

NOVEMBER 2007 #1

OVERLEGEN



- s. 2 **I rampelyset**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **Funksjonsfordelinger**
Leder av Arne Laudal Refsum
- s. 6 **LEIF – Etterutdanning av legespesialister**
Av Christian Lycke Ellingsen
- s. 8 **Markedsliberalisme og knefall**
Av Brynjulf Ystgaard
- s. 10 **Legen som leder, etiske aspekter**
Av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 12 **Läkarförbundets etiska regler**
- s. 14 **Etiske regler for leger**
- s. 18 **Sykehuslegen i det inkluderende arbeidsliv**
Av Sigrun Solberg

UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.
TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50

INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/
OVERLEGEFORENINGEN

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

FOTO: © CF-WESENBERG/KOLONIHAVEN.NO,
ESPEN HULDT-NYSTRØM, EDITH STENBERG

LAY-OUT: ALLISON FLORIDA / FEBER

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

OPPLAG: 7200

FORSIDEN: FOTO © EDITH STENBERG



I rampelyset

Man kan si mye om Walt Disney & co. Men oppdragelse har de satset på - mer enn de fleste. Rett nok søtet med både kunstige og andre tilsetninger. Samt tilrettelagt i polaroid modus, slik at refleksjoner ikke skal blinke forstyrrende når vi inntar vår boosterdose med kultur, moral og identitet. Kulturfabrikken har naturligvis inntjening som eneste mulige drivkraft, og eiergruppens verdier både som forankring og målsetting.

Men rett skal være rett: Ved lån fra ulike nasjonalskatter plasserte Disney seg nær livets evige spørsmål. Det skal han ha. Ondt mot godt. Kjærlighetens mysterier. Ungdommelig opposisjon gir drivkraft i handling og troverdighet i folkedypet hver eneste gang. Og dramaet ender godt - tross forbigående liksomfravær av idyll omtrent midtveis i fortellingen. Helheten omfatter ellers at livets gåter oftest ikke kan forstås til bunns uten assistanse fra leketøys-, kosmetikk- eller klesindustrien.

Både Disney og klassisk gresk drama beskjeftiger seg med eksistensielle problemer. Det klassiske Hellas var starten på en demokratisk samfunnsutvikling – der vi er det foreløpige endestadium. Prinsippet har endret seg lite på 2500 år: Alle borgere tar stilling i samfunnets diskusjoner for at beslutninger skal bli gode.

I begge tidsaldere tydeliggjør dramaet individenes, og demed samfunnets verdinormer. I gresk tragedie tror tilskueren at helten kommer til å klare brasene, men så gjør han i overmott en feil slik at gudens vrede vekkes. Ved teppefall er derfor stort sett alle døde. I Disneys pseudotragedier skjer det omvendte: Helten ligger an til å tape alt, men klarer seg likevel takket være egne krefter og rette idealer. Ikke bare ender det godt, men i en idyll der alt er enda mer som før enn det noen gang har vært.

Dramaets funksjon er pedagogikk, tilskuerne skal erkjenne idealene, folkeskikken, verdiene og

normene. En bør undre over hva gresk tragedie var for den jevne greker: Han syntes kanskje det var rimelig å spørre hvorfor det gikk helten så ille - for selv å kunne beslutte bedre hvis det en dag ble hans tur. På den annen side: I Disneys nesten-monopol på kulturformidling til påtroppende generasjon er Happy end så forutsigbar, og årsaken så overtydelig, at det faller helt unaturlig å stille spørsmål ved noe som helst.

• • •

Helseforetakenes utfordringer bør sees i teaterets oppdragende lys. Ta gjerne yngelpleien som Disney-konsernet følger opp så forbilledlig. Flere profesjoner har tradisjon for ansvarfull skoleing av påtroppende generasjon innenfor et ønsket sett normer. Men som en del av postmoderne kultur vil dagens normer være relative. Det kan gi toleranse for ulike verdier. Samtidig kan teppet gå opp for et drama der kampen står om definisjonsrett og eierskap til gjeldende norm. Og det er ikke bare profesjonenes revir det står om; også byråkrater og ikke minst pengetellere har behov for å legge premisser.

Dramaturgien, handlingens utvikling og profil, peker mot dramaets utfall – som skal nagle tilskuerne til den foretrukne kultur. Selv er vi både skuespillere og tilskuere. Vanskelige greier: Vi vil nødvendig være karakterer i en gresk tragedie, men har absolutt godt av å være tilskuere. Omvendt vil de fleste sikkert være helt i en Disneyfilm selv om det kan være nokså bortkastet å se på en.

Sykehuseiere agerer tilsynelatende som Disney-regissører: Idealene er enkle, målet er tydelig, og det ser ille ut. Men kom igjen gutter, det går alltid bra til slutt. Hehe. Trives man som tilskuer til seg selv som Disneyhelt, har man en sikker fremtid som stabarbeider i en større helseregion. Men

mange blir utilpass av å se seg selv som Aladdin eller Hercules i shampoo-gave. Og ubehaget øker ved muligheten for å være offer for et renkespill. Disney-regissøren er nemlig kanskje en furten Zevs i forkledning som presser oss inn i tragedien. Og så mister vi livet på grunn av vårt overmott som fikk oss til å tro vi var Disneyhelte. Den sunne lærdom av dramaets fortredeligheter går vi deretter glipp av med god margin fordi hodet vårt rullet lenge før teppefall.

Kampen om verdiene er subtil, en kan aldri være trygg. Regissørens behov for å dokumentere sitt antatt bedre skjønns kan i uheldige tilfeller resultere i at det gripes til skarpsinn. Som å utarbeide system for kodeforbedring eller internfakturering. Og som å neglisjere strategiske driftselementer - hvorav kompetanse nok er viktigst de fleste steder.

Oftest er det intelligent å anvende klokskap. Men det er ikke alltid like klokt å anvende intelligens; uten øvelse snubler man gjerne i egne føtter og den stolte fektescenen blir ynkelig. Vår kompetanseressurs er våre kommende kolleger. De har intelligens som kjennemerke. Vår oppgave er å øve den opp til klokskap og kritisk overblikk. Det klarer vi aldri i en helseregional Disneytradisjon.

Vi bør ha respekt for hva kommersiell kultur har potensiale til å stille i stand. Suksessene innen bransjen har vært - ja nettopp - eventyrlige. Og oppdragelsen virker; en student formulerte dette i en eksamensoppgave om barneteater: Brødrene Grimm ble verdensberømte fordi de nedtegnet mange gamle eventyr. Særlig hentet de inspirasjon fra Walt Disney.



Espen Huldt-Nystrøm

FUNKSJONS FORDELINGER

AV ARNE LAUDAL REFSUM



Foto: Cf-Wesenberg/Kolomhava.no

Foretaksreformen som Arbeiderpartiets helseminister Tor Tønne gjennomførte i ekspressfart hadde to hovedmålsettinger. Ventetidene skulle ned, og svarteperspillet mellom fylkene som eiere av sykehusene og Stortinget som premissleverandør og betaler av årlige underskudd skulle opphøre.

Det lå nok også et ønske om økonomisk gevinst, i alle fall et ønske om økende økonomisk bevissthet i alle ledd av behandlingsskjeden, derfor overgang fra det velkjente navnet sykehus til det tungvinte begrepet foretak, med en rekke håpløse navnekonstruksjoner til følge.

Denne reformen, kombinert med klarere bruk av DRG satser, skulle føre til at flere pasienter ble behandlet, og det var mulig med 60% DRG-sats å arbeide seg ut av underskuddene, dersom vi ser bort fra galopperende pensjonsregninger og uavklarte åpningsbalanser. (Dette har med verdifastsettelsen av bygninger og utstyr å gjøre, og når dette nedskrives skal det tas penger fra budsjettet for å sette til side til senere nødvendig nyanskaffelse.)

Foretaksreformen har imidlertid ført til utstrakt ønske om omstruktureringer og funksjonsfordelinger. Som utøvere av faget, og som garantister av det faglige nivået i foretakene/sykehusene kan vi selvfølgelig se at dette noen steder er riktig. Større volumer er i noen få behandlinger bevist å gi bedre kvalitet, f.eks ved operativ behandling av aortaaneurismer. Vi må anta at det er slik for andre behandlinger også. Men det norske rectumcancerregisteret viser stor variasjon mellom det som regnes som små og store behandlingsvolumsykehus, men også mellom sykehusene innen de enkelte gruppene. Vi kan også tro at det å skille elektiv fra ø-hjelp vil være gunstig, både for drift og for den enkelte pasient som får et mer forutsigbart behandlingsforløp.

Fagmiljøer er imidlertid skjøre konstruksjoner som det tar svært lang tid å bygge opp, og utrolig kort tid å ødelegge. Det er derfor meget viktig at man før en slik omstrukturering vurderer alle aspekter av en slik funksjonsfordeling, og ikke bare ser på kortsiktige økonomiske gevinster, og pene organisasjonskart, gjerne tegnet av eksterne konsulenter.

Hva er motivasjonen for omorganiseringen? Er det økonomisk? Er det faglig? Hva med restfunksjonen på avdelingen som mister noe, er den fortsatt stor nok til være en fullgod avdeling med tanke på utdanning slik at avdelingen ikke mister godkjenning som utdanningsinstitusjon? Er hensyn til grunnutdanningen (medisinerstudenter) vurdert? Kan avdelingen og sykehuset ivareta pasienter med uklare symptomer og funn, eller må da pasienten transporteres mellom en rekke nærliggende sykehus? Kan hensyn til større volumer i forskningsøyemed ivaretas med multisenterundersøkelser i stedet for at alt skal samles et sted?

Fagforeningsmessig er slike funksjonsfordelinger og store omorganiseringer en stor utfordring. Vi ser stadig vekk at involvering av tillitsvalgte på et så tidlig tidspunkt som mulig ikke følges av foretakene. Dermed vil mange av de praktiske og juridiske problemene komme som julekvelden på kjerringa rett før implementering, eller kanskje også etter at denne har skjedd. Omkostningene ved slike prosesser maskeres ofte, da blir prosjektet pent sminket, og de reelle kostnadene både økonomisk og faglig kommer først opp i ettertid. Da er det kanskje for sent å angre, fordi et velfungerende fagmiljø er forvitret.

Oslo Legeforening har laget en veileder for gode omstillingsprosesser, denne finnes på Legeforeningens nettsider.

Fagmiljøer er skjøre konstruksjoner som det tar svært lang tid å bygge opp, og utrolig kort tid å ødelegge.

LEIF – Etterutdanning av legespesialister

AV CHRISTIAN LYCKE ELLINGSEN

Alle leger mener at etterutdanning er viktig. Ved nyttår lanserer Legeforeningen LEIF – en nettbasert tjeneste for planlegging, dokumentasjon og evaluering av etterutdanning.

Å vedlikeholde og utvikle seg faglig er en livslang rett og plikt for alle leger. Desto raskere kunnskapsutviklingen går, jo raskere blir legens kunnskaper foreldet og behovet for oppdatering større. Både innen- og utenlands er det blitt stadig mer fokus på legenes faglige oppdatering, både fra egne organisasjoner og fra myndigheter, media og allmennheten for øvrig. I 2001 kom UEMS (Den europeiske unionen av medisinske spesialister) med Basel-deklarasjon om CPD (Continuing Professional Development) og året etter kom utredningen «Etterutdanning av legespesialister» fra Nasjonalt Råd. Innholdet i disse er i store trekk sammenfallende: Etterutdanningen skal formaliseres og være dokumenterbar, men ikke ha form av resertifisering. Innholdet skal være tilpasset den enkelte leges arbeidssituasjon og behov. Det skal ikke være et sett av standardiserte krav som skal gjelde for alle. Aktiv læring vektlegges, ikke bare deltakelse i kurs. Ansvaret for etterutdanningen ligger i første rekke hos legen selv, men også hos arbeidsgiver, legenes organisasjoner og myndighetene. Kollegabasert veiledning anbefales som en egnet evalueringsform.

LEIF – LEGERES ETTERUTDANNING I FREMTIDEN

I omtrent ti år har Legeforeningen hatt ulike prosjekter for å kartlegge legers etterutdanning og finne frem til egnede metoder for å planlegge, dokumentere og evaluere etterutdanningen (Leif-

97, Leif-Pilot og Leif-2004). Basert på erfaringene fra disse prosjektene lanseres fra nyttår den nettbaserte tjenesten LEIF. Tjenesten er gratis, men krever registrering som bruker. Hver bruker får sin egen konto eller «portefølje» for å registrere sine etterutdanningsaktiviteter.

MÅL OG PLAN

Ved årets start skal legen analysere sin egen arbeidssituasjon og formulere ett eller flere *mål* med en horisont på 3–5 år. Basert på disse behovene skal det lages en *plan* for ett år av gangen. I planen bør det inngå aktiviteter fra minst 3 ulike kategorier. Disse hovedgruppene er: kurs og kongresser, praktiske ferdigheter, undervisning, gjensidig avdelingsbesøk, hospitering, forskning, kvalitetsforbedring og fagutvikling og andre aktiviteter (egenutvikling/ledertutvikling, sensorvirksomhet etc). Omfanget av etterutdanningen bør være minst 8–15 arbeidsdager (60–120 timer) per år. Planen skal drøftes med en evaluerende kollega som kan komme med kommentarer og forslag omkring både målene for etterutdanning og valg av aktiviteter. Planen må også kunne aksepteres av arbeidsgiver (avdelingsleder). Etterutdanningsplanen registreres i den elektroniske porteføljen, og det avmerkes når en planlagt aktivitet er fullført. Noen aktiviteter kan komme til i løpet av året – de kan også tas med i registreringer.

KOLLEGAEVALUERING

Noe av det viktigste og mest spennende ved LEIF er konseptet med kollegaevaluering. Hver bruker velger en kollega i samme spesialitet som skal være en hjelp både til å planlegge etterutdanningen ved årets start og til å evaluere gjennomføringen av

planen ved neste årsskifte. Han eller hun kan (men trenger ikke) arbeide ved samme avdeling, men skal ikke være i samme private spesialistpraksis. Det skal være en person man kan ha tillit til, men en viss faglig distanse er nok nyttig for at vurderingen skal bli objektiv nok. Begrunnelsen for en slik kollegaevaluering er at den gjør vurderingen av etterutdanningen mindre subjektiv enn om legen skulle evaluere seg selv, uten at den blir for rigid, fjern og byråkratisk. En lege i samme spesialitet er nær nok til å kunne forstå arbeidssituasjonen og hvilke ønsker og behov legen har for faglig utvikling. Denne kollegaen skal i større grad være en samtalepartner enn en «sensor». Legen som evaluerer og legen som evalueres forsøker å komme frem til en felles forståelse, slik at evalueringen får et vesentlig preg av egenrefleksjon. Å være evaluerende kollega er et tillitsvotum og en kollegatjeneste som en ikke skal ha noen økonomisk godtgjøring for. Det er viktig at den som skal være en slik samtalepartner har integritet nok til å komme med kritikk der det er nødvendig slik at muligheter for forbedring kan utnyttes.

HVORFOR LAGE ET SLIKT SYSTEM?

Utredninger har vist at de fleste leger bruker ganske mye tid på faglig oppdatering. Det er derfor ikke nødvendigvis slik at LEIF vil innebære mer etterutdanning for den enkelte. Det å måtte definere mål og lage en plan kan gjøre at etterutdanningen blir mer systematisk og rettet inn på arbeidets behov. Ikke minst kan det være nyttig å se etterutdanningsaktivitetene gjennom flere år samlet. Kollegaevalueringen med kritiske kommentarer vil kunne påpeke svake og sterke sider og dermed finne potensialer for forbedring.

Det at en har laget minimumsrammer for omfanget av etterutdanningen gjør det lettere å si når den er *god nok*, og vil også kunne legge større press på arbeidsgiver for å legge forholdene til rette. I både lov om spesialisthelsetjenester og lov om kommunehelsetjenesten lovfestet arbeidsgivers plikt til å legge forholdene til rette for videre- og etterutdanning, men det står ikke noe om det ønskede omfanget. Ikke minst er det gunstig å kunne dokumentere en fortløpende etterutdanning. Vi ser stadig økt fokus på dokumentasjon av kvalitetsarbeid, og det er ikke urimelig å anta at andelen leger som har gjennomført etterutdanning vil bli brukt som en kvalitetsindikator. Foreløpig er det ikke krav om formell resertifisering i Norge (unntatt i allmennmedisin), selv om temaet kommer opp fra tid til annen. Et fungerende system som dokumenterer etterutdanningen vil kanskje tone spørsmålet om resertifisering noe ned. Hvis det senere skulle bli aktuelt vil vi da kunne vise til erfaringene med et system forvaltet av legene selv og tilpasset deres behov. Det kan også være gunstig for legen å kunne dokumentere sin etterutdanning for eksempel ved stillingssøknader eller lønnsforhandlinger.

ØKONOMISKE FORHOLD

Med den økonomiske situasjonen som er i helseforetakene i dag er det tydelig et press på legenes videre- og etterutdanning. Det kommer inn rapporter om vansker med å gjennomføre etterutdanning på grunn av manglende midler til reiser og vansker med å skaffe vikarer. LEIF kan dessverre ikke komme med nye, friske midler til legenes etterutdanning. Legene må bruke de samme kildene som tidligere, dvs arbeidsgiver,

Markeds- liberalisme og knefall

AV BRYNJULF YSTGAARD

Jeg er blitt beskyldt for mye i mitt liv, men å være en markedsliberaler er likevel noe nytt. Jeg har ingen tro på at markedsliberalismen er veien til lykken. I forhold til Bjørg Marit Andersen føler jeg meg som budbringeren; beskytt fordi jeg kommer med et budskap som ikke blir likt. For mitt opprinnelige hovedpoeng er at selv om Bjørg Marit Andersen og jeg misliker Thatcherismen, ser det ut til at verden for øvrig trives veldig godt med den.

Og det skaper da en hverdag vi må forholde oss til. Sammen med den økende individualiseringen, lager den vansker for oss som ønsker å holde på solidaritetstankene fra forrige århundre. For det er dette det dreier seg om: Hvordan forsvare våre felles interesser, i helse-tjenesten og i samfunnet for øvrig. Jeg mener at noen tjenester skal være basiselementer i vårt samfunn, til beste for alle i Norge. Hovedformålet er en infrastruktur som gjør det mulig for hver enkelt å skaffe seg et utkomme her hjemme på berget, til beste for hver enkelt og for samfunnet som helhet.

Brynjulf Ystgaard startet i OVERLEGEN 2006no1 en diskusjon om strategi for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet var Helse Østs rapport om Utvikling av arbeidsprosesser og teknologi. Ystgaard mente Helse Øst fremsto rigid i forhold til uunngåelig internasjonalisering, konkurransetrykk og behov for raske endringer og fleksibilitet. Rapportens forfatter, Kjell Borthne, beklaget at han var blitt oppfattet som ensidig og maktarrogant; han presiserte at Helse Østs intensjon var bedre kvalitet og pasientsikkerhet; han ble støttet av Bente Mikkelsen.

Bjørg Marit Andersen oppfattet Ystgaards fremstilling som et knefall for markedsliberalismen (OVERLEGEN 2006#2) og trakk opp mikrobiologiske konsekvenser av et fritt internasjonalt sykehusmarked.

Nedenfor presiserer Ystgaard sitt ståsted.

En slik infrastruktur kan ikke selv være en del av markedsanarkiet i jakt på fortjeneste. Eksempler på slike tjenester er kommunikasjon, helsevesen og elektrisk kraft. Det siste viser hvor galt det kan gå. Vi har ikke en kraftkrise vi kan produsere oss ut av, vi er koplet opp til et kraftmarked som styrer våre priser. Og det verste er at vi har gjort det selv, for å tjene penger i et marked. Men så er det ikke er «vi» som tjener de pengene, det er aksjeeierne. Og i sann markedsliberalistisk ånd selger de strømmen der de tjener mest. Mens vi må kjøpe dyr og lite miljøvennlig kraft fra utlandet. Slik forsvinner fellesressurser i private lommer. I stedet for livskraftig industri på Vestlandet får vi styrtrike norske aksjemeglere og direktører bosatt i London.

Det er dette det dreier seg om: Hvordan forsvare fellesgodene i samfunnet.

Vi må ikke få en parallell utvikling i helsevesenet, det er Bente Mikkelsen og jeg helt enige om. Jeg tror også at vi er enige om veien: Å bedre vårt produkt, både med tanke på kvalitet og tilgjengelighet, for slik å redusere pasientstrømmen ut av landet. Vi trenger den eksportable delen av vårt pasientunderlag til kompetanseoppbygging og -utvikling. I kirurgisk sammenheng dreier det seg om hva vi kan kalle volumproduksjon; mange pasienter med behov for samme operasjon. At man kan tjene penger på slik behandling er en ting, viktigere er

kompetansehevingen slik operativ virksomhet gir. Hjertekirurgi er et eksempel, ved mange sykehus medvirket denne produksjonslinjen til generell og spesiell kompetanseoppbygging og -heving.

Jeg er også enig med Kjell Borthne; kvalitet hos oss er et problem, det er ikke bare i Polen postoperative infeksjoner inntreffer. Det vi sannsynligvis ikke er helt enige om, er veien til bedre kvalitet. Systemer er vel og bra, men jeg tror som Bente Mikkelsen, hver enkelt av oss må vite at jobben består av det vi er utdannet til, samt bidra til å utvikle fagområdet videre.

Det er mange som har ideer om dette, og jeg viste til noen i mitt forrige innlegg. I helsevesenet knytter begrepet «kvalitet» seg til konsultasjonssituasjonen, det medisinske møtet mellom pasient og behandler. Samtidig er resultatet av behandlingen også avhengig av en sammensatt logistisk prosess med tilhørende komplisert organisasjon. Disse to komponentene trekker i hver sin retning, problemet blir hvordan man organisatorisk skal sikre høy kvalitet i dag, samtidig med at man legger til rette for en utvikling som sikrer det samme om tyve år. Det er også innenfor denne rammen man kan diskutere begrepet PAL, som Hans-Petter Næss tok opp i et tidligere nummer av Overlegen.

Rammene skal dessuten sørge for at vi beholder vårt i hovedsak velfungerende sosialiserte helsevesen, en basisfunksjon for befolkningen i vårt land. En «Fordistisk» industrimodell er neppe slik Andersen synes å gi uttrykk for, nemlig mer

Legeforeningens fond osv. Det LEIF kan bidra med er å sette fokus på arbeidsgivers plikter. Ved å angi et ønsket minimumsomfang av etterutdanningen vil det legge et press på arbeidsgiver, selv om det ikke er juridisk bindende.

HVA MED DE SOM IKKE DELTAR?

Deltakelse i LEIF er frivillig. Det ligger ingen sanksjonsmuligheter i systemet. Ingen kan miste spesialistgodkjenningen eller bli sagt opp fra jobben. Vi håper at legene selv vil oppleve det som nyttig å delta, at de ser fordelene både for selv å få en bedre etterutdanning og å kunne dokumentere den. Det er kanskje ikke urimelig å tro at det kan bli et visst gruppepress. Sett fra arbeidsgiversiden kan deltakelse i LEIF bli sett på som en kvalitetsindikator og kan kanskje være et fortrinn ved stillingssøknader.

PRAKTISERENDE SPESIALISTER OG ALLMENNEMEDISINERE

Tjenesten som lanseres fra nyttår er tilpasset «sykehusspesialiteter», men kan også brukes av spesialister i privat praksis. Praktiserende spesialister som ofte arbeider alene kan ha stor nytte av å drøfte sin etterutdanningsvirksomhet med en kollega og ikke minst kunne dokumentere arbeidet med å holde seg faglig ved like.

Allmennmedisin har en noe annen struktur i sin spesialistutdanning og har allerede i dag et krav om resertifisering for å beholde spesialistgodkjenningen. Versjonen av LEIF som settes i drift fra nyttår er ikke tilpasset dette, men det arbeides med å utvikle en versjon for allmennmedisin. Målet er at den skal være i drift fra årsskiftet 2007/2008.

KOMMER SNART PÅ EN PC NÆR DEG!

solidarisk eller sosialdemokratisk enn en flat struktur basert på nettverksdannelse. Den siste modellen kan være mer egalitær, men kanskje mindre økonomisk styrbar. Sannsynligvis vil eierforholdene være avgjørende, et demokratisk underskudd kan bidra til å erodere infrastrukturen i helsevesenet. Vi må alle bidra til å sikre at fellesgodene også eksisterer for dem som kommer etter oss. Vi kan være uenige i og kritisere beslutningene fattet i de forskjellige folkevalgte organer. Men disse er også åpne og påvirkelige, i motsetning til de lukkede rom i privat eide aksjeselskap.

Helseforetaksreformens lek med markedsliberalisme kan synes å være være ødeleggende for store deler av vårt sykehusvesen.

Institusjonshelsetjenesten må gi folket det de vil ha, ellers legger vi markedet åpent for aktører som Storebrand Helse. Og de kjøper tjenestene ut fra to kriterier: pris og dagens kvalitet. Deres ansvarsfølelse for den ikke-kjøpekraftige delen av befolkningen, og for kvaliteten på morgendagens helsetjeneste er minimal. Selv om man i våre innsparringstider kan lure på om offentlig eierskap garanterer for at disse verdiene blir ivaretatt. Det er mange gode sider ved foretaksreformen, men det kan synes som om reformens lek med markedsliberalisme kan være ødeleggende for store deler av vårt sykehusvesen.

LEGEN SOM LEDER ETISKE ASPEKTER

AV ARNE LAUDAL REFSUM

I forbindelse med at de nordiske legeforeningers etiske komiteer hadde felles møte i Turku i Finland i begynnelsen av september 2007, la den svenske etiske komiteen frem en spennende ny vinkling på bruken av de etiske reglene.

Kan disse reglene også appliseres på leger som blir ledere?

Lederen er jo fortsatt lege, og dermed bundet av de kollegiale etiske reglene som alle disse legeforeningene har, riktignok i litt varierende ordlyd, eller er det slik at dette vil umuliggjøre jobben som leder. Diskvalifiserer vi da våre egne medlemmer fra å bli ledere, dersom vi stiller dette kravet, og på den måten åpner opp for at ledere kun rekrutteres fra miljøer som ikke har slike etiske regler knyttet opp mot pasientens beste?

Utgangspunktet for denne vinklingen i bruken av de etiske reglene var en storstilt omorganisering i Stockholms-området, noe som førte til mye uenighet, uro og kritikk.

I den forbindelse kom frasen om det dedikerte lederskap opp, dvs. at lederen skal være leder, ikke kliniker. Det er jo en debatt som vi kjenner godt fra Norge, hvor dette har vært kritikken fra både sykehusadministrasjon og andre yrkesgrupper, det at legelederne driver med lederskap «på si»,

og fortsatt har sitt hovedvirke og identitet knyttet til klinikk og pasient. Man skal i stedet ha fokus knyttet til pasientforløp, logistikk, langsiktighet, samfunnsansvar og konstante forbedringer.

Jeg refererer her noen av de spørsmål som ble stillet, knyttet opp mot de svenske etiske reglene.

1. Skal ha pasientens helse som mål.
Klarer man dette under tøffe omstillingsprosesser med knappe økonomiske rammer ?
2. Evidens og empiri.
Man skal bidra til vitenskap, og til å spre kunnskap.
Klarer man dette når nedskjæringer krever at drift settes i fokus?
3. Bevare liv, det å fremskynde død er forbudt.
Gis det driftsrammer nok, slik at alle blir ivaretatt, eller er det lønnsomme pasienter som kommer i fokus ?
4. Empati og respekt.
Akseptere at pasienten bestemmer selv.
Men som leder må man vel da i overført betydning også behandle personalet med empati og respekt.
5. Pasienten skal være informert.
Hva med sykehusets kvalitetsregistre, skal de være åpne for pasient og allmennhet?
6. Alltid respektere likeverd.

Har medarbeidere og tillitsvalgte likeverd og meningsfrihet?

7. Ikke innlede seksuelle forhold til pasient.
Hva med sjef/ansatt forhold?
9. Ad taushetsplikten.
Er det alltid viktig å være lojal mot egen organisasjon, hva med varsleren ?
13. Aldri delta i tortur/dødstraff eller umenneskelige handlinger.
Overført; behandle også personalet pent.
15. Ad attester.
Er rapportene ærlige og med riktige konsekvensanalyser?

Man kan sikkert stille spørsmålstegn ved noen av kontrollspørsmålene som stilles, men det viktige er hvilke etiske mål vi legger på våre ledere i deres vanskelige oppgave med å velge mellom en rekke gode hensikter og tilgjengelige ressurser.

Det var en helt klar enighet på dette møtet om at også ledere måtte følge de etiske reglene, og at det langt på vei kunne være en styrke for lederen å kunne basere sine avgjørelser også på disse reglene.

Läkarförbundets etiska regler

1. Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
2. Läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt söka vidga de egna kunskaperna samt efter bästa förmåga bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna. Efter förmåga skall läkaren alltid ställa sin kunskap till förfogande.
3. Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv samt efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation. Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.
4. Läkaren skall behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkränkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv.
5. Läkaren skall respektera patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingsalternativ och om möjligt i behandlingen utgå från informerat samtycke samt avstå från att lämna upplysningar som patienten inte önskar.
6. Läkaren skall aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.
7. Läkaren får inte inleda ett sexuellt förhållande med en patient som står under läkarens vård.
8. Läkaren skall då så är motiverat anlita annan sakkunskap och tillmötesgå patientens eller närståendes rimliga önskemål att få tillfråga annan läkare.
9. Läkaren skall iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.
10. Läkaren skall inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten meddela råd eller föreskrifter.
11. Läkaren får inte låta sig påverkas av otillbörligt förvärvsbegär och inte utföra annan undersökning och behandling än vad som är medicinskt motiverat. Arvodet skall anpassas efter prestationens art och omfattning.
12. Läkaren skall utan att träda patientens intressen förnärligt respektera sina kollegors arbete.
13. Läkaren får aldrig på något sätt medverka vid dödsstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.
14. Läkaren skall i sin gärning bidra till att medicinska resurser användes i enlighet med dessa regler och aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel.
15. Läkaren skall i intyg och utlåtande endast efter noggrant övervägande bestyrka vad som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt ej kan bedömas.
16. Läkaren skall avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.

Etiske regler for leger

Vedtatt av Den norske legeforenings landsstyre i 1961, med endringer senest i 2002.

I. Alminnelige bestemmelser

- § 1 En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.
Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn.
- § 2 Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.
- § 3 Pasienten har rett til informasjon om egen helsetilstand og behandling og i alminnelighet rett til innsyn i eget journalmateriale. Pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det. Opplysninger som kan tenkes å være særlig belastende, skal gis med varsomhet.
- § 4 En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov.
- § 5 Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten

til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

- § 6 Når en pasient trenger rask og nødvendig legehjelp, skal denne ytes så snart som mulig. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp bortfaller dersom legen har sikret seg at annen lege yter hjelp.
En lege kan avslå å ta en pasient under behandling, såfremt denne har rimelig anledning til å få hjelp av en annen lege.
- § 7 En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for.
- § 8 En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer.
- § 9 En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirkosomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødig fare, må ikke benyttes. Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.
Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.
Ved utprøving av nye metoder skal hensynet til forsøkspersonen være det primære.

§ 10 En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem.
En lege bør etter sin kompetanse bidra til utvikling og formidling av den medisinske viten.

§ 11 En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at almenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål. En lege som avgir uttalelse om medisinske spørsmål til media, bør sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort.

§ 12 En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes.
En lege må ikke inngå forbindelse med den farmasøytiske industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurderinger svekkes.

Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra.

II. Regler for legers forhold til kolleger og medarbeidere

§ 1 En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem.

§ 2 Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning.

Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Dnlfs organer eller vedkommende helsemyndighet.

Dersom en lege oppdager tegn på sykdom eller misbruk av rusmidler hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun tilby hjelp.

§ 3 En lege bør ta vare på egen helse og søke hjelp dersom denne svikter.

§ 4 En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye.

§ 5 Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan.

§ 6 Henvisning og tilbakevising av pasienter mellom kolleger må bygge på medisinsk faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helsetilbud.

§ 7 Leger skal kommunisere åpent og tillitsfullt med hverandre. Informasjon mellom leger om pasienter skal være tilstrekkelig rask og omfatte det faglig nødvendige.

§ 8 Henvisningspraksis må ikke styres av personlig økonomiske interesser.

III. Avertissement og annen informasjon om legetjenester

§ 1 Avertissement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon,
- praksistype, spesialitet (kfr. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser.

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

Den totale utforming av avertissement eller annen informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.

§ 2 Ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges.

§ 3 En lege som ikke er godkjent spesialist kan bare avvertere alminnelig praksis. En godkjent spesialist kan avvertere sitt spesialfag alene eller sammen med «alminnelig praksis». Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å avvertere spesialitet i en bestemt sykdom.

§ 4 En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger til. Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.

§ 5 En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøymed, er ikke å anse som reklame.

IV. Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer

§ 1 En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand. Legeerklæringer omfatter f.eks. utfylte skjemaer til trygdemyndighetene, attester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer.

§ 2 En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet. Dersom legen mener at det saklige grunnlag for å utstede erklæringen ikke er til stede, skal erklæring ikke avgis.

§ 3 En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.

§ 4 En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten.

§ 5 Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av en legeerklæring. Skriftlige erklæringer skal utformes som et selvstendig dokument og må være datert og underskrevet.

§ 6 Den person som en legeerklæring gjelder har i alminnelighet rett til informasjon om innholdet i en legeerklæring.

Sykehuslegen i det inkluderende arbeidsliv – sykehusleger og sykefraværsarbeid



AV SIGRUN SOLBERG

Legeforeningen og NAV (Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning) samarbeider om å få i stand et mer strukturert opplegg for sykehuslegene når det gjelder opplæring i sykemeldings- og sykefraværsarbeid.

Det første møtet mellom Legeforeningen og NAV ble holdt i januar 2006. Fra sykehuslegene møtte Per Meinich fra Ylf og Anny Spydslaug fra styret i Of.

På dette møtet ble det presentert erfaringer fra fokusgruppe ved sykehuset i Førde og gjennomføring av opplegg rettet mot sykehuslegene i Nordland.

Det ble diskutert hvordan man best kunne kommunisere mot de Regionale helseforetakene og det ble foreslått flere konkrete tiltak. Det ble ytret ønske om at man i det videre arbeidet opprettet en referansegruppe som kan diskutere hvordan bør foregå. Per Meinich ble Legeforeningens representant og den praktiske kommunikasjonen kontaktperson og mottaker av utspill fra NAV.

I september kom det en henvendelse fra NAV til lederne i Yngre legers forening og Overlegeforeningen. NAV ønsket å drøfte nærmere med Legeforeningen hvordan man sammen best kan tilrettelegge for undervisnings- og refleksjonsopplegg på de enkelte sykehus. Bestillingen fra NAV inneholdt ønske om beskrivelse av helseforetakene, både regionalt og lokalt, behov for en «veiviser» som gjør rede for organisering, mulige kontaktpunkter

og aktuelle aktører man kan henvende seg til i helseforetakene, samt å få klarlagt rollene til praksiskonsulenter og tillitsvalgte.

NAV var i høst i gang med å forankre og iverksette gjennomføringen av «inkluderende arbeidsliv» i fylkesleddene og ønsket at vi skulle komme i gang med tilsvarende i helseforetakene.

Nå var det viktig å komme sammen å diskutere hvordan det kunne la seg gjøre å organisere et landsdekkende undervisnings- og refleksjonsopplegg for sykehuslegene. Innholdet var klart fra NAV, og bestillingen var: Hvordan kan NAV og Legeforeningen på best mulig måte samarbeide opp mot helseforetakene og de enkelte sykehus? Hvordan finne mulige kontaktpunkter og aktuelle helseaktører i helseforetakene?

Vi fant tid for et nytt fellesmøte i slutten av oktober. Fra Legeforeningen deltok Per Meinich, Ylf og Sigrun Solberg fra styret i Of.

NAV informerte om sitt sykehuslege-program og klargjorde hva de mente Legeforeningen kunne hjelpe til med.

Sykehuslegene (og de privatpraktiserende spesialistene) står for 20% av sykemeldingene og må som fastlegene, være støttespillere i Inkluderende Arbeidsliv-arbeidet og ha forståelse for og kunnskap om *funksjonsvurdering* og *mulighet for aktivitet på arbeidsplassen*.

Dette er viktige myndighetskrav til fagligheten i funksjonen som sykemeldere.

Sykehuslegeprogrammet har som mål å legge til rette for økt kunnskap om rammebetingelsene for sykemeldingsarbeidet og endringene i rollene til

den sykemeldende lege, pasientens fastlege, NAV og arbeidsgiver/arbeidstaker. Samarbeidet om dette er godt forankret i Legeforeningen og NAV og i enkelte helseforetak som Førde og Nordland.

Fra Ylf og Of sin side mente vi at gjennomføringen av opplæringsprogrammet i kunnskapsgrupper med plenumsforedrag og refleksjonsgrupper rundt case må legges til allerede eksisterende møter i avdelingene for at det skal være realistisk gjennomførbart ved de fleste sykehus. Ved de sykehus som har gode etablerte ordninger med praksiskonsulenter, PK, vil det sikkert være lettere å starte dette arbeidet.

NAV fremholder at det er viktig at legen fokuserer på det positive ved å være på jobb.

Tenke tilrettelegging og for eksempel spørre: Hva må til for at du skal kunne være på jobb og hvilke oppgaver mener du da at du kan utføre?

Hva mener du at du kan gå glipp av ved ikke å være på jobb? Hva vil det bety for identiteten din? Hva er det positive ved å være i arbeid?

Dersom det er overleger som har erfaring med NAV sitt «Sykehuslege-program» vil det være fint om dere kan skrive litt om det i «Overlegen».

B-BLAD

Returadresse:
Norsk Overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

PORTO BETALT
VED
INNLEVERINGA
PP



NORGE / NOREG

