

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 3 / 2013

TOR LEVIN HOFGAARD

Mennesket er ikke en Toyota

SIDE 9

NARESH SUGANDIRAN

Nei til karakterer ved medisinstudiet i Oslo

SIDE 15

Gastrokirurg og selverklært «registerjunkie», Kristoffer Lassen:

Vil kurere registrerings-trettheten

«Rett og slett vekke til live igjen entusiasmen for å registrere!»

SIDE 4-9 ►

JOURNALEN

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



PER HELGE MÅSEIDE
REDAKTØR
Tlf: 95 20 13 14
perhm@medisin.uio.no



ELLEN RENBERG
REDAKSJONSSEKRETÆR
LAYOUT
Tlf: 40 64 82 82
ellen@svovel.no



KRISTIN MACK-BORANDER
JOURNALIST
krimack@live.no



CHARLOTTE LUNDE
JOURNALIST
charlottelunde@mac.com



ASLAK LIMA BRAUT
JOURNALIST
alibraut@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 4/2013 er 19.11. 2013.

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

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

TRYKK: Merkur-Trykk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.legeforeningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

Redaksjonen avsluttet 17.9. 2013.
For sidefoto: VIDAR DONS LINDRUPSEN
Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekstrekklameplakaten.



Ettertrykk og elektronisk videre-
distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.

REDAKTØREN



PER HELGE MÅSEIDE

Nysgjerrighet kan ikke vedtas

«Å behandle syke mennesker kan ikke sammenlignes med å arbeide i en industribedrift.» Det skriver nestor i norsk onkologi, Sophie D. Fosså, i en anmeldelse av Per Fugellis siste bok; Journalen. Hun poengterer videre at kvalitets- og effektivitetsindikatorer er helt forskjellige ting.

Selv om også myndighetene erkjenner at såkalte kvalitetsindikator skal være et indirekte mål – og en pekepinn – på kvalitet, er det en rekke metodiske svakheter med dagens omfattende registrering av kvalitetsindikatorer. Dels kan indikatorene være irrelevante i forhold til hvordan det til slutt går med pasienten. Dels blir det ofte et mislykket forsøk på å fange kvalitative størrelser med kvantitative data.

«Flytter du høy kompetanse bort fra pasientene og erstatter den med systemer og rutiner som spesialistene bare settes til å overvåke, blir det kanskje økt produksjon, men kvalitet blir det altså ikke», skriver Psykologforeningens president, Tor Levin Hofgaard, i en kronikk. Samtidig peker overlegene Kristoffer Lassen og Jon Henrik Laake på et annet stort problem; såkalt «registreringstretthet».

«Vi må ta faget tilbake», heter det på mange hold i disse dager, ikke minst hos tilhengerne av Helsetjenesteaksjonen (HTA). Hva som konkret ligger i dette, er mer uklart. Derfor er Lassens initiativ om å utvikle sitt eget kvalitetsregister så prisverdig. Han har klart å vri fokuset vekk fra negative forhold, som det er det vanskelig å få gjort noe med i en håndvending, og i stedet fått kollegene med på å registrere noen få nøkkeldata som de selv mener er viktig for å kvalitetssikre sin egen praksis.

Hva som er medisinsens fundament er ikke

alltid en betongmur, men en tynn skorpe. For eksempel har vi i årevis behandlet bronkiolittbarn med adrenalin-inhalasjoner, selv om vi har visst at kunnskapsgrunnlaget for dette er tynt. Nå er praksisen undersøkt i en multisenterstudie, utgått fra Ullevål sykehus, publisert i The New England Journal of Medicine. Resultatet er at man like gjerne kan nøye seg med å inhalere saltvannet som adrenalin er utblandet i. Det er et godt eksempel på resultatet av god forskning – drevet fram av et ekte engasjement.

Den pågående borrelisedebatten har aktualisert politikernes rolle når det gjelder å oppmuntre til medisinsk forskning på lidelser og problemstillinger som de selv er svært opptatt av. At kunnskapsgrunnlaget kan være mangelfullt er likevel ikke et argument for å designe forskningsprosjekter eller utvikle kvalitetsindikatorer fra Stortingets talerstol.

Det er lite hensiktsmessig dersom Stortinget vedtar bedre rammebetingelser hvis dette ledsages av forventninger om at fagfolk skal gå langs godt skiltede blindveier. Derfor må vi tørre å være tydelige på hva vi tror er god kvalitetsregistrering og forskning, og hva som ikke er det. Å si nei til å kaste bort samfunnets ressurser og verdifull tid, selv om påtrykket fra opinionen og politikere er sterkt, er ikke nødvendigvis et uttrykk for arroganse, men akademisk redelighet.

Faglig nysgjerrighet kan ikke vedtas i Stortinget – men Stortinget kan legge til rette for at den kan stimuleres. Å be leger samle inn unyttige prosessdata og drive politisk motivert forskning er kanskje nyttig for å holde hjulene i helsebyråkratiet i gang. Men det gjør antakelig ikke pasientene friskere.

En riktig avgjørelse

Til tross for et voldsomt press, og anklager om dødsbistand, står Helsetilsynets direktør Jan Fredrik Andresen fast på avgjørelsen om å frata legen Rolf Luneng lisensen (se s.16). I praksis hadde ikke Helsetilsynet noe valg: Å akseptere at en lege ikke endrer praksis etter en advarsel ville være å redusere tilsynets vedtak til meningsyttringer. Dessuten fikk mange pasienter for dårlig oppfølging, og bruken av bredspektrede antibiotika og malariamedisiner

var særdeles tynt fundert. Selv om mange hevder at de er blitt bedre av behandlingen har Norsk borreliesenter forsømt seg hva angår å forsøke å dokumentere resultatene av praksisen slik at den kunne ettergås av andre klinikere og forskere, slik Journalen etterlyste i nr. 1/2013. Mange leger har også sendt inn bekymringsmeldinger etter å ha behandlet senterets pasienter. Derfor var det nødvendig å inntra Lunengs legelicens.

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

«Media, myndigheter, eiere og pasienter vil ha klare, korte svar på vanskelige spørsmål og da bærer det av og til galt av sted»

KRISTOFFER LASSEN



Til kamp mot meningsløse kvalitetsregistre

Gastrokirurg og selverklært «registerjunkie», Kristoffer Lassen ved Universitetet i Tromsø, var lei av tidkrevende og meningsløse kvalitetsregistre. I stedet for å klage, samlet han et knippe kolleger og lagde like gjerne sitt eget. Nå, etter tre års iherdig arbeid er resultatet klart: «Norges mest sexy register – lite, lekkert og elegant», i følge ham selv.

KRISTIN MACK-BORANDER

– Jeg fattet interesse for kvalitetsmåling etter å ha kjent på kroppen hvordan mye av kvalitetssikringen ikke fungerte etter hensikten. Dessuten så jeg registrerings-trettheten som rådet i miljøet. Dette fikk meg til å samle gastrokirurger fra alle de norske universitetssykehusene til en arbeidsgruppe. Målet var å lage en kvalitetsregistrering som var både medisinsk meningsfull og praktisk gjennomførbar. Vi ville rett og slett vekke til live igjen entusiasmen for å registrere!

– Hvordan gikk dere fram?

– Det første spørsmålet som krevde avklaring var: Hva er egentlig kvalitet? Dette gav oss en lang liste med punkter. Så startet prosessen med å koke disse punktene ned til et stadig færre antall. Etter hvert hadde vi et tyvetalls kvalitetsindikatorer som alle var gode. Noen av dem var imidlertid tilnærmet umulig å måle, dermed var det til å kutte mer. Til slutt satt vi igjen med i underkant av ti kvalitetsvariabler som vi mente var både praktisk målbare og klinisk verdifulle.

– Kill your darlings, altså?

– Nettopp! For oss var det viktigere å få hundre prosent besvarelse på noen få, men meningsfulle variabler, enn seksti prosent svar på et stort antall kvalitetsvariabler. Vi er ikke motstandere av å registrere, men vi er opptatt av at det registreres riktig. Det er ikke mangel på kvalitetsregistre i Norge, problemet er at de ofte ikke måler det fagfolk mener er kvalitet. I en travelt jobbhverdag blir det fort til at leger tenker at dette gidder de ikke fordi utfyllingen oppleves meningsløs. Dermed får man store hull i statistikken, i tillegg medfører det masse byråkrati. Krefregisteret for eksempel,

må drive enormt mye purringer. Det ligger bunkevis av skjemaer fra Krefregisteret på gastrokirurgiske avdelinger rundt om i landet som skulle vært sendt.

– Kan slik kvalitetssikring på avveie i verste fall bidra til å kamuffere kvalitetssvikt?

– Det vet jeg ikke, men mange kvalitetsindikatorer slik de er nå, er i alle fall ikke sensitive nok. Ventetid på operasjoner og antall korridorpatienter gjør seg godt på et skrivebord eller en avisforside, men dette er indikatorer som måler kvaliteten på prosess og ikke på selve behandlingen. En operasjon kan være utført like godt uavhengig av om pasienten ligger i korridoren eller på et rom. Man måler forskjellige kvaliteter, men vi har ikke kapasitet til å måle alt. Vi må være kresne med hvordan vi bruker tiden vår.

– Så helsemyndighetene har et validitetsproblem – de måler ikke det de sier at de måler?

– Korrekt. Eller om du vil: De måler kvalitet slik de har definert den; det er ikke åpenbart at alle andre aktører er enige i den kvalitetsvariabelen som er valgt.

– Ulike kvalitetssikringssystemer er også blitt kritisert for å fokusere for mye på kvantitet og for lite kvalitet? Den enkelte lege opplever vel kanskje at kvaliteten på behandlingen først og fremst speiles i møte med den enkelte pasient?

– Ja, det stemmer. En viktig utfordring er derfor å gjøre det kvalitative kvantifiserbart i den grad det er mulig.

– I England har man nå lagt ut lister over samtlige karkirurger med fullt navn, antall operasjoner de har foretatt og hvor mange ▶

FOTO: VIDAR DONS LINDRUPSEN

«For oss var det viktigere å få hundre prosent besvarelse på noen få, men meningsfulle variabler, enn seksti prosent svar på et stort antall kvalitetsvariabler»

KRISTOFFER LASSEN

pasienter som døde. Hva synes du om det?
 – Jeg tror vi gradvis er på vei i samme retning i Norge. Nylig ble det for eksempel offentliggjort registerdata som viser hvilke resultater de ulike avdelinger ved norske sykehus har på operasjon av colon- og rektumcancer. Selv mener jeg at en slik utvikling er et gode, så sant ett viktig premiss er oppfylt – nemlig at fagmiljøene selv får definere hva som er kvalitet. I tillegg er det fagfolk som skal eie tallene og kontrollere bruken av dem. For eksempel må man ta hensyn til sammensetningen av pasientgruppen og hvorvidt pasientene er sammenliknbare. La oss si at mine operasjonsresultater viser at jeg har høyere dødelighetstall enn mine kolleger. Hvis dette skyldes at jeg opererer risikopasienter som ingen andre vil ta, ja da må det komme frem i registeret.

– Men da faller vel helsemyndighetene av lasset, de vil ha enkle svar?
 – Ja, media, myndigheter, eiere og pasienter vil ha klare, korte svar på vanskelige spørsmål og da bærer det av og til galt av sted. Ofte er såkalt kvalitet først og fremst noe som er lett å måle – ikke nødvendigvis noe som er viktig å måle for å bedre pasientbehandlingen. Kronksempelen er epikrisetid hvor antall dager etter utskrivelse defineres som en kvalitetsindikator, mens innholdet strengt tatt kan være hva som helst.

Nasjonalt folkehelseinstitutt takket nei til en forespørsel om å kommentere de forholdene som Lassen tar opp.



FOTO: VIDAR DONS LINDRUPSEN

– Stanses av lovverket

Et strengt lovverk hindrer forsøk på god kvalitetsregistrering, sier overlege Jon Henrik Laake ved Akuttklinikken, OUS, Rikshospitalet.

– I mitt fag, intensivmedisin, er problemet ikke for mye måling, men tvert i mot for lite. Vi skulle gjerne målt mye mer. Det råder nok en viss registreringstretthet blant kollegene,

men det har å gjøre med et spinkelt datagrunnlag. Fagfolk føler at det de måler medfører grove kategoriseringer slik at bildet vi sitter igjen med blir for unyansert. Andre land, som for eks-

empel Finland og Storbritannia registrerer mer fra hver enkelt pasient, og får større utbytte av sine registre, sier han.

Kjempeproblem. – Jeg satt i mange år i styringsgruppen i Norsk Intensivregister. Det å få etablert et kvalitetsregister som utgikk fra fagmiljøet var enormt tidkrevende. Vi måtte forholde oss til et lovverk som er nokså firkantet. Pasientene i intensivavdelinger er gjerne så syke at de ikke kan snakke. Men Data-tilsynet og Helsedirektoratet forholder seg til et lovverk som gjør det vanskelig å innhente opplysninger uten pasientens samtykke. Dette utgjorde et kjempeproblem og førte til at prosessen tok svært lang tid, noe som også er tilfelle dersom man skulle ønske å utvide registeret. Dette ble aktualisert i 2009 under svineinfluenza-epidemien. Vi ante ikke hvordan epidemien ville komme til å arte seg og ønsket å sikre oss data. Den tekniske løsningen var ferdig til bruk. Direktoratet og Helse- og omsorgsdepartementet satte imidlertid foten ned og vi fikk en dårligere løsning.

– Sett fra mitt ståsted, er hovedproblemet et lovverk som gjør at forsøk på etablering av god kvalitetsregistrering oppleves som en evig ørkenvandring.



«Sett fra mitt ståsted, er hovedproblemet et lovverk som gjør at forsøk på etablering av god kvalitetsregistrering oppleves som en evig ørkenvandring»

JON HENRIK LAAKE

Her står det en annonse i papirutgaven.

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

Her står det en annonse i papirutgaven.

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

KRONIKK

Mennesket er ingen Toyota

Ideen om sykehuset som en bilfabrikk står i veien for nye og bedre måter å måle kvalitet på, mener kronikkforfatteren.

Mange opplever fortsatt at det ikke finnes noen som har totalansvaret for behandlingen deres: Vi har en «profesjonell kultur der tingliggjøring av pasienten er satt i et konsekvent system», har professor i sosialmedisin, Per Fugelli, sagt om hverdagen på norske sykehus. Dette er sterke ord. Men for mange er det gjenkjennelig. Blir vi innlagt for lengere tid for fysiske helseplager eller sykdommer i dag er hverdagen full av spesialister som er innom. Men vi er mennesker – ikke maskindeler. Vi er helheter – ikke biter. Når vi opplever at helheten ikke tas hensyn til eller ivaretas – er det da kvalitet?

At virkeligheten er blitt slik bør ikke overraske noen. Vi har silodelte sykehus – både faglig, praktisk og økonomisk. Som pasienter sendes vi frem og tilbake mellom ulike avdelinger, eller nye spesialister dukker opp ved sengen, som stort sett ikke har annen kunnskap om oss enn den del av kroppen han eller hun er spesialist på. Hvem vi er, fremstår ikke som viktig. Det viktige er «hva vi er»; en galleblæreinfeksjon, en utblokkning, et brokk. Dette forsterkes ved at hver avdeling har sine budsjetter, og at tiden fra vi kommer til sykehus til vi ligger på operasjonsbordet skal være kortest mulig. Så legenes møte med oss er begrenset til knapt å si «hei» før narkosen kicker inn. Om vi blir friske, vet ofte ikke legen heller noe om. For det blir vi antagelig på en annen avdeling – eller hjemme.

Dette avspeiles også i kvalitetsindikatortsystemet. Det skal ifølge myndighetene være «et indirekte mål – en pekepinn på kvalitet». Men fordi resultatet av det som skjer først kan ses lenge etter vi har svingt ut av døren på den spesifikke avdelingen er det man kan måle gjerne noe som sier lite om opplevd kvalitet. Indikatorer er alle kvantitative, og i hovedsak kan de genereres fra søk i journalsystemer. Dette gjelder ikke bare i somatikken, men også i psykisk helse.



TOR LEVIN HOFGAARD
president i Norsk psykologforening

«Når vi opplever at helheten ikke tas hensyn til eller ivaretas – er det da kvalitet?»

La oss si at en ung gutt er gitt raskt tilbud om time på en poliklinikk i psykisk helsevern, diagnosen er stilt raskt, og epikrisen sendt til fastlegen samme dag som tilbudet ble avsluttet. Hva vet vi om denne ungdommen etter dette? Er han mindre deprimert? Kom han i gang med skolen igjen? Fikk oppfølgende instans tilstrekkelig informasjon? Og, under selve behandlingsforløpet, fikk gutten møte en spesialist som ble en aktiv del av behandlingen? Var den igangsatte behandlingen basert på forskning, god klinisk ekspertise og guttens egne perspektiver, som resulterte i god subjektiv tilpasning av tiltak som nådde et omforent mål? Opplevde gutten å bli lyttet til og møtt på en god måte? Ble dette sjekket ut underveis? Styrket behandlingen hans autonomi og fikk han selv en forståelse for sine psykiske reaksjoner, slik at han er mer robust senere? Dagens kvalitetsindikatortsystem kan ikke besvare noen av disse spørsmålene.

Hva sier så forskningen om denne måten å drive kvalitetssikring på i sykehus? Et eksempel kan vi ta fra USA. I 1999 avdekket The Institute of Medicine i USA at det blir gjort mange feil ved amerikanske sykehus. Bare det å bli innlagt er faktisk ansett som farlig. Dette førte til en rekke endringer i kvalitetssikringen ved sykehusene: sjekklister, strømlinjeformet inntak, behandlings- og utskrivingsprosedyrer. Bilselskapet Toyotas såkalte LEAN-filosofi, der man søker å fjerne alle prosedyrer som ikke fører nærmere et bestemt mål, ble normen og det nye idealet.

Hvordan gikk så dette? Evalueringene viste at pasientene ikke fikk det bedre. Det bør ikke overraske noen. Biler har lite til felles med mennesker, og helsearbeidere er ikke mekanikere på et samleband. Flytter du høy kompetanse bort fra pasientene og erstatter den med systemer og rutiner som spesialistene bare settes til å overvåke, blir det kanskje økt produksjon, men kvalitet blir det altså ikke.

Det er åpenbart at man må ha kvalitetssikringssystemer. Men troen på at man kan regulere seg til kvalitet ved hjelp av rapportering på kvantitative data på denne måten, og ideen om sykehus som produksjonsenheter, som Toyota, henger igjen og forhindrer at vi får på plass noe som er bedre. Det vi trenger er politiske og faglige ledere som våger å tenke nytt, og faktisk ta ledelse. De må da slutte å beundre den kaldt effektive industriens masseproduksjon.

Fremtidens brukerorienterte helse-tjeneste må handle om skreddersøm nær pasientene, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Rapporteringer som skal gjenspeile kvalitet i tjenestene må være lokalt forankret med systematiske tilbakemeldinger «helt ned» og de må være av større nytteverdi enn dagens indikatorsystem, og særlig ha fokus på brukertilfredshet og effektmål.

VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

Kronikker skal være på 4500 tegn med mellomrom og leveres med portrett av kronikkforfatteren. Kommentar/leserinnelegg skal være på 2500 tegn. Ta kontakt med redaktøren (se kolofon s. 3). Kronikker som kommer på trykk honoreres med en boksjekk.

Styret

LEDER
Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekantor
svein.aarseth@legeforeningen.no

NESTLEDER
Kristin Hovland, Namf 23 19 51 00
Statens arbeidsmiljøinstitutt
kristin.hovland@stami.no

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

Pernille Bruusgaard 22 84 46 60
Senter for medisinsk etikk
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 58 44 99
Nydaleen legesenter
bsletvold@gmail.com

Marit Kamøy, LSA 02180
Bydel Ullern
marit.kamoy@bun.oslo.kommune.no

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

Even Holt, PSL 22 02 68 10
KAL-klinikken AS
eveho@online.no

Ruth Foseide Flensing, Yif 22 89 40 0
ass. lege ved Medisinsk klinikk OUS Aker
rutfle@ous-hf.no

Espen Saxhaug 22 85 50 50
Kristoffersen, LVS
stipendiat, UiO Avdeling fra allmennmedisin
Epost: e.s.kristoffersen@medisin.uio.no

SEKRETARIAT
Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.brøter@legeforeningen.no

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

KURSKOMITÉ
Reidar Johansen 22 95 55 90
leder
Majorstukrysset legegruppe
reidar@doctor.com

LEGE FOR LEGE-ORDNINGEN
Ellen Scheel 22 51 11 00
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Gro Bjartveit 22106210
Frysja legekantor
grobjar@gmail.com

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

LEDEREN

Helseregister-makten
bør ligge i Stortinget

I disse dager er forslag til to nye lover ute på høring: Pasientjournalloven og Helseregisterloven. Noe nytt er at det åpnes for overføring av journalopplysninger mellom virksomheter og nivåer. Intensjonen er selvfølgelig at nødvendig informasjon skal være tilgjengelig der det trengs.

Samtidig piloterer kjernejournal. Både kjernejournal, Samhandlingsreformen og bedret elektronisk informasjon vil øke informasjonsspredningen og muligheten til å hente inn informasjon. I Oslo har alle bydelers pleie- og omsorgstjeneste og kommunale sykehjem et felles journalsystem – Geric. Det er selvfølgelig praktisk, men adgangskontrollen til journalopplysninger og opplæring av medarbeidere blir svært viktig. Innbyggerne må være trygge på at sensitiv informasjon om både dem selv – men også tredjeperson – ikke kommer på avveier.

«Men, jeg er likevel skeptisk til forslaget om at departementet, og ikke Stortinget, kan få muligheten til å opprette personidentifiserbare registre»

Når informasjon deles, er det viktig at det er klare kriterier på hvem som skal kunne motta informasjonen og få tilgang til den. I dag har leger i utdanning, som tar imot pasienter, ikke lov til å følge med i (og lære av) pasientforløp. Likevel mener departementet at ansatte ved et sykehjem kan ha interesse av tilbakemelding vedrørende beboere som har vært sykehusinnlagt og således ha tilgang til informasjon. Behovet for journaltilgang i læringsøyemed må avklares og eventuelle retningslinjer lages.

Det er opprettet mange helseregistre. Vårt første kom i 1856 – lepraregisteret. IPLOS-registeret, som omhandler data fra kommunene om pasientens behov for omsorgstjenester, er et eksempel på et pseudonymt register der omfattende informasjon samles inn uten at det er nødvendig med samtykke. I lovforslaget legges det opp til at personidentifiserbare registre skal kunne opprettes ved forskrift, ikke som nå etter vedtak i Stortinget. Det er de senere årene

flere eksempler på registre som ikke har vært i tråd med gjeldende lovgivning, manglende samtykkeinnhentning og innhentning av data i strid med Bioteknologiloven. Det er fortsatt viktig at opprettelse av registre skjer i betryggende former, og åpne prosesser er viktig. Derfor bør ikke Stortinget gi fra seg den myndigheten.

Helseregistre må for det første kun brukes til sitt tiltenkte formål. Dette er av avgjørende betydning for tillit til helsepersonells taushetsplikt. I Anna Lindh-saken i Sverige fikk politiet tilgang til DNA fra et helseregister. Det finnes nok de som vil hevde at politiet bør ha tilgang til slik informasjon i forbindelse med etterforskning av alvorlige straffesaker, men taushetsplikten må gå foran med mindre vi i lov gis en opplysningsplikt.

Å kople registre kan gi nyttig informasjon, og det kommer mange interessante forskningsresultater som følge av slik registersammenstilling. Men, jeg er likevel skeptisk til forslaget om at departementet, og ikke Stortinget, kan få muligheten til å opprette personidentifiserbare registre, slik særlig Folkehelseinstituttet ønsker. Det er Folkehelseinstituttet som i dag er ansvarlig for de fleste store nasjonale helseregistre. Det må være mulig å kunne sammenstille nødvendig informasjon også fra pseudonyme registre.

Kvalitetsregistre vil sikkert få økende betydning for å vurdere og sammenlikne behandlingsformer og institusjoner. Registerne er hjemlet i Helseregisterloven. Nasjonale registre vil kunne gi viktig kunnskap, gitt at registrert informasjon er av høy kvalitet. Også her er selvfølgelig kravene til taushetsplikt og adgangskontroll avgjørende.

Jeg ville også sette pris på å få vite hvor jeg er registrert, hvorfor jeg er registrert, om informasjonen er korrekt og ha en mulighet til å få rettet feilaktig informasjon. Jeg vil kunne se «mappa» mi.



Svein Aarseth
SVEIN AARSETH

STYRET

I denne og neste utgave blir medlemmene av styret i Oslo legeforening presentert.

Svein Aarseth
F. 1950. Spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin. Arbeider ved Frysja legekantor som fastlege. Gjenvallt leder i Oslo legeforening



Pernille Bruusgaard
er doktorgradstipendiat ved Senter for medisinsk etikk UiO. Hun forsker på forberedende samtaler før livets slutt for pasienter i sykehjem, leder Norsk forening for sykehjemsmedisin og driver selskapet Sykehjemsoverlegen. Pernille Bruusgaard er representert som fritt valgt i Oslo legeforening.



Espen Saxhaug Kristoffersen, f. 1980. Forsker ved avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Styremedlem i forening for Leger i Vitenskapelige Stillinger.



Oslo legeforening
inviterer til

DEBATT-
MØTE

i Litteraturhuset,
sal Wergeland

mandag 14. oktober 2013
kl 19:30

TEMA:
Menneskerettigheter
for papirløse i Norge

DELTAKERE:
Kirkens Bymisjon, Røde Kors, NOAS,
JussBuss og Oslo legeforening

Møteleder: Lottelise Folge

GRATIS ADGANG

AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFORENING

Oktober

Mandag 14. Debattmøte i Litteraturhuset

Torsdag–fredag, 17.–18. Styre- og arbeidsmøte på Refnes Gods, Jeløya

Torsdag 17., 24. og 31. Klinisk emnekurs i geriatri (Ullevålkurset)

November

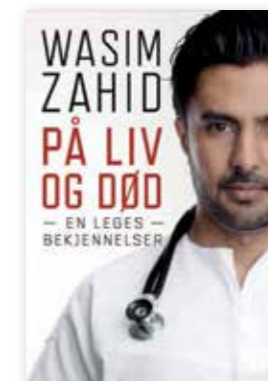
Onsdag 13. Tillitsvalgtkurs trinn I, på Kreftsenteret OUS Ullevål

Mandag 21. Styremøte i Legenes hus

Mandag 21. HMS-kurs på STAMI

Er Jonas Fjeld på vei tilbake?

Beretninger fra et legeliv var for en generasjon eller to siden et hyppig syn på bokmarkedet. Det var som regel selvbiografiske tilbakeblikk ved slutten av et langt yrkesliv. Ofte handlet det om en ensom kamp mot sykdom, naturkrefter og andre motstandere. Med fremveksten av et moderne helsevesen der legene ble en av mange helsearbeidere med regulert arbeidstid og avgrenset ansvar, ble beretningene færre.



Det kreves et sterkt selvbilde for å gjenopplive sjangeren, i særdeleshet når forfatteren bare er i begynnelsen av sin yrkeskarriere. Et slikt selvbilde har åpenbart Wasim Zahid (f. 1975), og han skal ikke klandres for det. Han representerer den nye multikulturelle og digitale legegenerasjonen med høy profil som helseopplyser og twitterlege.

WASIM ZAHID
PÅ LIV OG DØD
En leges bekjennelser

Kagge forlag, 2013
ISBN: 9788248913474
Veil. pris: Kr 349,00

Boken er, i følge forordet, et forsøk på «å beskrive hvordan det oppleves å være lege». Gjennom 18 kapitler presenterer Zahid opplevelser og refleksjoner knyttet til klinisk praksis. Utgangspunktet er møter med anonymiserte enkeltpasienter med et bredt spekter av problemer og diagnoser. Boken er lettest med et aktivt språk, korte setninger og engasjerende dialoger. Her er kloke tanker om dilemmaer knyttet til helseangst, alternativ behandling, pasientrettigheter og defensiv medisin, men historiekompetansen er det grunn til å utfordre. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo feirer 200 års-jubileum neste år, og det er ikke riktig at legeutdanningen på slutten av 1800-tallet kunne gjennomføres på ett år, og at det da ikke var mulig å skille leger fra kvakksalvere (s.17).

De mange heroiske episodene med resuscitering og dramatisk etterlater et inntrykk som minner om tidligere tiders omnipotente lege. «Å være dommer over liv og død er et ansvar og en byrde», skriver Zahid (s.61), og gjenoppliver langt på vei myten om den ensomme heltens rolle i legeromanene.

«Jeg er norsk lege, sa han enkelt, og mengden vekt til side.»

Kirurgen Jonas Fjeld, i Øvre Richter Frichs roman-serie «Dr. Jonas Fjeld»

Det er modig å utlevere sine egne suksesser og feiltrinn. Det er befriende å løfte debatten om legerollen bort fra budsjettprosesser og helseplaner og tilbake til akuttmottaket og sykesengen. Det er berettiget å etterlyse legenes deltakelse i samfunnsdebatten. Men det savnes en diskusjon av den kliniske frihets skyggesider, av behovet for kunnskapsbasert praksis og teamwork i en helsetjeneste som blir stadig mer komplisert og spesialisert. En romantisering av legerollen er et risikofylt prosjekt. Legeyrket er definitivt både spennende, givende og viktig. Vi må vokte oss for å gjøre det så enestående at vi forventer at «mengden viker til side» slik romanhelten og legen Jonas Fjeld gjorde i Øvre Richter Frichs (1872-1975) romaner.



MAGNE NYLENNA
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

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

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

Gjentagelser svekker interessen

Baksiden av «Journalens» omslag angir målet med boken: Å vise at kreft ikke bare er lidelse og tristhet, men kan ses som en til tider positiv fase i livet hvis pasienten og pårørende mestrer situasjonen, hjulpet av helsevesenet. Med rette peker Fugelli på at verdighet, mening og tilhørighet er nøkkelordene for å oppnå dette. Helsevesenets oppgaver er å nå dette målet ved å «ville den syke vel, å dele makt og å være ærlig».



PER FUGELLI
JOURNALEN

Universitetsforlaget, 2013
ISBN: 9788215022383
Veil. pris: 349,-

Fugelli gir inntrykk av at han ikke har opplevd helsevesenet på denne måten, selv om den vedlagte kopien av hans medisinske journal forteller noe annet: Der dokumenteres det optimal multimodal kreftbehandling, flere ganger diskutert blant erfarne kreftleger og utført i samarbeid med pasienten og hans ønsker, med en kirurg som fast sykehuslege i denne fasen. Denne behandlingen har gjort det mulig for Fugelli å fortsette med det han liker: Å være en del av en tre-generasjonsfamilie og å holde foredrag (134 i år 2011) som «handelsreisende om døden». Jeg savner en anerkjennelse av denne innsatsen fra helsevesenets side. Et viktig spørsmål forblir ubesvart i den «personlige journalen»: Hvor er Fugelli sin fastlege, som for de fleste kreft-

pasienter representerer en sentral koordinerende instans?

Med rette påpekes gamle sykehus som nedslitte og deprimerte, også for helsepersonellet som arbeider i slike lokaler hver dag. Det er også viktig å påpeke viktigheten av kontinuitet med én koordinerende sykehuslege. Her savner jeg en diskusjon hvorvidt en erfaren kreftsykepleier kan ha en slik funksjon, i hvert fall delvis.

En pasient med et komplisert og langvarig forløp av kreft må imidlertid akseptere å møte for-

«I denne forbindelse betviler jeg at Fugelli aldri har opplevd en konsultasjon som varte lengre enn seks minutter»

skjellige leger på et kreftsykehus som med sin ekspertise bidrar til et vellykket behandlingsresultat, selv om den direkte pasientkontakten mellom pasient og superspesialist mange ganger kan være kortvarig. I denne forbindelse betviler jeg at Fugelli aldri har opplevd en konsultasjon som varte lengre enn seks minutter (side 51). Basert på den medisinske journalen må jeg anta at flere konsultasjoner har vart lengre enn det. Fugelli eier sin medisinske journal og kan offentliggjøre denne som han vil. Allikevel spør jeg meg hva som er hensikten med å oppgi navn på legene som han har møtt eller som har vært involvert i hans sykdomstilfelle. Jeg antar at de legene det gjelder har blitt informert på forhånd og har samtykke til å bli nevnt.

Som rimelig er for en dagbok over tre år, inneholder den personlige journalen mange gjentagelser av Fugellis synspunkter og opplevelser. Disse gjentakelsene minker etter hvert leserens interesse. Tilslutt, Fugelli er en høyt profilert professor i medisin. Man

kan spørre hvorvidt hans erfaringer gjenspeiler opplevelsen til en «gjennomsnitts kreftpasient»?

Ovennevnte innvendinger til tross – «Journalen» minner oss helsearbeidere på at faglig kompetanse må kombineres med menneskelighet hvis behandlingen av alvorlig syke pasienter skal være vellykket. Den andre målgruppen er kanskje helseadministratører og politikere: Å behandle syke mennesker kan ikke sammenlignes med å arbeide i en industribedrift. Kvalitets- og effektivitetsindikatorer er forskjellige.

SOPHIE D. FOSSÅ er en prisbelønt norsk kreftforsker. Fra 2005 ledet hun Nasjonalt kompetansesenter for seneffekter etter kreft. Hun pensjonerte seg i 2011.



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

KRONIKK

– Karakterer bør ikke gjeninnføres

I disse dager tar Universitetet i Oslo stilling til hvorvidt de vil gjeninnføre karakterer eller ei på medisinstudiet.

Siden innføringen av læreplanen Oslo 96 har medisinstudentene nytt fordelene av å ikke ha bokstavkarakterer ved eksamener. Det medisinske fakultet har i stedet benyttet seg av bestått/ikke-bestått i evalueringen av medisinstudentene. Mye av årsaken til at en gikk bort fra karakterer den gangen var innføring av problembasert læring (PBL), hvilket krevde og krever samarbeid mellom studentene. En var redd for at karakterer ville ødelegge for et slikt samarbeid. Derfor innførte fakultetet bestått/ikke-bestått i læreplanen Oslo 96. Til gjengjeld hevet de grensen for å stå til eksamen til 65% av totalpoengsummen.

17 år har gått og en prosjektgruppe har lansert en ny læreplan på oppdrag fra fakultetet. Det ser ut som fakultetet vil benytte anledningen til å gjeninnføre karakterer. Et flertall av prosjektgruppen, som har lagt frem anbefalingene for Fakultetsstyret, ønsker å gjeninnføre karakterer. Et mindretall, bestående av studenter, ønsker ikke dette. Flertallets argumenter ser ut til å være at det har oppstått konkurranse mellom ferdigutdannede medisinstudenter, og at det derfor er en fordel om studentene i Oslo blir utrustet med karakterer i kampen om turnusstillinger.

Det lille kapittelet som handler om karakterer og evaluering i prosjektgruppens rapport, ser ut til å føre til flere spørsmål enn svar.

Spørsmål som det er legitimt å stille i karakterdebatten er:

- Har uteksaminerte kandidater fra Oslo blitt faglig svakere med årene?
- Er legene med utdanning fra Oslo mindre kompetente sammenlignet med leger som har fått karakterer?
- Vil en gjeninnføring av karakterer hjelpe i noen særlig grad for kandidater fra Oslo når de allikevel ikke kan bli sammenlignet med kandidater fra Tromsø eller Trondheim, som ikke har karakterer?



NAREESH SUGANDIRAN er medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Han har vært engasjert i studentpolitikk i tre år.

«Er legene med utdanning fra Oslo mindre kompetente sammenlignet med leger som har fått karakterer?»

- Er karakterer et nødvendig supplement eller et overflødig kriterium i mangfoldet av vurderingskriterier?

Det har ikke kommet mange signaler fra arbeidsgiverne om at kandidater fra Oslo er blitt faglig svakere med årene, eller at de er dårligere leger enn legene som har fått karakterer. Haukeland sykehus valgte å evneteste medisinstudenter som hadde søkt turnustilling som et ledd i utvelgesprosessen. Dette gjaldt også medisinstudenter fra Bergen, som hadde graderte karakterer: Hva skal man med karakterer hvis det allikevel ikke betyr noe i konkurransen mellom kandidater mellom studentbyene? Hva skal man med karakterer hvis en uansett må gå gjennom ydmykende evnetester?

Hittil er ikke karakterer brukt som vurderingskriterium av arbeidsgivere fordi ikke alle ferdigutdannede kandidater har fått karakterer. Dermed er en sammenligning basert på karakterer vanskelig. Selv om det skulle blitt innført bokstavkarakterer ved alle de medisinske fakultetene i Norge, så ville det ikke gjort noen forskjell. En av grunnene til dette er at karakteren C i Bergen ikke tilsvarer en C i Oslo. Dessuten er det noe vanskeligere å sammenligne mindre, men flere fageksamener i Bergen, med større og integrerte eksamener i Oslo og Trondheim. Derfor er heller ikke sammenligningsargumentet gyldig for en gjeninnføring av karakterer i Oslo.

Tromsø har allerede innført en ny studieplan, og her innførte de ikke bokstavkarakterer. NTNU har også uttrykt at karakterer ikke er aktuelt i Trondheim. Om Oslo skulle gjeninnført karakterer, ville medisinstudentene i Oslo og Bergen være alene om å ha karakterer. Karakterene vil med stor sannsynlighet ikke bli brukt av arbeidsgiver i en eventuell silingsprosess, da studentene fra de to øvrige utdanningsinstitusjonene ikke har karakterer.

Ovennevnte forhold fører til at korthuset som programkomiteen har presentert i karakterdebatten faller sammen, og dermed gjenstår det ingen argumenter for å forsvare gjeninnføring av karakterer.

Hvis en derimot ser på ulempene, så kan en evt. gjeninnføring av karakterer føre til mindre samarbeid mellom fremtidige leger. Dette er noe ikke samfunnet er tjent med.

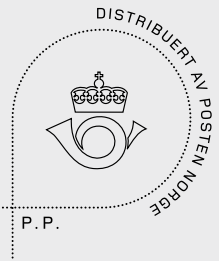
Argumentene for å innføre karakterer holder dessverre ikke mål. Det er gode grunner for ikke å gjeninnføre graderte karakterer, blant annet hensynet til samarbeid. I tillegg viser det seg at et stort flertall av studentene ikke ønsker det. Derfor vil det være lite lurt av Det medisinske fakultet å ikke lytte til studentene i karakterspørsmålet.

VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

Kronikker skal være på 4500 tegn med mellomrom og leveres med portrett av kronikkforfatteren. Kommentar/leserinnelegg skal være på 2500 tegn. Ta kontakt med redaktøren (se kolofon s. 3). Kronikker som kommer på trykk honoreres med en boksjekk.

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

B-Economique
NORGE



I FORBIFARTEN | JAN FREDRIK ANDRESEN

«Folkeskikk er tross alt gratis!»

Jan Fredrik Andresen, direktør i Statens helsetilsyn, har blitt beskyldt for passiv dødshjelp av pasienter ved Norsk Borreliosesenter (NBS) etter at Helsetilsynet fratok Rolf Luneng autorisasjonen. Han mener vi må tåle kraftige virkemidler i den offentlige debatten.

– Såpass må vi tåle. Det er jo flott at folk kommer med sine synspunkter, og så er det direktørens oppgave å ta imot den kritikken som kommer.

Jan Fredrik Andresen tiltrådte som direktør i Statens helsetilsyn i november i fjor, og har i vår og sommer vært sentral i diskusjonen rundt NBS. Det toppet seg da flere titalls personer som mener de lider av kronisk borreliose, med Lars Monsen i spissen, møtte opp i Helsetilsynets lokaler med hvite kors og bannere 6. september. Men til tross for de sterke virkemidlene, lar han seg ikke rokke ved avgjørelsen.

– Med det kunnskapsgrunnlaget vi har i dag, fant vi store avvik i praksisen til NBS. Diagnostikk, utredning og oppfølging ble blant annet gjort over telefon, uten at pasienten ble fysisk undersøkt. Dette er ikke er forenlig med god helsehjelp, mener vi. Dessuten har vi den utstrakte foreskrivningen av langvarig bruk av antibiotika og malariamedisiner, som avviker svært mye fra de gjeldende retningslinjene. Derfor er jeg helt trygg på at vi har gjort det riktige i denne saken.

Andresen mener helsevesenet ofte svikter i møtet med pasienter med diffuse og atypiske symptomer. Selv er han psykiater, og synes det er spennende å nøste i de ofte komplekse historiene pasienten har i sanne tilfeller, og der mange ikke er møtt med tilstrekkelig respekt og forståelse av helsevesenet. Beretningene fra pasientene ved NBS er trist lesing, i følge Andresen.

– De er ofte møtt av leger som oppleves arrogante, avvist og mistrodd. Det er klare paralleller til tilfellene med el-overfølsomhet,

JAN FREDRIK ANDRESEN

- ▶ Utdannet ved Universitetet i Oslo i 1989
- ▶ Spesialist i psykiatri fra 2006
- ▶ Mastergrad i helseadministrasjon ved UiO fra 2007
- ▶ Avdelingssjef og leder for Voksenpsykiatrisk avdeling, Vinderen, (Diakonhjemmet sykehus) til 2012
- ▶ Direktør i Statens helsetilsyn fra november 2012.



FOTO: BERIT ROALD

som var utbredt på 90-tallet, sier han, og mener helsevesenet må bli bedre til å ivareta denne pasientgruppen:

– Folkeskikk er tross alt gratis, sier han.

– Erna Solberg og andre borgerlige politikere har tidligere uttalt seg kritisk om helsevesenets tilbud til borreliapasienter. Vil det forestående regjeringsskiftet påvirke jobben din?

– Nei, det tror jeg ikke. Det er politikerne som bestemmer over organiseringen av helseforvaltningen, men vi har ikke fått signaler om at en borgerlig regjering ønsker å endre på den nåværende strukturen til Helsetilsynet.

Han mener likevel ikke norske leger har grunn til å frykte konsekvensene av at Helsetilsynet kommer på tilsynsbesøk, selv om han forstår at enkelte synes det kan være litt ubehagelig å få dem på døra.

– Det er noen som sier at det føles som å

gå opp til eksamen. Helsepersonell er stolte over jobben de gjør, og mange føler nok på en usikkerhet når vi kommer på besøk. Men det er viktig å huske på at vi har det samme målet, nemlig å sikre gode og trygge helse-tjenester. Tilbakemeldingene vi får viser at de fleste i ettertid synes at tilsynet var nyttig.

Styrke barnevern og varsling. Jan Fredrik Andresen sier det er tre saker de vil jobbe spesielt med i høst: Utvikle bedre tilsynsmetodikk for tilsyn som er basert på varsler fra spesialisthelsetjenesten, økt brukermedvirkning ved tilsyn, og tilsyn med barnevern.

– Tilsyn av barnevernet ble lagt inn under oss for et par år siden, og vi har fortsatt en viktig jobb med å sikre et forsvarlig barnevern. Når det gjelder økt brukermedvirkning i alle typer tilsynssaker, så er det særlig de sakene som ikke går på direkte pasientrelaterte saker som er utfordrende. Vi ønsker i større grad at pasienter og pårørende skal få komme til ordet i alle tilsynssaker, men vi har en vei å gå når det gjelder de praktiske løsningene rundt dette.

Han er stolt av å bidra til samfunnsutviklingen, og være med å sette premissene for standarden i helsevesenet. Tillit til helsetjenestene er helt avgjørende. Helsetilsynet er dessuten en god arbeidsplass med stor stabilitet.

– Jeg begynte første gang i Helsetilsynet i 1992, og fortsatt er det mange av de samme folkene som jobber her. Vi er dessuten en relativt liten organisasjon, med 110 ansatte, som gjør at man blir godt kjent med folk.

ALAK LIMA BRAUT