

DESEMBER 2007 #4

# OVERLEGGEN



- s. 2 **Leder**  
av Arne Laudal Refsum
- s. 4 **Mellom barken og veden**  
av Helge Haarstad
- s. 6 **Ulikheter i prioriteringspraksis skal rettes opp**  
av Hans-Petter Næss
- s. 9 **Seniorpolitikk i helseforetakene?!**  
av Sigrun Solberg
- s. 10 **Helselovene som bakgrunn for etisk refleksjon**  
av Sigrun Solberg
- s. 12 **Lofotstjerna**  
av Sølvi Ytterstad
- s. 14 **Hippokrates' ed**
- s. 15 **Mot en mer etisk bevisst hverdag?**  
av Dag Rieve Kristiansen
- s. 17 **Din helse – like viktig som pasientens helse!**  
av Marit Tønder Rødland
- s. 19 **Lokalsykehus som læringsarena**  
av Inger-Lise Haakstad
- s. 21 **Forsikringssekskapers bruk av journalopplysninger**  
av Bård Lilleeng
- s. 26 **Får ny grafisk design**  
av Cecilie Bakken
- s. 27 **Tariffkurs på danskebåten**



# Tid for ettertanke

**2007** går mot slutten, og det er tid for noe ettertanke.

Hva er ønskene våre for 2008?

Skal vi arbeide mer?

Skal vi løpe fortere?

Skal liggetiden ytterligere ned?

Skal vi dokumentere enda mer i pasientjournalene, for sikkerhets skyld?

Skal vi sitte i 1 eller 2 utviklingsgrupper, for å få et raskere pasientforløp?

Skal vi gi flere pasienter rett til helsehjelp?

Skal vi sitte i enda en gruppe for å se hvordan vi skal gi behandling uten å bryte fristen?

Skal vi ta sykehusets underskudd som et personlig ansvar?

Skal vi godta enda et tariffoppgjør med dårlig resultat?

Skal vi streike?

For juletiden som nærmer seg, skal vi uansett legge disse problemstillingene til side, vi skal ta en «Time out», og nyte høytid og fritid med familie og venner, eller i stille rolig ensomhet, i trygg forvisning om at verden går ikke under selv om vi arbeider mindre, løper langsommere, sier nei til å sitte i grupper og utvalg, og vi skal uansett verken forhandle eller streike før i 2008.

I det store og hele vil vel de fleste rundt oss, dvs familie og pasienter være fornøyd med at vi arbeidet mindre, løp langsommere, tok tid til den gode samtalen, ga oss selv tid til refleksjon, både faglig refleksjon og refleksjon over hva vi vinner og taper på å alltid være effektive, raske, arbeidsomme, plikttoppfyllende, ja kanskje til og med dumsnille.

For de som virkelig klarer å koble ut og slappe av i julen vil jeg anbefale en bok til ettertanke nå mot årets slutt. Det er en barnebok, skrevet av Michael Ende: «Momo, eller kampen om tiden». Her beskrives en verden ikke ulik vår, hvor alle arbeider, lever, ja nærmest eksisterer raskere og raskere. Men hvor blir det da av all den tiden som spares? Jeg skal ikke røpe svaret, men boken er absolutt verd å lese.

ARNE LAUDAL REFSUM



UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,  
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.  
TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50  
INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/  
OVERLEGEFORENINGEN  
REDAKTØR: P.T. ARNE LAUDAL REFSUM  
E-POST: ARNE.LAUDAL.REFSUM@  
LEGEFORENINGEN.NO  
FOTO: © CF-WESENBERG/KOLONIHAVEN.NO,  
EDITH STENBERG, ESPEN HULDT-NYSTRØM  
SCANPIX  
LAY-OUT: ALLISON FLORIDA / FEBER  
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,  
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO  
OPPLAG: 7200  
FORSIDEN: FOTO © EDITH STENBERG

# Mellom barken og veden



I disse budsjettider synliggjøres det kanskje mer enn ellers hvordan en i norsk helsevesen har et misforhold mellom krav til å gi og mulighetene til å yte helsehjelp. Mange leger sitter med leder- og budsjettansvar og føler at de i likeså stor grad tjener mammon som legekunstens Æskulap. På ledelsesnivå diskuteres det mer økonomi enn fag, og ord som «foretak» og «konsern» brukes på lik linje med «sykehus». Bedriftstenkingen har kommet mer inn i sykehusene enn noensinne, det har blitt legitimt å tenke økonomi i samme grad som fag. Ikke at det er galt at samfunnets midler blir forvaltet på en god måte, det er noe vi alle må jobbe for. Men det vil likevel være slik at volum og kvalitet knyttet til ulike medisinsk-faglige tilbud også vil være en konsekvens av tilgjengelige økonomiske ressurser.

Norske pasienter har krav på å motta nødvendig helsehjelp, noe som er forankret i en av verdens sterkest lovhjemlede pasientrettigheter. Pasientrettighetsloven som kom i 1999 stadfester klart og tydelig at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten – selv om retten bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen – og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Så langt er dette greit, men vanskelig blir det når eier av sykehusene – det vil si staten – gjennom budsjettene setter klare økonomiske begrensninger med hensyn til hvor mye helsehjelp det skal være mulig å gi. Det blir da åpenbart at begrepene «forventet nytte av helsehjelpen» og «at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt» må bli satt på prøve i forhold til valg og prioriteringer.

I det årlige «Oppdragsdokumentet» fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene presiseres det at lover, forskrifter og øvrige normsettende myndighetsbeslutninger skal følges – men samtidig skal helseforetakene forholde seg til Stortingets budsjettvedtak. Ressursrammene som stilles til rådighet har sine begrensninger, samtidig skal aktiviteten legges «på samme høye nivå» som året før. Med andre ord, det forutsettes ingen økt aktivitet. Parallelt med dette øker varekostnadene knyttet til for eksempel utstyr og medikamenter, investeringsmidler er så godt som ikke eksisterende, og de sentrale og lokale lønnsoppgjør blir

i budsjettene ikke fullt ut kompensert. Rom for lokale oppgjør og lokal lønnsglidning bli så godt som ikke eksisterende. Tommeskruen skrur til og frustrasjonsnivået blir deretter. Det kreves lokale tilpasninger og løsninger.

De medisinske fag er hele tiden under utvikling, nye teknikker og behandlingsmuligheter kommer på rekke og rad. I tillegg blir i disse internettider alt kjent for alle – også pasientene. Men ressursene skal forvaltes. Aktiviteten skal ikke økes, og det skal ikke brukes mer penger. Det ligger i kortene at dersom noe nytt skal innføres, ja – da må et eksisterende tilbud samtidig fjernes. Verken politikere, byråkrater eller media forventes å være spesielt behjelpelige i dette prioriteringsarbeidet. Prioriteringsdebatten raser uten at en ser alt for mange av de gode løsningene. For hvem ønsker i en prioriteringssammenheng å sette effekten av akutt psykiatri opp mot effekten av akutt PCI behandling ved hjerteinfarkt? I praksis evner verken politikere eller embetsmenn – selv med ildtang – å ta tak i de mange praktiske prioriteringsproblemene i sykehus. Men kanskje det er likeså greit, da jobben uansett ikke kan gjøres av andre enn de som innehar den nødvendige medisinske kunnskap?

Legene har langt på vei måttet ta ansvaret for å balansere på knivseggen mellom de økende krav fra pasientene om å motta nødvendig helsehjelp og de begrensningene som legges fra staten med hensyn til økonomi. Enkelt er dette ikke. For når har pasienten «nok» forventet nytte av behandlingen som kan tilbys, og er denne kostnadseffektiv? Hvem skal på vegne av storsamfunnet se pasienten dypt inn i øynene og si «nei, du er ikke prioritert!» Ingen løper etter slike oppgaver. Til syvende og sist blir dette en legeoppgave, i skjæringspunktet mellom lovpålagt rett til behandling og begrensede økonomiske ressurser. Det er uttalt at det er udemokratisk å forbruke flere penger enn de sykehusene får tildelt. Da må det også være i demokratiets ånd å si nei til behandling. Ikke rart at mange overleger føler at de befinner seg mellom barken og veden.

**Hvem skal på vegne av storsamfunnet se pasienten dypt inn i øynene og si «nei, du er ikke prioritert!»**

AV HELGE HAARSTAD

# Ulikheter i prioriterings praksis skal rettes opp



AV HANS-PETTER NÆSS

**RIKTIGERE PRIORITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN?**  
Riktig prioritering i helsevesenet er viktig. Derfor har myndighetene gitt pasientene en lovfestet rett til å bli prioritert når de oppfyller visse kriterier. Rettigheten er gitt i Pasientrettighetsloven og kriteriene i «prioriteringsforskriften». Fortolkningen av lovverket står i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-12/2004.

Det viser seg nå at det likevel påvises store forskjeller mellom foretak med hensyn til hvor stor andel av ellers like pasientgrupper som får rett til å bli prioritert. Variasjonen er så stor at 45% i ett foretak og 95% av samme pasientkategori i et annet får «rett til nødvendig helsehjelp». Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang et betydelig arbeid for å rette på dette gjennom å få faggrupper til å lage veiledere for prioritering i samarbeidsprosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten». Det er Sosial- og helsedirektoratet som sammen med de regionale helseforetakene som har fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet. Mer enn 30 grupper av leger fra de ulike spesialitetene skal lage veiledere i prioritering.

## HVA BESTÅR ULIKHETENE I?

De registrerte ulikhetene gjelder andel av pasienter med «rett til nødvendig helsehjelp» en eller annen gang i løpet av et pasientforløp. Hva som er «riktig» andel som bør ha denne retten innenfor de ulike kategoriene er ikke kjent. Heller ikke om denne registrerte ulikheten gir de samme ulikhetene i faktisk prioritering i form av ventetid til «helsehjelpen» blir gitt.

Det man vet er likevel at pasienter uten «rett» ikke nødvendigvis venter lenger enn pasienter med «rett». Både prioriteringen og den faktiske ventetiden påvirkes av og henger sammen med den faktiske behandlingskapasiteten.

Når man skal løse et problem, er det viktig å ha analysert seg frem til hva som antas å være årsaken til problemet. I dette tilfellet kan man anta at store forskjeller mellom hele foretak neppe kommer av ulik skjønnsutøvelse hos den enkelte lege som vurderer

henvisninger, men snarere om systematiske ulikheter som ligger i systemet. Er det legene som ikke kjenner sykdommene godt nok til å utøve riktig prioritering, eller er det ulik lovforståelse i ulike foretak?

Begrepene i lovverket er ikke entydige, og gir store rom for ulik forståelse av lov og forskrift. Begreper som «rett til helsehjelp», «rett til nødvendig helsehjelp» og «rett til vurdering», samt «prognoseetap», «ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet», «nytte av behandling» og at «kostnaden står i et rimelig forhold til nytten» er alle tolkbare begreper som gir rom for skjønn. Det er positivt i den forstand at pasientene får individuell vurdering på medisinsk grunnlag. Problemet er at det er vanskelig å putte det inn i et skjema. Til lovfortolkningen ligger det mye hjelp i rundskrivet IS-12/2004 (s.12-17). Men hvor mange av de som til daglig prioriterer og lager ventelisteloggistik har lest og forstått denne?

## KVALITET OG KAPASITET.

Et sentralt punkt dreier seg om vurderingsgarantien. Loven sier at alle pasienter har rett til å få sin helsetilstand (NB! Ikke «sin henvisning») vurdert innen 30 virkedager. Dersom det foreligger mistanke om alvorlig sykdom, er denne fristen 15 virkedager. Det er kun medisinske grunner som gir grunnlag for å utsette denne fristen. IS-12/2004 gir grundig innføring i hva som kreves gjort innen denne fristen. For eksempel skal pasienten om nødvendig undersøkes av flere spesialister(!). Fristen gjelder uavhengig av kapasitet og ressurser. Pasienten skal ikke gis «rett» eller avslag på «rett» før dette er gjort slik at man kan si nok om prognose, livskvalitet og nytte/kostnad til å avgjøre hvorvidt pasienten skal ha behandling, evt. hvilken behandling, innenfor hvilken frist og hvorvidt denne fristen skal være forpliktende eller ikke.

Både foretakene og den enkelte lege som prioriterer har store problemer med å oppfylle vurderingsgarantien, spesielt for pasienter som må antas å ha liten sannsynlighet for alvorlig sykdom eller for å få rett til forpliktende tidsfrist. Mange steder har ikke lagt til rette for at mange av pasientene må undersøkes av spesialist før en må svare på spørsmålet om det skal gis «rett til nødvendig helsehjelp»

## HENVISNINGER:

*Lov om pasientrettigheter, §2  
Forskrift om prioritering av*

*helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp med mer.*

*Rundskriv IS-12/2004, s. 12-17,*

*Sosial- og helsedirektoratet*

*<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=12998&subid=0>*

*gan?id=12998&subid=0*

eller ikke. Praksis blir derfor at pasienter som oppfattes å ha en høy risiko taes fort inn i systemet for avklaring, gjerne med «rett til nødvendig helsehjelp». Resten blir mer tilfeldig vurdert i forhold til hvem som registreres med og uten «rett», noen til undersøkelse og noen til behandling avhengig av blant annet kvaliteten på henvisningen. Denne måten å gjøre det på går relativt bra for de fleste med høy risiko, men ivaretar neppe lovgivers intensjon om å fange opp pasienter med alvorlige tiltander tidlig og gi tidlige svar til pasienter om hva de feiler og hvor (lite) alvorlig det er. En utsettelse av rettighetsfastsettelse til pasienten er tilstrekkelig vurdert, vil utvilsomt gi en mer riktig registrert og kanskje også faktisk prioritering av de av pasientene som skal ha behandling som de må prioriteres til.

For ordens skyld: IS-12/2004 sier en del om hva en god henvisning fra primærlegen skal inneholde, noe som er en forutsetning for at vurdering innen fristen skal kunne gjøres på grunnlag av henvisningen alene. Mangelfull eller dårlig henvisning fritar likevel ikke foretaket fra kravet til å gjøre vurderingen innen fristen. Dette skulle kanskje oppmuntre til bedre samarbeid med primærhelsetjenesten, men fører nok i praksis heller til at man dropper kravet til innhold i vurderingen og gjør den på grunnlag av henvisningen alene likevel.

#### JUS OG MEDISIN, IKKE ALLTID LETT Å KOMBINERE.

Man kan ta et eksempel: Ett sted gis nesten alle pasienter med lyskebrokk som skal opereres «rett til nødvendig helsehjelp», et annet sted nesten ingen. Noen får denne retten allerede ved første vurdering av henvisningen, andre først etter fysisk undersøkelse hos spesialist. Blant annet derfor vil det innenfor denne diagnosegruppen bli satt

ulike tidsfrister, med og uten forpliktende «rett». I tillegg blir vurderingene kanskje påvirket av den aktuelle kapasiteten på stedet for tiden. Der nesten ingen med diagnosen lyskebrokk får slik «rett», kan en mistenke at flere er nøye med å undersøke pasientene før de avgjør om det skal tildeles «rett». Det skal en god vurdering til å være sikker på at pasient ikke trenger behandling og for noen vil bedre vurderingsgrunnlag kunne gi færre pasienter med registrert «rett til nødvendig helsehjelp».

Det at forskjellene er så store mellom hele foretak, tyder på at det er systematiske feil som foreligger. Slike systematiske feil kommer neppe av at det er ulike grader av empati eller ulik kunnskap om relativt banale og alminnelige tilstanders alvorlighetsgrad mellom hele foretak. Dersom veiledere for leger som skal vurdere henvisninger skal føre til mindre registrerte ulikheter, er det en forutsetning at loven er entydig og oppfattes likt av dem den skal praktisere den. Fortolkningene som ligger i IS-12/2004 er ganske entydige, men de er kanskje for dårlig kjent. Dersom en velger en annen tolkning som kan være lettere å praktisere, må en være oppmerksom på om dette fører til nye ulikheter eller at ulikhetene består. Dagens lov gir anledning til å sette individuelle frister på faglig grunnlag. Dette åpner for en viss ulikhet i bedømmingene på grunn av ulike skjønn. Systematiske ulikheter kan rettes opp gjennom entydig fortolkning av og bedre kunnskap om lovens innhold og intensjon, samt bedre systemer for håndtering av henvisninger i vurderingsfasen, registrering av rettighetsfastsetting og ventelistelogistikk.

*Hans-Petter Næss er styremedlem og leder i faggruppen gastrokirurgi i prosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten».*



I tiden fremover vil mange overleger raskt nærme seg pensjonsalder. For helseforetakene vil dette bety at stor og helt nødvendig kompetanse og erfaring vil forsvinne ut av sykehusene i løpet av de neste 4-7 årene.

Foretakene har så vidt begynt å ta denne erkjennelse inn over seg og de ser ut til å oppdage at det kan ta lengre tid enn de tidligere regnet med å erstatte denne kompetansen. Flere foretak ser at det kan være hensiktsmessig å legge forholdene bedre til rette for at overleger skal kunne stå lenger i arbeid og for at kompetansen og erfaringen kan overføres raskere til neste generasjon av leger. Seniorpolitikk begynner å få mer reelt innhold etter hvert som det faglige «trusselbildet» går opp for byråkratene.

I henhold til Aftenpostens intervju den 29. oktober med Jarle Aarbakke, rektor ved Universitetet i Tromsø, har de der utarbeidet en egen seniorplan. Her defineres alle over 55 år som seniorer. Hver enkelt skal intervjues om hvordan de selv kan tenke seg å arbeide mot slutten av sin karriere og de vil bli trukket inn i forskjellige prosesser på universitetet.

For oss er det ingen grunn til å vente på at arbeidsgiverne i spesialisthelsetjenesten skal ta kontakt, vi kan selv være aktive med for eksempel kartlegging av eksisterende kompetanse på avdelingene, når ønsker de eldre overlegene å pensjonere seg, hva skal til for at den enkelte kan tenke seg å arbeide lenger enn planlagt, har man tilstrekkelig yngre leger i løypa, osv.

Noen har per i dag ordninger hvor de beholder lønn og avspasering, men slipper vaktene med mer dagtid og tid til opplæring og veiledning av yngre leger.

For bedre å synliggjøre overfor våre arbeidsgivere hva som trengs av kompetanse for å yte spesialisthelsetjeneste av god kvalitet, kunne vi kanskje sette opp avdelingsvise kompetansebudsjett som tar høyde for løpende drifts- og langsiktige kompetanseinvesteringsbehov og tilsvarende kompetanseregnskap med avviksanalyser?

De som har fått til gode seniorordninger oppfordres til å sende disse inn til publisering i «Overlegen».

AV SIGRUN SOLBERG

# HELSELOVENE SOM BAKGRUNN FOR ETISK REFLEKSJON



Som leger må vi i økende grad dokumentere ikke bare i journalen, men også overfor samfunnet rundt oss både hvilke medisinske og hvilke etiske refleksjoner vi har gjort oss før vi tar beslutninger om det ene eller det andre. Det kan være vanskelig i en hektisk hverdag å finne en saklig grunn for de valg man har gjort. Vi er godt «drillet» på de rent faglige beslutningene, men de etiske har vi forvaltet «for oss selv».

Til hjelp for helsepersonell og for å sikre likeverdige helsetjenester innen bestemte økonomiske rammer fikk vi i 2001 et sett med «helselover» og myndighetene forventer nå at vi kjenner det lovverk som ligger til grunn for vår yrkesutøvelse.

I lovenes forarbeider ble det gjort mange etiske overveielser. Lovgiverne har ønsket å sette standarder for hvordan vi som helsepersonell skal eller bør oppføre oss og handle i en del gitte situasjoner. Men et lovverk vil aldri kunne være fullstendig på den måten at vi vil kunne finne svar på alle våre etiske spørsmål.

Ord som *skal* gjør det enkelt for da skal vi, men alle stedene hvor det ordet *bør* brukes er det verre med. Hva vi *bør* kan snart bli gjenstand for diskusjon.

Det er fort gjort å bli høyst uenige om hva vi som gruppe *bør* mene eller gjøre i gitte situasjoner under gitte forhold. Rundt slike ord blir det nødvendig å ha en kontinuerlig etisk diskusjon gående med oss selv, våre kollegaer og medarbeidere, samt samfunnet for øvrig.

Hvorfor er det blitt så stort fokus på etikk i dag? Er våre humanistiske holdninger truet?

Rune Berglund Steen skrev på kultursiden i Dagbladet den 23.10.07 at «prinsippvedtaket om at Norge skulle returnere hiv-positive asylsøkere kommer til å bli stående som et sterkt symbol på vår tids antihumanisme». Dette vedtaket ble fattet av Stornemnda som er utlendingsnemndas organ for prinsipielle saker.

Steen skriver videre: «Vår forpliktelse til å hjelpe alvorlig syke mennesker er en av de mest grunnleggende etiske reflekser i oss som privatpersoner. Vi ville lett oppleve det som nedbrytende for vår

egenfølelse og identitet dersom vi skulle avise å hjelpe en alvorlig syk person som ber om bistand vi er i stand til å gi.»

Som leger vil vi absolutt hjelpe. Dessverre ser vi i økende grad at det strammes inn på de økonomiske midler vi har til rådighet. Vi har nå fått blant annet «Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd». [www.legeforeningen.no/index.gan?id=129998&subid=0](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=129998&subid=0)

Selv om forskriften tilstreber å være tydelig er det også her mange ord som vi selv må være med å fylle med innhold. For å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er det tre vilkår som alle må være innfridd:

- Pasienten må ha et *visst* prognosetap med hensyn til livslengde eller *ikke ubetydelig* nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.
- Pasienten, med visse unntak om eksperimentell behandling i utlandet, kan ha forventet nytte av helsehjelpen.
- De forventede kostnadene står i *rimelig* forhold til tiltakets effekt.

Det er viktig for befolkningen at vi klarer å prioritere etter noenlunde like kriterier. For å klare det må vi gi innhold til alle «tolkningsordene». Disse ordene krever ganske mye av oss for her må alle som håndterer prioriteringsforskriften i hverdagen komme fram til noe en kan bli noenlunde enige om. I tillegg skal befolkningen oppleve det vi kommer fram til som rimelig rettferdig.

Det arbeides med å få laget nasjonal veileder for hva vi skal legge vekt på i prioriteringsarbeidet, men det er helt umulig å få nedfelt noe som gjør at vi slipper å tenke selv og å holde en etisk refleksjonsdiskusjon gående oss imellom.

Lykke til!

AV SIGRUN SOLBERG

# LOFOTSTJERNA



Nokka ny tidsregning vart det neppe snakk om. Ikkje kom det på tale med jomfrufødsel heller, men så slapp de også alt oppstusset rundt nåven.

Han måtte ta ho Ane med seg til verret. Tida da ho skulle ligge på seng, kunne inntreffe før de visste ordet av det.

Best var det om de kom sæ i orden i forenden av hardaste lofotsesongen. Fiskerimantallet skulle ajourføres og papirmølla måtte være unnagjort i god tid før oppsynsløka gikk til topps.

Det var innmari nok at ho Ane blei levna igjen på Sjøersholmen da han reiste på vårsilda.

Ved heimkomsten måtte tøtta allerede ha vært på småveian. Dykede, kor løst han hadde å spørre ho rett ut. Men det var ikkje noka prat for mannfolk.

Regnestøkket harmonerte dårlig. I tillegg kom de underfundige øyenkastan hannes Kresten. Den karen hadde trødd vind i knean etter anner sine kvinnfolk tidligare.

Det svei aldeles hårfint innfor flanellskjorta.

Ja, ja. Sorgen skulle man ikkje forskuttere av.

Ho var nu hannes ansvar, og i tillegg var han da glad i kjærringa si.

Blikket strauk småsåra ut gjennom kammersvinduet.

På langt nær noka karnappstil.

Rommet skulle tjene som bolig for tre det neste kvartalet.

Der, dykede kor skarp den var i natt, Lofotstjerna.

Det var den knetta de saumfor himmelen etter fra båttoften. Så snart ei sne-kjuka letta litt, var det den eienaste meda i ramsvarte natta.

Ja, og så fjelltoppan mot aushimmelen.

Storstjerna hadde leda mange vettskremte gluntampa, skårrunga, og adskillige koksveitte fiskarkalla trygt til heimhusan.

Forresten, var det bærre petromaksen hannes Severin som slong ute på firtommen?

Vindusruta var virkelig skitten, og bedre blei den ikkje etter ei sveiving med handbaken heller.

– Edmund, kor du er henne, kor blei det av jordmora?

Gode Gud, hjelp mæ. Banet kjem –.

•

Stønnan i fra sengbenken var ikkje til å misforstå.

Sjyveret var alt i full gang.

Spenninga var stor, og strabasan ikkje noka mindre i kveldstima som slepa sæ mot midnatt.

•

Endelig retta han ryggen.

– Ka det er du hyle etter? Skjønne du ikkje at mor di har det mykje værre enn du, din kraum –?

– Edmund, er ungen velskapt?

Neimen .....

Velkommen til verden, banet mitt.

Døpp storsaksa i det kokanes vatnet.

Klepp, så klepp nu, sei æ. Nei, litt lenger inn. Ho skal da navles ordentlig vekjungen, skulle æ meine –.

Kvinnfolk forsto han sæ lite på. Først skreik ho som en stukken gris og straks etterpå instruerte ho som en innbeitt gammel ishavsskipper.

For nu igjen å være så grusomt øm i stemmen.

Han tar tak i ungen og tulla ho inn i sjalet. Ho er glatt som en nyopptrukken lofotskrei.

De store fiskarnevan skjelv.

– Ane, skal det være så mykje blod? Dykede – .....

Detta er ikkje noka mannfolkarbeid, Ordan, angra han med det samme de smatt ut.

– Det er uvanlig, ja, men ikkje uoverkommerlig. Du er da vant med fiskeblod, ka –?

Det går med massevis av lunka vatn.

Rønkåt og ildrød i auan ligg ho innåt mor si.

Og så rødt krøllhår? Han Kresten har jo svart lugg.

Sjit la gå. Det blir vel nok av tid til å spekulere seinare. Ho er i alle fall uskyldig der ho ligg, nesten som Jesusbanet.

Gleda kjennes over heile kroppen. Tenk for en storlagen fangst. Og så på sjølvaste julenatta.

Stunda varma liksom nedette bordkledningen.

– Du Ane, ka du meine om å kalle ungen førr Liv – ?

– Bestem bærre du Edmund, ho er jo di også. Er ho ikkje stor for det om ho er kommen en måned før tida – ?

I speilet ser han en utsleten kar, kor sveitren har gjort det rødaktige håret ennu meir krusat.

Jau, det var virkelig Lofotstjerna. Nu kvitterte ho med sitt traustaste smil gjennom småruten, og det på tross av saltlaken og den kjettlause vindusposten.

– Ære være Gud i det høgste –. Stemmen er grum-såt.

– Æ skal forresten takk dæ grundigare når æ får bedre tid, og så skal det bli lengre imellom kraftsalven.

AMEN –.

Utdrag fra boken «Hinnøystund» av Sølvi Ytterstad.

## Hippokrates' ed

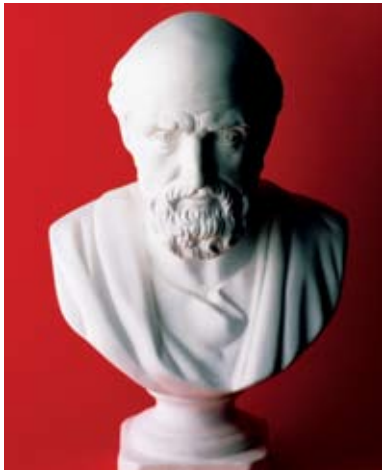


Foto © Samphix

Jeg sverger ved legeguden Apollon og Asklepios og Hygieia og Panakeia og alle andre guder og gudinner som jeg påkaller som vitner, at jeg vil oppfylle denne ed og denne kontrakt så langt jeg evner:

Den som har lært meg legekunsten, vil jeg akte like høyt som mine foreldre, dele med ham det jeg eier, og hjelpe ham når jeg trenger det. Hans sønner skal jeg betrakte som mine brødre, og om de ønsker å lære seg kunsten, skal jeg undervise dem uten lønn eller godtgjørelse. Mine egne og min lærers sønner og de svenner som har avgitt skriftlig og edfestet kontrakt på legevis, skal jeg gjøre delaktige i reglene, den muntlige overlevering og alt annet lærestoff. Men ingen andre skal få del i det.

Så langt jeg evner og forstår, skal jeg gi den syke dietter som vil hjelpe ham. Og alt som kan skade eller forderve ham, skal jeg unngå. Jeg skal aldri gi noen en dødelig gift, ikke engang om de selv ber om det. Jeg skal heller ikke gi dem råd om den slags. Jeg skal aldri gi en kvinne noe fosterfordrivende middel.

Ærlig og redelig skal jeg tilbringe mitt liv og utøve min kunst. Aldri noen gang skal jeg fjerne stener fra blæren med snitt, men overlate slike pasienter til dem som har spesialisert seg på det.

Overalt hvor jeg kommer inn i huset, vil jeg virke til pasientens beste, avholde meg fra all bevisst urett og særlig unngå kjønnslig omgang med de kvinner og menn, slaver og frie som bor der. **Alt det som jeg ser og hører når jeg behandler pasientene eller også utenfor behandlingen, slikt som man ikke skal plapre om, det vil jeg holde for meg selv og anse alt slikt som usagt.**

Om jeg oppfyller denne ed og ikke krenker den, la meg da lenge glede meg over livet og min kunst. La meg æres av alle mennesker til evig tid. Men om jeg bryter denne ed og sverger falsk, måtte da alle ulykker og glemsel ramme meg.

*(Fra Trond Berg Eriksen (kapitelforfatter)  
«Tenkningens historie», Aschough 1982, bind 1, ss 55-56.)*

## Mot en mer etisk bevisst hverdag?

AV DAG RIEVE KRISTIANSEN

**D**en Hippokratiske ed, har sannsynligvis større betydning for våre daglige klinisk- etiske valg, enn vi kanskje tenker over. Selv om eden er formulert for snart 2500 år siden, er likevel deler av innholdet, overraskende aktuelt. Den har også fått sin moderne utforming gjennom bl.a. Helsinkideklarasjonen, Genevekonvensjonen og den engelske "Duties of the doctor."

Selv om teknologi og medisinsk viten har utviklet seg, er menneskesynet og respekten for individet uendret.

En rekke filosofer har gjennom historien forsøkt å katalogisere og systematisere etikken og vi har fått bl.a. den prinsippbaserte etikk, pliktetikk, nytteetikk, dydsetikk, allmenetikk, profesjonsetikk m.m. Men i vår praktiske hverdag, handler vi oftest i summen av disse, kanskje uten å tenke over det.

Hva dreier det seg så om? Kort sagt handler det om våre felles holdninger, verdier og normer som regulerer vår kliniske hverdag. Og så lenge disse er nettopp felles, oppstår det ingen konflikter. Men så snart noen stiller spørsmål ved våre beslutninger og uenighet uttrykkes, fremkommer beslutningenes verdimeslige sider. Dette gjelder selvsagt både for de små og til dels trivielle dagligdagse hendelser, som de mer alvorlige liv og død spørsmålene.

Skjulte verdivalg i vår kliniske hverdag, kan være måten vi organiserer utskrivingsamtaler på. Eller hvorvidt vi klarer å skape økt trygghet og mestring, eller angst og avmakt, når vi samtaler med pasientene. Hvor stor anledning vi gir pasientene til å komme med egne synspunkter.

Hva sies om prøvesvar, diagnoser, bivirkninger, komplikasjoner osv. Hva unnlater vi å fortelle pasientene og hvorfor. I hvor stor grad er bekvemmelighetshensyn en forklaring på veivalg i vanskelige samtaler. Alt dette og mer, påvirker pasientene og blir ofte ikke erkjent av oss som verdivalg.





Utover profesjonsetiske vurderinger, kan det oppstå samhandlingsetiske problemer mellom yrkesgrupper. Da blir man opptatt av å finne praktiske valg, beslutninger og handlinger. Sagt på en annen måte er klinisk etikk opptatt av det praktiske og nyttige, av det som fungerer.

For at våre handlinger skal være forankret i mest mulig felles verdigrunnlag, må vi erkjenne behovet for en overordnet etikk (jmf. Den Hippokratiske ed). I motsatt fall står vi i fare for å handle etter den sterke parts egne preferanser.

Den rette handling sett med etikkens øyne er stadig gjenstand for diskusjoner. Ofte er de eldste råd de beste. Filosofen Platon ga etter min mening, en god veiledning når han sa (fritt fortolket) den rette handling avhenger av tre i seg selv uavhengige faktorer: Den gode vilje, sannheten og det skjønne.

En handling uten den gode vilje, men som kun vektlegger sannheten og det (ytre sett) skjønne, vil fort bli kjærlighetsløst hykleri. Ved for eksempel kun å vektlegge den gode vilje, står man i fare for å oppfattes som naiv, i verste fall dum. Skjønnhet alene kan være overfladisk og ekskluderende.

I vår kliniske hverdag kan det formes noen kjøreregler for hvordan vi bør tenke i praktiske etiske dilemmaer:

- Vi må identifisere det medisinske problemets natur.
- Vurdere pasientens/ pårørendes preferanser.
- Vurdere nytteverdien for pasienten. Nytteløs behandling kan oppfattes krenkende.
- Ta hensyn til pasientens egne livsverdier/ holdninger.
- Unngå at pårørendes evt. sorgreaksjoner, blir bestemmende for behandlingen av pasienten.

- Sosiale, økonomiske, juridiske og administrative sider ved en sak.

Dersom man kommer frem til at en pågående behandling skal avsluttes, krevs iflg. Pasientrettighetsloven § 4.1 at en pasients samtykke skal være gyldig og frivillig. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, skal pårørende i prioritert rekkefølge forspørres. Lovgivningen gir i liten grad råd om en behandling er nytteløs eller meningsløs. Her vil ofte beslutningen avhenge av helsepersonells holdninger og praktiske informasjon til partene. Man skal generelt utvise godt klinisk skjønn og klokskap. I siste instans vil behandlende lege være beslutningsansvarlig.

Den evt. konflikt som kan oppstå når pasient/pårørende uttrykker uenighet med beslutningstaker, bør kunne vurderes, evt. overtakes av nasjonale eller internasjonale nemnder med nødvendig kompetanse. Brutalt opprivende beskrivelser i tabloidpressen, tjener kun mediens egne interesser for salg og opplagstall og bør ikke være det siste inntrykket man sitter igjen med når et livsløp er endt.

Å ha godt funderte, gjennomtenkte teorier om hvordan vi skal håndtere etiske dilemmaer i en praktisk og hektisk hverdag, er nyttig og gir større trygghet.

*Kilde: «Medisinsk etikk», Knut W. Ruyter, Reidun Førde, Jan Helge Solbakk*

*Hippokrates ed: «Tenkningens historie», Aschehoug 1982*

## DIN HELSE – LIKE VIKTIG SOM PASIENTENS HELSE !

AV MARIT TØNDER RØDLAND

Siden statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten i 2002 har Helse-Norge vært gjennom en kontinuerlig omstillingsprosess. Det er stadige endringer i sykehusene. Det er sykehus som trues av nedleggelse og funksjonsfordeling endres stadig. «Mitt» sykehus har nå havnet i sitt andre helseforetak, nemlig UNN – Universitetssykehuset i Nord-Norge. Dette etter en meget turbulent tid med stadig skifte av direktører og krangling om funksjonsfordeling.

Her i UNN foregår nå en organisasjonsendring som planlegges gjennomført i rekordfart. Tillitsvalgte leger og øvrige grupper ber om tid til å vurdere tiltakene som foreslås. Det gjenstår å se om ledelsen velger å senke farta. Arbeidsgiver krever mye av sine ansatte og det er forventet at vi skal omstille oss for å få pasientflyten til å fungere. Legene som gruppe har en kultur for å strekke seg langt for pasientens beste. Noen ganger strekker vi oss kanskje for langt? Vi ligger foruroligende høyt på skilsmisse- og selvmordsstatistikken – men har lavt sykefravær. Har vi som gruppe fortsatt «et kall»?

Arbeidstilsynets prosjekt «God Vakt!» konkluderer med at det fortsatt er mange utfordringer i helsevesenet. Det er en ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Det er fortsatt rapporter om helse-skadelig tidspres og det er konflikt mellom balanse i regnskap og arbeidsmengde/ressurskrevende pasienter. Man må ofte kjøpslå eller gå på akkord med egne verdier. Det blir vanskelig å melde avvik og det er ikke kultur for å ta opp vanskelige temaer i arbeidssituasjonen.



# Lokalsykehus som læringsarena

AV INGER-LISE HAAKSTAD



For å kunne yte god service overfor våre kunder – pasientene – må vi som behandlere være i stand til å utføre jobben vår på en forsvarlig måte. Arbeidsgiver forplikter å legge forholdene til rette slik at arbeidsforhold / arbeidsmiljø tilfredsstillende de krav som Arbeidsmiljøloven stiller. Jeg tror at leger i for liten grad har benyttet seg av verneombudsordning og Arbeidsmiljøloven i forhold til sin egen arbeidssituasjon.

Det er krav til vurdering av arbeidsmiljøkonsekvenser og de ansatte har krav på reell medvirkning og tilrettelegging for gode omstillingsprosesser i flg. Arbeidstilsynet. Hvor reell er vår medvirkning i disse prosessene? Vi har mange gode tillitsvalgte som bruker mye tid på ressurser og på å delta i omstillingsarbeidet. Disse er avhengig av sine medarbeideres innspill og støtte.

## VERNEOMBUD

I tillegg til de tillitsvalgte deltar verneombud som part i omstillingsprosessen. Hvem er ditt verneombud? For f.eks. en kirurg kan det være noe uoversiktlig hvor verneombudet befinner seg. Sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdeling og akuttmottak har egne verneombud. Hvem av disse skal kirurgen henvende seg til ved en sak som gjelder dårlige kontorforhold? Uoversiktlig – ja!

Det er kanskje på tide på kartlegge ombudsordningen for leger. Kanskje trenger leger på store sykehus/avdelinger et eget verneombud.

Det forutsettes nå at ledere på alle nivå i helseforetaket kurses i Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS). Et godt HMS arbeid er grunnlaget for en godt fungerende arbeidsplass / avdeling. Skal vi være i stand til å yte de tjenester som foretaket ønsker av oss må vår helse være like viktig som pasientens helse. Jeg oppfordrer derfor overlegeforeningens medlemmer til å være deltagere og pådrivere i arbeidet med å få HMS på dagsorden i alle ledd i helseforetakene. Vi må kreve at det avsettes *tid* til å gjennomføre konstruktiv HMS-arbeid i hverdagen.

Legerforeningen gjennomførte i august 2006 den første spørreundersøkelsen blant alle turnuslegene som avsluttet sin tjeneste ved sykehus og i kommunehelsetjenesten. I 2007 er det utført tilsvarende spørreskjemaundersøkelse i februar og i august. For meg og mine kolleger her, var det gledelig å se at det sykehuset hvor vi arbeider, nemlig Helgelandssykehuset Sandnessjøen, ved begge årets undersøkelser scoret over landsgjennomsnittet, og samlet ble rangert som det 10. beste sykehuset i undersøkelsen blant turnuslegene.

Undersøkelsen viste at mange av de mindre lokalsykehusene kom meget godt ut av evalueringen. Blant de større sykehusene ble også Ullevål universitetssykehus og Akershus universitetssykehus gitt en vurdering over gjennomsnittet, og havnet på henholdsvis 4. og 13. plass. Undersøkelsene gir altså ikke noe grunnlag for å hevde at de mindre lokalsykehusene ansees som «faglige bakevjer» av leger som er inne i sin turnusperiode. Inntrykket er snarere det motsatte; nemlig at mange av disse sykehusene vurderes som gode læringsarenaer av nyutdannede leger.

Det kan derfor være interessant å spørre seg hva som ligger bak dette, og hvilke forhold som er av betydning for at sykehus skal utgjøre gode læringsmiljø for de som er i turnus. Jeg skal her peke på noen faktorer jeg mener har betydning, og også trekke vekslere på erfaringer som er gjort ved sykehuset her i Sandnessjøen, både fra meg og mine kollegers side.

Hensikten med den nasjonale evalueringen av turnustjenesten for leger er at en bedre skal kunne vurdere og følge kvaliteten i turnustjenesten, og at dette skal tjene som informasjonsgrunnlag i arbeidet med å utvikle tjenesten. Kunnskapen som her oppnås, skal danne grunnlag for beslutninger vedrørende turnustjenesten både for turnusrådet, arbeidsgivere og myndigheter.

Siktemålet med turnustjenesten er at legestudentene skal få en bred og generell kompetanse, og gjøre dem godt kvalifiserte



til å arbeide som lege. Kanskje er det nettopp her de mindre sykehusene har en særlig styrke, og fyller en viktig funksjon. Turnuslegene ved de mindre lokalsykehusene får se et bredt spekter av sykdommer, og må forholde seg til så vel mer kroniske lidelser som ulike akutttilfeller. Dette vil være en styrke nettopp i forhold til å kvalifisere legestudentene i forhold til rollen som medisinsk generalist.

Den begrensede spesialiseringen gjør at en på mindre sykehus i større grad må forholde seg til *hele* pasienten, og i større grad til pasienten som individ. Dette kan være krevende, men også i høy grad givende. Svært ofte kommer en også i nærmere kontakt med pårørende, noe som kan gi bedre muligheter for eventuelt å se sykdom og sosial situasjon i en sammenheng. Arbeid ved lokalsykehus gir muligheter til å danne seg inntrykk av det mer helhetlige sykdomsbildet i et område eller en region, noe som i sin tur kan gi innsikter både ut fra et samfunnsmedisinsk og et helsepolitisk perspektiv.

Viktigst for turnuslegenes utbytte er kanskje likevel selve læringssituasjonen. Det er færre turnusleger ved de mindre sykehusene, noe som gjør det lettere å få en tettere og mer personlig oppfølging fra det fast ansatte personalets side. Kanskje øker også sjansene for at overleger og andre ved de mindre sykehusene skal se på kandidatene mindre som en belastning, og mer som en ressurs og en mulighet til egen læring og faglig utvikling. I et mindre miljø er det lettere å påta seg et personlig ansvar for sine medarbeidere – og det blir mer synlig dersom en lar være å følge opp de som er i turnus.

Her vil selvfølgelig både individuell interesse, ferdigheter og egnethet være viktig. Likevel er det mulig å peke på noen faktorer som kan ha betydning når det gjelder å skape et godt læringsmiljø. Oppgavespekter og selve sykehusets størrelse kan ha betydning i så måte, slik jeg har pekt på innledningsvis, men også andre elementer spiller inn.

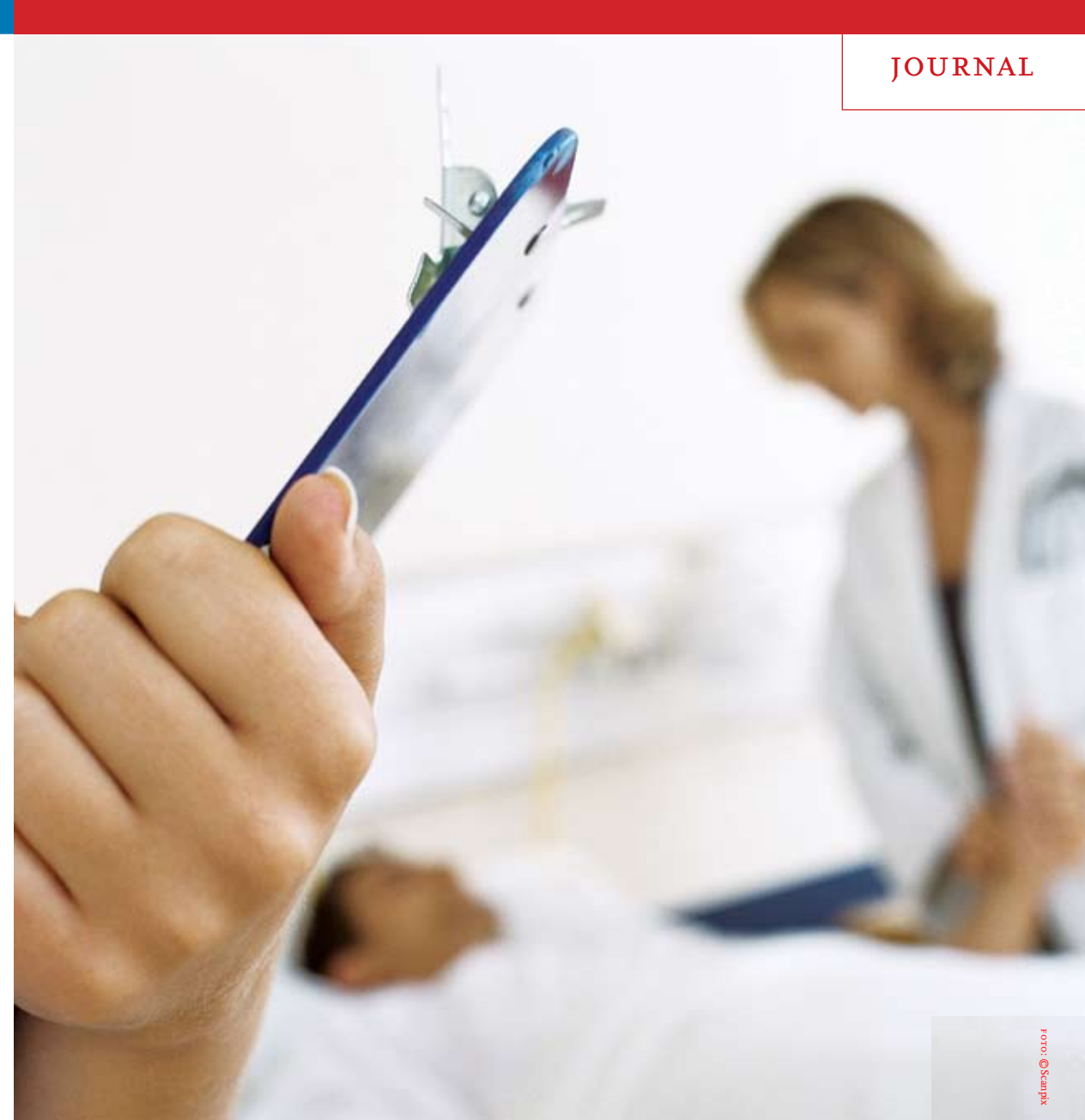
Undertegnede er så heldig å få arbeide på et lokalsykehus som ble rangert blant de ti beste å være i turnus ved. I Sandnessjøen har det vært god dekning av stabile og lokalt bosatte spesialister. Flere av disse spesialistene hadde sitt første møte med sykehuset nettopp som turnuskandidat – og i parentes kan det bemerkes at flere av disse fant sin ektefelle eller partner her. Bruken av korttidsvikarer har på denne bakgrunnen vært relativt begrenset ved vårt sykehus.

I seg selv er det vel rimelig å gå ut fra at stabile og lokalt baserte spesialister vil ha større interesse i at deres sykehus skal framstå som en attraktiv arbeidsplass og en god faglig læringsarena, enn mer eller mindre tilfeldige vikarer. Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen har det i flere år vært en bevisst satsing på å få til et godt læringsmiljø for turnusleger, med god oppfølging både faglig og sosialt.

I det foregående har jeg fokusert på de fortrinn små lokalsykehus kan ha når det gjelder å være læringsarena for turnusleger. De samme betraktninger vil kunne gjøres når det gjelder læringsbetingelser for leger i spesialisering, så vel som for flere andre faggrupper. Bare denne høsten er det over hundre studenter i ulike profesjonsutdanninger som skal ha sin praksis ved vårt lokale sykehus.

Det er derfor all grunn til å tro at velfungerende lokalsykehus har gode muligheter til å fylle en viktig oppgave som læringsarena for leger under utdanning, så vel som for andre helseprofesjoner. Det er viktig å gi rom for dette, og også ha det i mente når lokalsykehusenes rolle diskuteres. Vektlegging av læringsaspektet og kompetanseaspektet også ved lokalsykehus kan bidra til å skape en vinn - vinn situasjon både for de som er under utdanning, de faste legene ved sykehuset, og for sykehuseier og befolkningen i det aktuelle nærområdet.

*Inger-Lise Haakstad er overlege ØNH, Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen.*



## Forsikringssekskapers bruk av journalopplysninger

AV BÅRD LILLEENG



**D**et har den senere vært mye oppmerksomhet rundt bruk av pasientopplysninger fra legejournal utenfor helsetjenesten. Det er økende etterspørsel etter slike opplysninger fra politi og påtalemyndighet, barnevern og ikke minst forsikringsselskap og NAV-kontorer. At våre journaler inneholder opplysninger som slike instanser opplever som nyttige er ikke overraskende. En legejournal inneholder detaljerte opplysninger om mennesker mest personlige forhold, systematiske og omfattende oversikter over helse, legemlige forhold og sosiale aspekter. Journalen må være slik for å kunne oppfylle rollen som den behandlende legens viktigste arbeidsverktøy. I det øyeblikk journalen ikke lengre inneholder nøyaktige og utfyllende opplysninger om alle forhold ved pasientens helse, går journalen fra å være et arbeidsverktøy til å være en helserisiko. Og det strømmer nå inn med rapporter om at pasienter på ulikt vis forsøker å unngå at opplysninger journalføres. Det kan skje ved at man direkte ber den journalførende behandleren om ikke å nedtegne en opplysning, eller ved at man fortier informasjon. De ressurssterke kan velge å la seg behandle utenfor landets grenser om de er usikre på om taushetsplikten gir tilstrekkelig vern lengre her i landet. Det kan virke som om leger som blir pasienter er blant de som oftest søker å verne sine sensitive opplysninger gjennom å unngå journalføring. Sikre tall for hvor stort dette problemet nå er blitt finnes ikke, men det er uansett en meget uheldig, og i ytterste konsekvens farlig, utvikling. Den beste måten Legeforeningen, herunder Overlegeforeningen, kan motvirke at tilliten til journalen som et pålitelig medisinsk verktøy forvitrer, er å kjempe for at taushetsplikten ikke uthules og at norske pasienter i fremtiden kan stole på at fortrolige journalopplysninger blir behandlet nettopp som det – fortrolig.

Som ledd i dette arbeidet møtte undertegnede til debatt i Den Norske Aktuarforening i oktober. Aktuarer er universitetsutdannede forsikringsmatematikere som er ansvarlige for forsikringsselskapenes risikoberegninger. I deres arbeid med person-, uføre- og livsforsikring vil naturligvis journalopplysninger være meget interessante. Landsstyret i Legeforeningen vedtok en resolusjon

under landsstyremøtet i mai i år som etterspurte lovrestriksjoner på bruk av pasientjournal i forsikringssaker generelt, og et lovforbud mot å utbe seg full journal ved tegning av forsikring. Resolusjonen fikk oppmerksomhet i media, og naturlig nok i forsikringsbransjen. Profilerte personer i forsikringsbransjen gikk hardt ut mot Legeforeningen som man mente malte et skremmebilde av forsikringsselskapene som de ikke kjente seg igjen i. Man ble beskyldt for å etterspørre bedre vern av journalen for å hindre innsyn. Dette igjen for å skjule legers angivelige mangelfulle, eller i verste fall uredelige, journalføring. Det var derfor all grunn til å ruste seg til et reelt basketak når man skulle møte medisinsk direktør i Gjensidige (den for Legeforeningen ikke helt ukjente Bengt-Lasse Lund) til debatt i Aktuarforeningen med påfølgende plenumsdiskusjon i salen.

Det ble mot alle odds et meget hyggelig møte. Brytningspunktene og interessekonflikten mellom legene som behandlere på den ene siden og forsikringsbransjen som risikobærere på den andre siden er ikke av ny dato. Det er tidligere i flere omganger gjort betydelige felles anstrengelser for å utarbeide kjøregler for utveksling av opplysninger. Etter langvarig dialog mellom Norges Forsikringsforbund og Legeforeningen i det såkalt Fagutvalget Forsikringsforbundet-Legeforeningen, signerte man i 1999 en avtale som blant annet gav retningslinjer for utlevering av journal til forsikringsselskaper. Målsetningen var at forsikringsselskapene som hovedregel skulle få dekket sine behov for utfyllende medisinske opplysninger uten å kreve komplett og uredigert journal. Debatten i Aktuarforeningen, og den påfølgende diskusjonen i plenum viste at man fremdeles er enige om de grunnprinsipper som ble nedfelt i denne avtalen. Hovedbudskapet fra de fremmøtte representantene for forsikringsbransjen var at man ikke ønsker seg full journal ved tegning av forsikring. Ved skadeoppgjør er heller ikke full journal verken ønskelig eller nødvendig dersom man på annen måte kan få tilgang til de opplysninger man har behov for. Dette er helt sammenfallende med det syn Legeforeningen har stått for. Også vi ser forsikringsnæringens behov for helseopplysninger – men vi mener at disse best skaffes til veie gjennom presise bestillinger på legeattester der det tydelig fremgår hvilke opplysninger som ønskes og med hvilket detalj- og presisjonsnivå. Det viste seg at på

dette punktet eksisterer det ingen uenighet, utfra slik diskusjonen forløp hos Aktuarene. Det ble likevel vist til eksempler på at leger i enkelte tilfeller har gjort en for dårlig jobb med attestarbeid i forsikringssammenheng, men vi kunne på vår side også vise til konkrete eksempler på at man til tross for tidligere enighet fremdeles fra enkelte aktørers side etterspør full journal med utilstrekkelig eller helt manglende begrunnelse. Legeforeningen har nedsatt et eget utvalg for å arbeide med å forbedre legers attestarbeid, og vi ser at det eksisterer et potensial for løfte kvaliteten i dette arbeidet. På samme måte signaliserte man vilje fra forsikringsbransjens side til å slå ned på de som på tynt grunnlag utber seg uredigerte journalopplysninger. Tilbake i 1999 var man enige om følgende unntakssituasjoner som kunne berette et ønske om full journal under forutsetning av at det forelå skriftlig, spesifisert samtykke fra pasienten, begrunnelse for hvorfor opplysningene ble vurdert nødvendige og tidsrommet man ønsket opplysninger fra, samt at opplysningene skulle avgis til en nærmere angitt lege i selskapet med oppgaven å redigere journalopplysningene før ordinær saksbehandling:

- Når rapporterte skadefølger er sammenfallende med plager som er vanlig utbredt i befolkningen
- Når skadefølgene er uventet omfattende i forhold til skadehendelsen
- Når det er usikkerhet knyttet til når sykdommen/skaden oppstod
- Eller når det foreligger motstridende opplysninger i sakens dokumenter

Legeforeningens holdning vil være at disse unntakene skal praktiseres strengt og at det skal være absolutt siste utvei å kalle inn full journal. Dette synspunktet fant støtte i forsamlingen av aktuarer, og inntrykket man satt igjen med etter møtet var at enigheten fra 1999 står seg ennå. Dette til tross for den temperatur det til dels har vært i det siste i meningsutvekslingen mellom Legeforeningen og forsikringsbransjen, også i det såkalte Samarbeidsutvalget der begge sider jevnlig møtes til diskusjon. Kanskje kan noe av forklaringen finnes i at det generelt er økende press på utlevering av journalopplysninger fra ulike samfunnsaktører, som nevnt innledningsvis. I realiteten er nok NAVs ønske om utvidet lov-hjemmel for tilgang til legejournaler, samt deres omstridte prak-

tisering av det regelverk vi har i dag, den mest alvorlige trusselen mot folks tillit til at journalopplysninger ikke spres utenfor lege-pasient konteksten. Om NAVs ønske om friere tilgang på journalopplysninger skriver Datatilsynet i brev til Departementet av 15. oktober d.å.:

«For Datatilsynet er det viktig at bruk av pasientjournaler utenfor helsetjenesten begrenses til et minimum. Det er grunnleggende at enhver forespørsel om utlevering begrunnes og at bare relevante opplysninger utleveres ...

Det er legen som kjenner innholdet i pasientjournalen og derfor best kan vurdere hva som er relevant, og ikke minst hva som ikke er det ...

Hvis ikke utviklingen [med uthuling av taushetsplikten] endres, er det en fare for adferdsutglidning i befolkningen. Enkelte vil kanskje la være å oppsøke lege, eller unnlate å gi viktige opplysninger, noe som vil gjøre det vanskelig å yte forsvarlig helsehjelp. Personvern vil i denne samfunnssektoren bli forbeholdt de rike og ressurssterke, som kan kjøpe helsetjenester i utlandet eller på annet vis unngå at deres helseopplysninger registreres.»

*Georg Apenes, direktør*

Ennå lengre går Datatilsynet i hørings svar til Arbeids- og Inkluderingsdepartementet, der de klart sier at dersom det blir vedtatt at NAV skal kunne hente inn pasientjournaler etter eget for godtbefinnende, vil Datatilsynet informere befolkningen om at taushetsplikten mister sin realitet.

Synspunktene er helt sammenfallende med Legeforeningens, og det at Datatilsynet i så klare ord tar stilling til dette, er naturligvis meget gledelig.

På samme måte er det meget gledelig at avstanden til forsikringsbransjen kan synes å være mindre en man kunne frykte. Det er som kjent enklere med én front enn med to.

*Bård Lilleeng er nestleder*

## FÅR NY GRAFISK DESIGN

*Fra nyttår får Legeforeningen og alle underforeninger en ny, felles grafisk design, og et oppsett som gjør at det blir lett å se tilhørigheten til Legeforeningen.*

Inntil nå har det ikke alltid vært så lett å se at alle underforeningene er en del av Legeforeningen. Torunn Janbu, president i Legeforeningen, viser til at en del foreninger har hatt sin egen design, og at navnet på foreningen ikke i seg selv viser noe tilhørighet.

Nå blir det derimot et system, kalt gridsystem, med logo og så noen kryssende linjer med lokalforeningens eller den fagmedisinske foreningens navn øverst, og Den norske legeforening under. De underforeningene som har hatt egen logo og ønsker å beholde den, kan gjøre det, men den blir da plassert inn i linjene til gridsystemet. Det er valgt ut en ny, egen skrifttype som heter Whitney, og foreningene får en egen profilmanual hvor maler for alt fra brevark til powerpointmaler ligger inne.

– Nå skal det bli lettere å gjenkjenne de ulike organisasjonsleddene som en del av Legeforeningen, og leddene vil få et mer enhetlig grafisk uttrykk. Samtidig fremkommer det tydelig

hvilken underforening det er snakk om. Jeg opplever at profilmanualen fremhever at alle ledd tilhører samme forening samtidig som det er rom for individuelle løsninger. Dette gjenspeiler foreningen slik jeg opplever den – samlet og med stor takhøyde, sier presidenten.

Logoen til Legeforeningen er også fornyet.

– Ovalen er tatt bort, mens Asklepios beholdes. Dog kan ovalen fortsatt benyttes dersom Asklepios brukes alene, f.eks. i segl. Det sikrer en mer moderne utforming som samtidig ivaretar det tradisjonelle, stolte og medisinske uttrykk. Navnet, Den norske legeforening, blir nå stående vannrett ut fra figuren. Underforeninger som ikke har hatt egen logo, får nå Legeforeningens logo inn ved siden av navnet, forklarer avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet, som har vært prosjektleder på arbeidet med den nye designen.



Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFØRENING

Foreningene får tilgang til maler til en rekke formål, som f.eks. brevark, innkallinger til årsmøter, veiledere, visittkort og powerpoint til foredrag.

– Tillitsvalgte som skal holde foredrag, kan bruke disse powerpointmalene og sparer også mye tid på å få et godt, presentabelt uttrykk. Det vil være enkelt å laste malene ned fra nettet, og det sikrer god design også når du f.eks. lager trykksaker. Du slipper å legge en masse innsats inn i dette arbeidet. Vi lager også en fotodatabase med illustrasjonsbilder som viser lege-rollen, sier hun.

For å se eksempler på design på brevark, powerpoint-presentasjoner, visittkort osv. se:

<http://www.legeforeningen.no/profil>

*Cecilie Bakken  
cecilie.bakken@legeforeningen.no  
Avdeling for informasjon og  
helsepolitikk*

## Tillitsvalgte! Sett av 14. – 16. februar 2008



## TARIFFKURS PÅ DANSKEBÅTEN

(Oslo-København-Oslo)

**Tillitsvalgte og landsrådsrepresentanter** blir igjen invitert av Of til tariff-kurs på Danskebåten. Det er sendt ut invitasjon til den enkelte, se også [www.overlegeforeningen.no](http://www.overlegeforeningen.no) evt. [www.overlegeforeningen.no/index.gan?id=106395&subid=0](http://www.overlegeforeningen.no/index.gan?id=106395&subid=0)

**Merk tidsrommet**, sett av tid. **Send påmeldingsskjema snarest**: enklest per e-post: [edith.stenberg@legeforeningen.no](mailto:edith.stenberg@legeforeningen.no)

De største sykehusene kan sende 2-3 tillitsvalgte, vara-hovedtillitsvalgte eller medlemmer av tillitsvalgtutvalg.

Kurset vil som vanlig evaluere forhandlingssituasjonen og planlegge vårens forhandlinger.

# B-BLAD

Returadresse:  
Norsk Overlegeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

PORTO BETALT  
VED  
INNLEVERINGA  
PP



NORGE / NOREG

