men det er ikke en seier for kvinnefrigjøringen og likestillingen at menn ikke gjør det i like stor grad.

– Et annet utgangspunkt er at jeg har vært opptatt av hvordan man skal jobbe med forebygging og helsefremming. Da må man som regel ut av helsetjenesten og over i andre sektorer. En av de mest nærliggende sektorene å tenke på er da barnehager og skoler.

Så det er altså ikke tilfeldig at Stoltenberg skal lede et ekspertutvalg som skal utrede og finne tiltak mot kjønnsforskjeller i skolen.

– Har du fortsatt barn som går i skole?

– Nei, nei, de er voksne. De er 31 og 28 år gamle.

– Er noen av de blitt leger?

– Nei, og de er gutter begge to. Kanskje illustrerer den eldste noen av poengene. Han holder på med en doktorgrad i statistikk nå, men var uinteressert i skole til han var ferdig



FOTO: PAAL AUDESTAD

«Det var et par harde år før jeg kom inn på det som gradvis ble mitt prosjekt.»

med videregående. Da ble han ganske plutselig voldsomt interessert i akademiske fag.

– Så du har to gutter selv, tror du det har gjort at du er blitt litt mer opptatt av gutteverden?

– Jeg vet ikke. Det kan hende. Jeg synes det er interessant å tenke på dem i forhold til denne problemstillingen, men jeg tror at jeg ville vært interessert i temaet uansett.

– Det er kanskje det at jeg liker å lete etter problemstillinger som er helt åpenbare, men som likevel ikke har fått den type oppmerksomhet som jeg mener de fortjener. Det er jo ikke slik at man ikke har diskutert kjønnsforskjeller i utdanningen, men man har kanskje ikke diskutert fritt nok om hva årsakene kan være, hva som er konsekvensene over tid og hva som kan gjøres.

– Hvor var din første jobb?

– Etter turnustjeneste i Sandnessjøen, jobbet jeg på Rikshospitalet som assistentlege på endokrinologisk seksjon på medisinsk

avdeling. Det likte jeg veldig godt, men jeg hadde hele tiden lyst til å bli forsker også.

– Hvor mye har du vært praktiserende lege?

– Det har jeg ikke vært på lenge. Jeg var veldig glad i å være lege, og jeg har vel egentlig aldri erkjent at jeg har sluttet med det. Men jeg må innrømme at etter at jeg ble direktør i Folkehelseinstituttet i 2012, så har det gradvis gått opp for meg at jeg kanskje ikke blir det igjen. Men det jeg synes er fint, er å vite at hvis jeg vil gjøre noe annet, kan jeg lære meg å være lege igjen. Jeg har ikke hatt jobb som lege siden år 2000 og ville trengt opplæring.

– Endokrinologi har jo litt å gjøre med kjønn og hormoner som du senere ble opptatt av?

– Der lærte jeg mye som jeg har hatt glede av senere, selv om det egentlig var noe jeg gjorde mens jeg forsøkte å bestemme meg for hvilket forskningsprosjekt jeg skulle velge, for jeg ville ta en doktorgrad. Jeg slet med å bestemme meg for hva jeg skulle ta doktorgraden på. Jeg hadde lyst til alt fra immunologi og genetikk, til psykiatri og epidemiologi. Jeg fikk mange interessante tilbud, og jeg hadde lyst på flere av dem. Tilslutt valgte jeg et

prosjekt som ble ganske mislykket, men lærerikt. Det var et par harde år før jeg kom inn på det som gradvis ble mitt prosjekt.

– Hva var temaet da?

– Jeg hadde lenge interessert meg for helsen til innvandrerbefolkningen. Jeg hadde skrevet en oppgave om det da jeg var medisinerstudent. Og så var jeg opptatt av psykiatri og genetikk. Egentlig hadde jeg vel tenkt at jeg både kunne bli psykiater og genetiker. Men så fikk jeg tilbud om stipend fra Diabetesforbundet for å studere svangerskapsdiabetes hos kvinner med pakistansk opprinnelse. De hadde høy forekomst av svangerskapsdiabetes og ingen hadde studert dette tidligere.

Jeg fikk data fra Medisinsk fødselsregister for å se på dette, men registreringer av svangerskapsdiabetes var dårlig. Derimot fantes informasjon om foreldrene var i slekt med hverandre i Medisinsk fødselsregister. Det tenkte jeg at det burde jeg justere for, for hvis de er i slekt ville det kunne påvirke

risikoen for at barnet skulle få medfødte misdannelser. Men så viste det seg at i tillegg til at det var høyere risiko for medfødte misdannelser, så var det også høyere risiko for spebarnsdød og dødfødsel hos de foreldrene som var kusiner og fettere eller nærmere beslektet. Og det forklarte hele forskjellen mellom de med opprinnelse i Pakistan og noen andre land, og de etnisk norske og de andre innvandrergruppene der det ikke er vanlig med inngifte.

– Inngifte er et følsomt tema. Og det ble en heftig diskusjon da doktorgraden ble publisert. Den gang var inngifte så godt som ukjent. Folk visste ikke at det var så hyppig i store deler av verden og derfor også i noen innvandrergupper i Norge, sier hun.

Camilla Stoltenberg prøvde å snakke med de miljøene det gjaldt, men det var ganske tungt. Det hele kulminerte i en heftig avisdebatt i 1998, der hun blant annet ble beskyldt for å være eugeniker, det vil si opptatt av rasehygiene.

– Hvordan tror du denne debatten om inngifte hadde blitt i dag?

– Jeg tror den kunne blitt mer åpen, flerstemt og nyansert enn slik jeg opplevde den i 1998. Først og fremst fordi det er så mange flere fra miljøene det gjelder som ville deltatt aktivt.

FORSKERNES YTRINGSFRIHET

– Hva om noen av dem det gjaldt hadde vært med på å utarbeide forskningsprosjektet, ville det da ha sett annerledes ut?

– Jeg vet ikke, men jeg tror at for enkelte temaer må det være mulig å ikke ta med dem som det forskes på i utarbeidelsen av forskningsprosjektet, fordi det trengs et blikk utenfra. Noen ganger kan forskeren finne svar som oppleves som krenkende, og det tror jeg at jeg gjorde den gangen. Dette er vanskelige spørsmål, men vi må diskutere hvordan det skal være mulig å stille spørsmål som er omstridte. Ofte lurar jeg på hvilken ytringsfrihet forskerne har, og i hvilken grad det er selvzensur i forskningen. Vi har ikke hatt nok offentlig debatt om forskning og friheten til å studere omstridte spørsmål.

– Forskere har ikke en egen ytringsfrihet, vi har den samme som alle andre i Norge. Det kan være man kommer til resultater som kan være omstridte eller oppleves som krenkende. Men også i forskningen, må man sikre at det skal være mulig å stille spørsmål til hverandres forskning. Det har vært mye offentlig debatt om dette når det gjelder medier og litteratur, men for lite når det gjelder forskning, mener jeg.

– Hvordan kan vi som leger ta opp tabubelagte temaer med våre pasienter? Hva skal til for at vi skal klare det?

– De siste årene har jeg opplevd mye som pårørende, blant annet imponerende leger. Jeg har opplevd faglig trygge og kunnskaprike leger, som også er menneskelig trygge, og som snakker forståelig og tar seg tid.

– Hvordan taklet du vanskelige situasjoner som lege?

– Jeg snakket med andre, andre leger og kollegaer på jobb. Og så var jeg sammen med familie og venner.

Det er dagen etter valget. I motsetning til sin far og bror har hun aldri hatt politiske ambisjoner.

– Første gang jeg kan huske at jeg tenkte på å bli lege var jeg 16 år og nyoperert. Jeg har aldri hatt planer om å bli politiker.

– Hva har du fått tid til i dag da?

– Jeg så på valgresultatet kl 06 i dag morges, og har ellers vært hele dagen her på huset i ledermøter.

– Vi ser at vi må formidle at Folkehelseinstituttet er et spesielt sted. Vi er ikke byråkrater, selv om jeg setter stor pris på byråkrater. Min mor var byråkrat og jeg har alltid hatt stor respekt for godt byråkrati. Vi driver med kunnskap og beredskap. ■

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

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