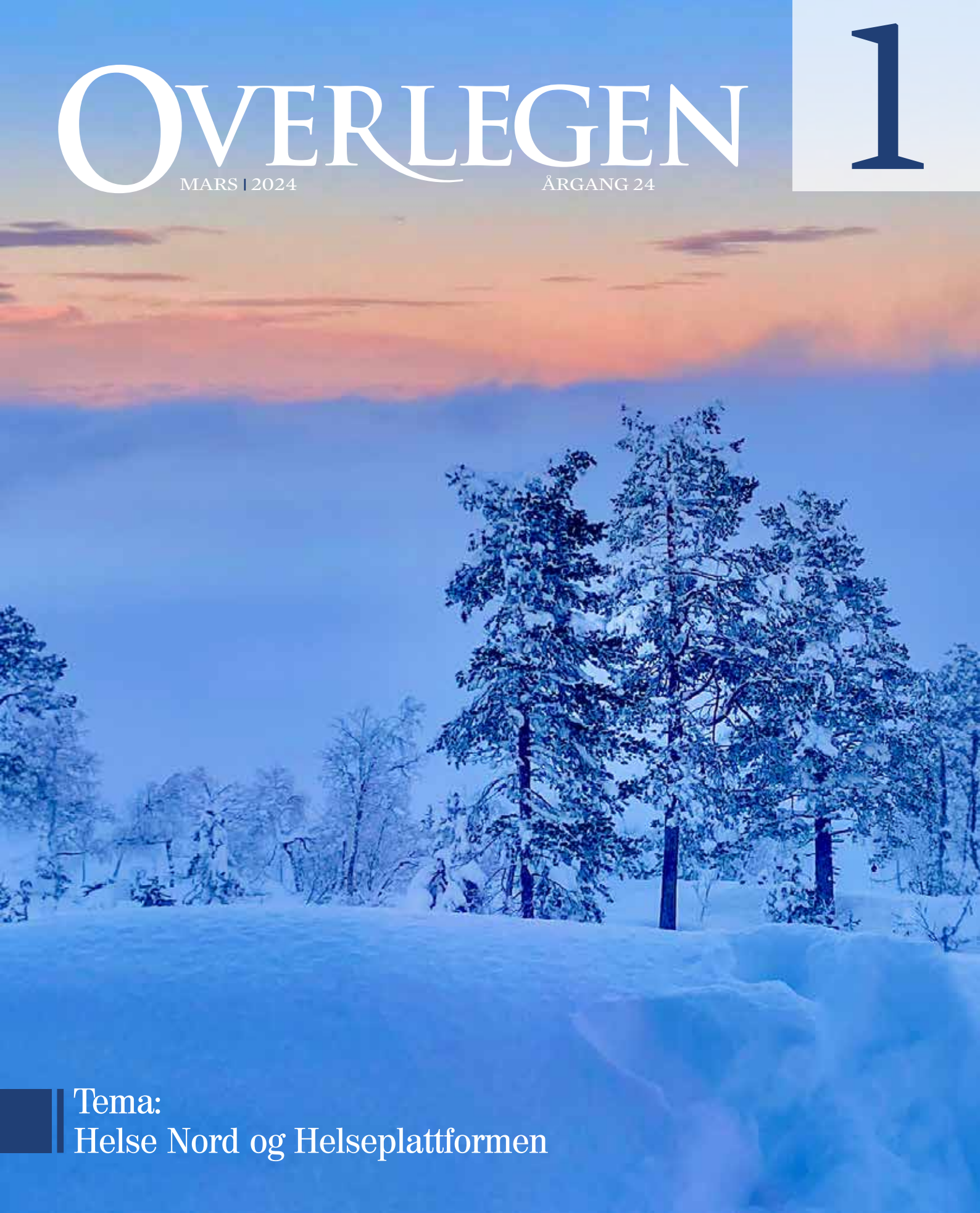


# OVERLEGEN

MARS | 2024

ÅRGANG 24

# 1



Tema:  
Helse Nord og Helseplattformen



14



18



27



32

- 3 Redaktør – Kjære kolleger
- 4 Så enkelt, så vanskelig
- 6 Sykehustalen - Lyspunkter i en krevende situasjon
- 8 Sykehusene våre rakner i sømmene
- 9 Spesialisthelsetjenesten trenger 110 milliarder
- 10 Sykehusministerens doble oppdrag
- 12 Leger må kunne jobbe og leve - i Norge og Europa
- 14 Bekymringsfull situasjon ved SUS
- 16 Legeforeningen saksøker staten
- 18 Hva nå, Helse Nord?
- 20 David mot Goliat
- 21 Helseplattformen i Akademisk forum, UIO
- 22 En superbrukers erfaringer med Helseplattformen
- 23 Haukugla
- 24 Helseplattformen – hvorfor ble det så vanskelig
- 26 Helseplattformen svarer
- 27 Trening som medisin
- 30 Kan du ikke bare spise da?
- 32 Omsorgens pris - og behovet for frihet
- 34 «Tekstlikhet» er tyveri!
- 36 Lederforum: Ledelsesfilosofi ved lungeavdelingen
- 38 Ny Høyesterettsdom om varsling
- 42 Når legen er under etterforskning
- 46 Pasientskadeerstatningen skal evalueres
- 48 Behov for breddekompetanse i sykehusene
- 50 En helmax spesialitet
- 52 Overlegeforeningens vårkurs i Oslo

**Frist for innlegg til neste utgave 07.05.2024**



Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

**Utgiver:**

Norsk overlegeforening  
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo  
Telefon 23 10 90 00 /  
Fax 23 10 91 50  
of@legeforeningen.no  
www.legeforeningen.no/of

**Redaktør:**

Arild Egge  
E-post: arild.egge@ous-hf.no

**Redaksjonskomité:**

Ståle Clementsen,  
Christian Grimsgaard  
og Tor Martin Nilsen

**Annonser:**

Media-Aa Marketing  
Postboks 240, 1401 Ski  
T: 64 87 67 90/ 900 43 282  
arne@aamedia.no

**Forsidebilde:**

Lys og tåke, Tossevikseter  
Foto: Nora Myhre Refsum

**Opplag:**

13.200 eks.

ISSN 2535-8006 (online)

ISSN 1503-2663 (trykt utg.)

**Grafisk produksjon:**

Merkur Grafisk AS  
Postboks 25, Kalbakken, 0901 Oslo



Merkur Grafisk er  
godkjent som  
svanemerket bedrift.

Trykksak  
2041 0672



Bladet foreligger i nettgave på foreningens nettside  
der alle lenker er direkte tilgjengelige

<https://overlegen.digital/>



Copyright - Gjengivelse av innhold er kun tillatt  
med skriftlig tillatelse fra forfatter(e) og redaksjon



## Kjære kolleger



**B**egrepet TILLIT er blitt et tema i mange sammenhenger de siste årene – for oss i helsevesenet kanskje først og fremst i form av «noe vi føler vi har mistet». New Public Management – mindsett, handler først og fremst om målsettinger og kontroll av mål-oppnåelse – våre ferdigheter og yrkes-utøvelse må inn på en eller annen skala. Surrogatmål kjennes ikke greit å bli vurdert på. Det er sterkt og økende søkelys på det medicolegale – vårt forhold til pasienter blir stadig mer «jussifisert». Siden vi også står personlig ansvarlig etter Helsepersonelloven, står vi også mer alene i en situasjon med uheldig utfall. Arbeidsgiver er svært fokusert på budsjett, og så godt som overalt i landet presser den trange foretaksøkonomien driften og personellet.

Tillitsreformen – venter vi på, i mange samfunnssektorer. Etterlengtet - var dette et av de viktigste temaene i valgkampen før siste stortingsvalg. Det er så langt ingen spor av endring etter at ny Regjering overtok – i vår hverdag – og jeg vil tro heller ikke lærere eller politisektor kan være mer positive.

Uten nye signaler ovenfra, er det ikke å vente annet enn at vi er på vei stadig lenger vekk fra det tillitsbaserte samfunnet, og i *det* det tillitsbaserte arbeidslivet. Det blir først og fremst viktig å ha fulgt retningslinjene for den ansatte – og å etablere kontroll-systemer for ledelsen.

Det fører til at default er «kontroll» - som i automatisert overvåking av journaloppslag; dette skaper ikke gode arbeidsforhold – innenfor hvilke man ønsker å utøve sitt yrke! Det er allerede en realitet. Dette skaper *fronter* på en arbeidsplass. Tidligere hadde vi en personal- avdeling; det heter nå HR og er på alle måter trukket opp i sentral ledelse: I slutten av februar hadde man behov for å rydde i systemet sitt ved AHUS – med en rent administrativ endring av mange spesialsykepleieres tittel til følge. Beklagelig følgefeil kalte man det – klønete var det! En *personal-avdeling* ville ikke snublet på den måten.

Endringsprosesser skaper ofte konflikt – ofte fordi ledelse og ansatte ikke er enige om et felles mål; det klassiske er nye sykehusbygg. Bortsett fra lokaliseringsspørsmål, er størrelse et uenighets-tema og de fysiske arbeidsforholdene for de ansatte stridsspørsmål. Det bygges for smått – og det må kjempes utmattende kamper om kontor plass, garderobe og undersøkelsesrom! Som ansatt opplevs dette som at arbeidsgiver ikke forstår den virksomheten de styrer, og omvendt synes ledelsen at de ansatte er vanskelige med sine mange krav. Dette tærer i lengden på tilliten.

Prosessen rundt Helseplattformen har demonstrert hvordan tilliten mellom ansatt og ledelse har blitt utfordret og blitt svært skadelidende. Et stort prosjekt som åpenbart har feilet – for åpen scene, gjennom media. Særlig fordi det ikke har manglet på kritiske røster og

fakkeltog – med bakgrunn i praktiske erfaringer fra andre land – i forkant av implementeringen, er det vanskelig for brukerne å forstå HM-ledelsens *insistering* på sin virkelighetsbeskrivelse. De skal endog følge planen om å utbre!

En ting er at ansatte kommer såpass i villrede at de faktisk slutter – men dette går ut over innbyggernes oppfatning av det helsevesenet de er avhengig av – å kunne ha tillit til. Offentlige registre får ikke pålitelige tall, leger har funnet det nødvendig å henstille til kreftpasienter om ikke å vente for lenge på prøvesvar, slik situasjonen er nå. Dette er fatalt for tilliten til det offentlige helsevesen – som det er vårt mål å beskytte i en tid der det private helsemarkedet er i ferd med å etablere seg. Det er ennå ikke stort – men ca 800 000 nordmenn har slik forsikring pr nå. Vi har ikke råd til at foretakene fremstår som arena for strid – fordi tilliten internt synes borte; vi er dermed ikke pasientenes tillit heller verdig!

Inspirasjonen til denne korte refleksjonen har kommet av mye som har hendt ellers i det offentlige rom – der både «høy og lav» ikke har vist seg heller å være tilliten verdig. Jeg tenker på politikere og ministre som må ta sin hatt å gå.

Selve gnisten tente nok Lars Røed med sin monumentale lyskunst på Økernsenteret – TILLIT i versaler. Det er rett ord på en synlig plass for ganske mange – i en tid, i et land som har kunnet skryte av å score høyest av alle land på «tillit» i samfunnet – måtte vi ikke skusle bort den posisjonen! ●



## Så enkelt, og så vanskelig

Så enkelt er det; det må være samsvar mellom ressurser som stilles til rådighet, og oppgavene som skal løses. Det viser blant annet Menon-rapporten, som blir omtalt i dette nummeret av Overlegen.

Når dette samsvaret ikke er til stede, oppstår det problemer. I form av lange ventelister og økonomisk underskudd. Blant annet. Dette er egentlig sykehuseiers, eller Statens problem, og ikke arbeidstakernes. Men det gjøres til vårt problem, og da spesielt legenes, fordi vi skaper både inntekter og utgifter i sykehusene. Vi blir dermed gjort til syndebukkene i svartepersillet.

Samspillet mellom tilgjengelige ressurser og aktivitet er komplisert. Jeg skulle ønske det var mye enklere og kun var avhengig av forholdet mellom inntekter og utgifter. Med et adskilt investeringsbudsjett. Da ville sykehusene maktet å holde budsjettene. Politikere og helseøkonomer fremstiller denne problematikken ofte slik, og leter etter raske, enkle og ikke minst kortsiktige løsninger. De glemmer pasientrettighetsloven, ordningen med fritt sykehusvalg, vurderingsgaranti, rett til nødvendig helsehjelp, lov om spesialisthelsetjeneste med sine krav om forsvarlig organisering, drift, utdanning og forskning, systemet Nye Metoder og andre oppgaver som stadig legges til.

Og selv om prioritering og digitalisering har blitt det som skal løse alle kapasitetsproblemene, vil det avgjørende likevel være legens skjønn. For det er vi som må forholde oss til ø-hjelp, for få operasjonsstuer, manglende undersøkelsesrom og ledige arbeidsplasser. Og ikke minst de problematiske

IT-systemene. Vi vil få lengre ventelister, noen av pasientene får hjelp av det private som fristbrudd. Sykehuset må betale, budsjettet krymper, og aktiviteten må ytterligere ned.

Mange sykehus planlegger med redusert bemanning fremover. Vi leger engasjerer oss, for det er vi som møter pasienten og de pårørende. Det er der vår lojalitet vil være, som pasientens advokat inn i systemet. Du får aldri økonomisjefen til å ringe pasienten for å fortelle at avtalen (nok en gang) er avlyst fordi budsjettet skal overholdes. Du får heller ikke den samme økonomisjefen til å gå med på at det planlegges med slakk i systemet for å fange opp uforutsette hendelser, for da går jo den planlagte virksomheten ned, og dermed inntektene. Og HR-sjefen vil aldri gå inn og gjøre ekstraarbeidet som oppstår av økende sykefravær, men skyver det gjerne over på de legene som allerede har det travelt.

Hvis noen (ytterst få) føler de har lest noe av dette før, er det korrekt. Teksten så langt er mer enn 70 prosent plagiat, må jeg innrømme. Overskrift og mye av innholdet er fra en leder i Overlegen som stod på trykk i oktober 2009, altså for snart 15 år siden. Legeforeningen hadde da fått en rapport som viste manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver i etterkant av foretaksreformene syv år tidligere.

Menon sin ferske rapport viser at gapet har blitt uendelig mye større. Det økonomiske etterslepet siden 2002 er over 100 milliarder. Det fører til at sykehusene må utsette eller skyve på helt nødvendige investeringer samtidig som det gjøres innsparinger i driften.

Beskrivelsen fra 2009 er dessverre mulig å overføre til dagens situasjon, og fristelsen til å plagiere den utmerkede lederen som Arne Refsum skrev for 15 år siden, ble derfor for stor.

Den gang som nå var det en samstemt politisk enighet om at vi skal beholde en sterk offentlig helsetjeneste, og at noe må gjøres for å redde den. Straks kommer en ny Helse- og samhandlingsplan, men forventningene til at den skal løse krisen er små. Sykehusene hadde i 2023 røde tall. Ingenting tyder på at de neste årene blir noe bedre, med mindre myndighetene tar omfattende grep med økonomien.

Jeg overlater avslutningen i sin helhet til lederen fra 2009, og stiller meg bak hvert eneste ord:

*Det fremgår at arbeidet (med den anstrengte økonomien) skal skje med god medvirkning fra ansatte. Kanskje vi bare skulle passe på at våre tariffavtaler*

*blir respektert, konsekvensene påpekt, men overlate resten til eier, så får de ta ansvar for resultatet. Det vil allikevel være vi som treffer pasientene.*

Så vanskelig kan det være! ●

Vil du lese Arne Refsums leder fra 2009 i sin helhet? Se side 54.



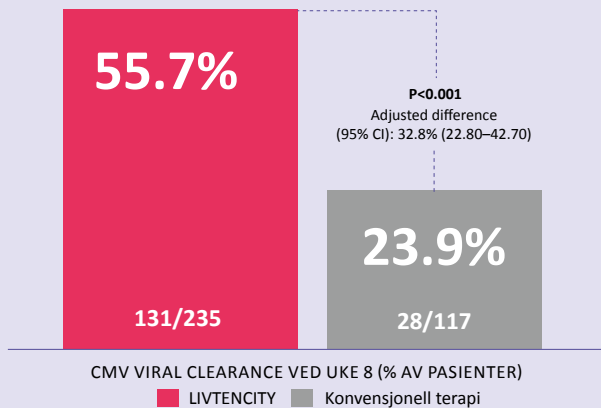
# FØLGER DU OPP TRANSPLANTERTE PASIENTER?



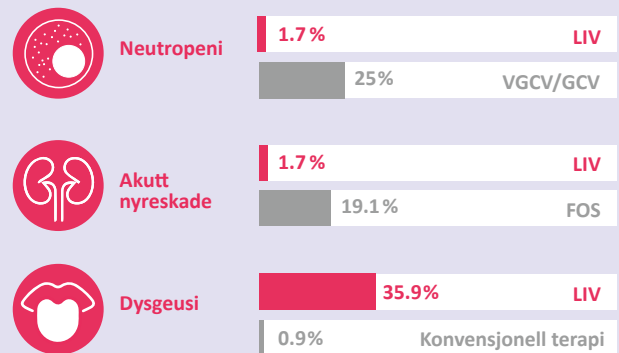
Livtency (maribavir) er første godkjente behandling for cytomegalovirus (CMV)-infeksjon og/eller -sykdom som er refraktær (med eller uten resistens) mot én eller flere tidligere behandlinger, inkludert ganciklovir, valganciklovir, cidofovir eller foskarnet hos voksne pasienter som har gjennomgått hematopoetisk stamcelletransplantasjon (HSCT) eller organtransplantasjon (SOT).<sup>1</sup> Gjeldende fra 15. mars har Beslutningsforum innført Livtency til behandling for nevnte pasienter.<sup>2</sup>

## FRA SOLSTICE-STUDIEN (FASE 3)\*<sup>3</sup>:

**Signifikant flere oppnådde CMV-negativitet ved uke 8 med Livtency<sup>3</sup>**  
Primært endepunkt



**Viktige behandlingsrelaterte bivirkninger i studien<sup>4</sup>**



FOS: foskarnet, GCV: ganciklovir, LIV: Livtency, VGCV: valganciklovir, konvensjonell terapi: mono- eller kombinasjonsbehandling (≤2 legemidler) med intravenøs (IV) ganciklovir, oral valganciklovir, IV foskarnet, eller IV cidofovir

\*SOLSTICE-studien var en multisenter, randomisert, åpen, aktiv kontrollert studie, som undersøkte effekt og sikkerhet av Livtency sammenliknet med konvensjonell terapi hos stamcelle- (n=141) eller organtransplanterte (n=211) med CMV-infeksjon (med eller uten resistens) som var refraktær mot ganciklovir, valganciklovir, foskarnet eller cidofovir. Deltakerne ble behandlet i 8 uker, med 12 ukers oppfølging.

### UTVALGT PRODUKTINFORMASJON<sup>1</sup>:

Det bør tas hensyn til offisielle retningslinjer for riktig bruk av antivirale midler. Livtency skal ikke brukes samtidig med ganciklovir eller valganciklovir. De vanligste rapporterte bivirkningene var smaksforstyrrelser, kvalme, diaré, oppkast og fatigue. For mer informasjon, se SPC ([www.legemiddelsok.no](http://www.legemiddelsok.no)). Reseptgruppe: C. Pakninger og priser: 56 stk tabletter (boks) kr 150 486,30. Refusjon: Innført fra 15. mars 2024

### REFERANSER:

- Livtency SPC godkjent 07/2023, kap 4.1, 4.3, 4.8.
- Protokoll fra Beslutningsforum for nye metoder, 12. februar 2024. Hentet fra: [https://www.nyemetoder.no/491252/contentassets/1deae85578f4fc386b34ddd596e593e/beslutningsforum-12022024\\_protokoll.pdf](https://www.nyemetoder.no/491252/contentassets/1deae85578f4fc386b34ddd596e593e/beslutningsforum-12022024_protokoll.pdf). Lest 16.02.2024
- Avery RK, Alain S, Alexander BD et al. Maribavir for Refractory Cytomegalovirus Infections With or Without Resistance Post-Transplant: Results From a Phase 3 Randomized Clinical Trial. Clin Infect Dis. 2022;75(4):690-701
- Avery RK, Alain S, Alexander BD et al. Maribavir for Refractory Cytomegalovirus Infections With or Without Resistance Post-Transplant: Results From a Phase 3 Randomized Clinical Trial. Clin Infect Dis. 2022;75(4):690-701. Supplementary data table 6



# SYKEHUSTALEN 2024:

## – Lyspunkter i en krevende situasjon

Helseministeren varsler flere viktige og riktige tiltak for sykehusene, selv om hverdagen fortsatt vil være tøff, mener Legeforeningen.

» Av Tor Martin Nilsen,

senior kommunikasjonsrådgiver i Overlegeforeningen og medlem av redaksjonskomiteen

**T**irsdag 16. januar holdt helseminister Ingvild Kjerkol årets sykehustale i auditoriet i de nye Glasblokkene ved Haukeland universitetssykehus i Bergen.

I talen redegjorde Kjerkol for sine krav og forventninger til sykehusene, og varslet flere endringer.

*– Det er positivt at effektiviseringskravet for sykehusene fjernes. Dette er noe Legeforeningen har tatt til orde for i mange år. Både beredskapsevnen og kapasiteten til helsetjenesten har blitt svekket som et resultat av ytterligere krav de siste årene, påpeker president Anne-Karin Rime.*

Fra 2025 vil regjeringen foreslå å sette en stopper for effektiviseringskuttene i sykehusene.

*– Vi går inn for å avvikle kuttet, og gir 100 prosent dekning for demografi. I tillegg vil vi øke rammefinansieringsandel, slik at de funksjonene som må være på et sykehus vektlegges tydeligere i finansieringen, sa Kjerkol i talen.*

Regjeringen reduserer også kravet om egenkapital til nye sykehusbygg fra 30 til 10 prosent. Legeforeningen har lenge ønsket at kapitalskravet fjernes helt.

*– En reduksjon i kravet fra 30 til 10 prosent kan bidra til at investeringer i sykehusbygg kan komme raskere i gang, og forhindre at helseforetakene må spare ved å ta ned drift. Dette er positivt. Men samtidig innebærer dette at sykehusene ikke får noe større økonomisk handlingsrom, da lånebelastningen vil bli høyere, forklarer Rime.*

Helseministeren informerte også om at det i Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil komme flere LISI-stillinger.



Foto: Tor Martin Nilsen

President Anne-Karin Rime intervjuet av NRK i forbindelse med Sykehustalen.

*– Dette er lovende signaler, og et viktig gjennomslag for Legeforeningen. Samtidig er det fortsatt viktig at vi blir kvitt flaskehalsen og får dekket hele behovet, understreker Rime.*

Helsetjenesten i nord står overfor store utfordringer, og Legeforeningen mener det er nødvendig med treffsikre tiltak. Helseministeren annonserte i talen at akuttstusykehuset i Lofoten får bestå inntil videre. Det samme gjelder også akutttilbudet i Narvik.

*– Vi er glade for at akutttilbudet i nord fredes inntil videre. Det er behov for en langt bedre endringsprosess, og denne må ses i sammenheng med sykehusstrukturen i hele landet. Vi har vært tydelig på at prosessen så langt har vært for dårlig, at man burde tatt seg bedre tid og at tillitsvalgte burde blitt bedre hørt. Kompleksiteten og omfanget av arbeidet gjør at mye står på spill, presiserer Rime.*

Regjeringen ønsker også et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Forsvaret. De vil i første omgang se på dette i Nord-Norge, noe som vil få særlig betydning for sykehuset i Narvik og finansieringen.

*– Dette er en gledelig nyhet. Vi er også forsvarrets helsetjeneste, og her har vi mye å hente på et tettere samarbeid. Spesielt i Nord-Norge, sier legepresidenten.*

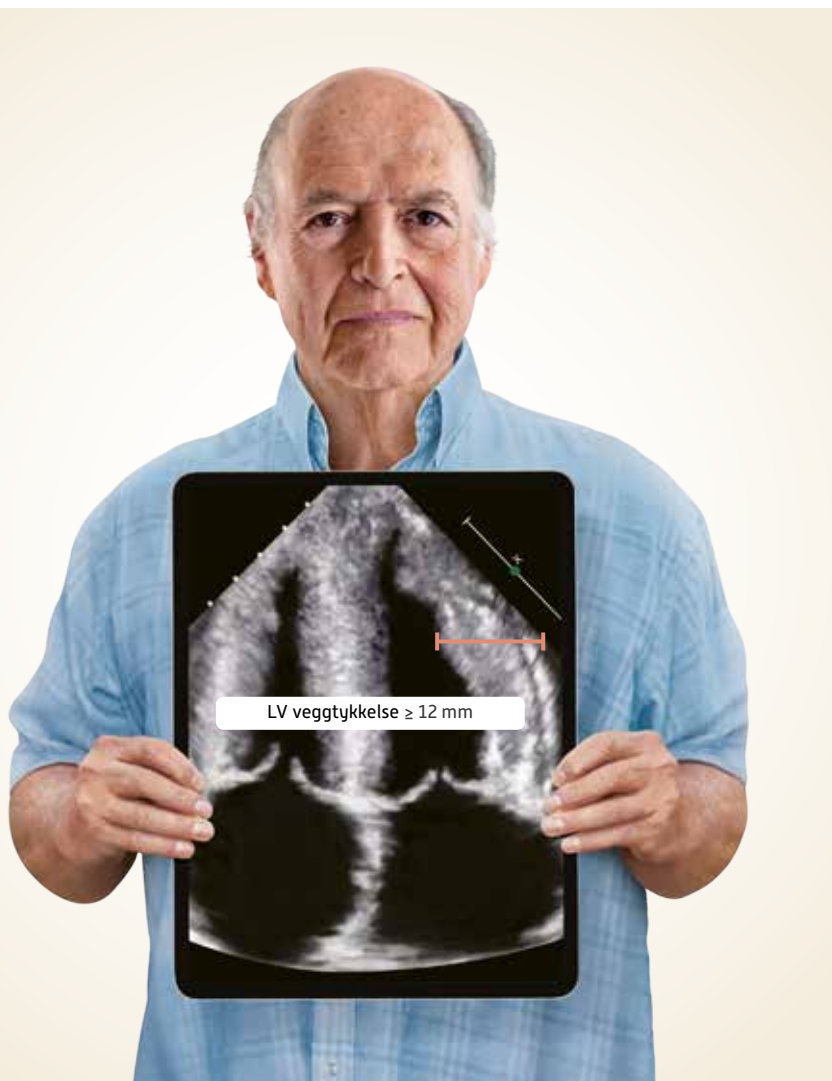
I oppfølgingen av regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse, informerte Kjerkol om to nye krav til sykehusene: Døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal økes. I tillegg skal veksten i kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling være høyere enn veksten i de generelle bevilgningene til sykehusene.

*– Det er vanskelig å se at sykehusene skal klare å øke kapasiteten i psykisk helsevern og samtidig redusere ventetider i somatikken, uten at rammen økes utover demografisk behov. Her sliter alle sykehusene med et stort etterslep som det ikke gis inndekning for. Samtidig er det selvsagt positivt at psykisk helse skal prioriteres, men det er altså en stor utfordring for sykehusene å få prioritert psykisk helse nok, avslutter Anne-Karin Rime. ●*

# KAN DET VÆRE ATTR-CM?

## Tenk på det!

ATTR-CM er en dødelig sykdom som det er lett å overse.  
Den er også lett å diagnostisere – **bare du tenker på det!**



**Tenk på** transtyretin amyloid kardiomyopati (ATTR-CM) når du ser: <sup>1,2</sup>



Venstre ventrikel (LV) veggtykkelse  $\geq 12$  mm



Hjertesvikt



Pasient  $\geq 65^*$  år

Les mer på [www.kardialamyloidose.no](http://www.kardialamyloidose.no)



Se Rune Mo sitt foredrag  
“Hvem skal utredes for  
ATTR hjerteamyloidose og  
hvordan?”

[www.pfi.sr/utred](http://www.pfi.sr/utred)

\* Menn  $\geq 65$  år eller kvinner  $\geq 70$  år.<sup>3</sup>

Referanser:

1. Dorbala S, Ando Y, Bokhari S, et al. J Nucl Cardiol. 2019;26(6):2065-2123. Addendum: J Nucl Cardiol. Published online July 1, 2021.
2. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Eur Heart J. 2021;42(16):1554-1568.
3. Witteles RM, Bokhari S, Damy T, et al. JACC Heart Fail. 2019;7(8):709-716.

  
Rare Disease

# Sykehusene våre rakner i sømmene

I årevis har norske sykehus blitt kraftig underfinansiert. Har politikerne endelig begynt å innse alvorret i situasjonen?



Foto: Legeforeningen/Thomas B. Eckhoff

» Anne-Karin Rime, president i Den norske legeforening  
Ståle Clementsen, leder i Overlegeforeningen  
Ingeborg Henriksen, leder i Yngre legers forening

Denne kronikken sto første gang på trykk i Dagens Næringsliv 20. februar 2024

**D**a Helseforetaksreformen ble innført i 2002 og staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, var det blant annet for å få bukt med kostnadsveksten i sykehusene. Sykehusene skulle nå drives mer effektivt og ventelistene skulle ned. I 2008 ble de også pålagt såkalte effektiviseringskutt – altså enda strammere budsjetter for å bli enda mer effektive.

Det er Stortinget som bevilger penger til sykehusene: Over statsbudsjettet gis det én samlet bevilgning som skal gå til drift, men også til nye investeringer som bygg og medisinsk utstyr. Når sykehusene skal gjøre større investeringer enn det bevilgningene dekker, må de låne penger fra staten. Og for at sykehusene skal få innvilget lån, krever staten at de må ha 30 prosent egenkapital. Hvordan skaffer så sykehusene egenkapital? Jo, de kutter enda mer i drift og bemanning. Når de nye byggene står ferdige må sykehusene betale tilbake renter og avdrag, i tillegg til avskrivninger.

Dette er en negativ spiral. Flere sykehus, som for eksempel Hammerfest, Kirkenes og Drammen, har lånt og investert mye penger i nye bygg de siste årene. Det har de vært helt nødt til. Men i løpet av de neste årene vil de måtte begynne å betale tilbake på disse lånene – med midler de ikke har. Sykehusenes budsjetter er nemlig skrapet

til beinet etter over 20 år med effektivisering og kutt. Og i motsetning til private bedrifter, kan ikke sykehusene skru opp prisen på sine varer og tjenester for å øke bunnlinja. Dette fører til ytterligere kutt, og at nye investeringer utsettes og skyves på.

Nylig kartla Menon Economics det samlede investeringsetterslepet i norske sykehus. Deres beregninger viser at vi trenger om lag 110 milliarder kroner for å ta igjen etterslepet av manglende investeringer. En enormt høy sum, men dessverre ingen overraskelse. I rapporten viser Menon til at stramme budsjetter vil ha motsatt konsekvens, altså økte kostnader, hvis sykehusene ikke gis handlingsrom til å prioritere investeringer i bygg og utstyr. Gode bygg og godt utstyr gir nemlig leger og sykepleiere mulighet til å behandle flere pasienter.

Slik det er i dag har sykehusene blitt tvunget til å nedprioritere lovpålagte oppgaver som forskning og utdanning av helsepersonell. Og de stadige nedskjæringene merker våre medlemmer på kroppen. Arbeidshverdagen preges av at vi jobber i for trange bygg med dårlig utstyr og dårlige IT-systemer. Stadig mindre av tiden vår går med til direkte pasientbehandling. Ansatte blir bedt om å jobbe enda raskere – eller «smartere», som det ofte blir kamouflert som. Dette rammer arbeidsmiljø og

motivasjon, og stadig flere leger søker seg vekk fra offentlige sykehus og over til det private. Taperen blir pasientene, og vår felles, offentlige helsetjeneste.

Underfinansieringen av sykehusene har pågått på tvers av ulike regjeringer. Men i år virker det som om politikerne har begynt å innse mer av alvorret. Helseminister Ingvild Kjerkol sykehustale i januar tydet i hvert fall på det. Kjerkol erkjente at sykehusene hadde vært utsatt for et sterkt økonomisk press over mange år, og varslet at regjeringen går inn for å blant annet avvikle effektiviseringskutt, dekke inn mer av årlige kostnader, og redusere kravet til egenkapital før sykehusene kan ta opp lån.

Dette er positive signaler, men det løser ikke årevis med etterslep. Forhåpentligvis er årets sykehustale et frempek til den lenge varslede nasjonale helse- og sykehusplanen, og at det der vil komme noen større, strukturelle endringer i finansieringen av sykehusene våre som virkelig monner. Bevilgningene til sykehusene må økes i tråd med veksten i kostnader og behovet for investeringer. Sykehusene må tilføres mer friske midler for å ta unna investeringsetterslepet. For dersom vi fortsetter på den veien vi har vært de siste 22 årene, vil det gode, offentlige sykehusstilbudet vi er så stolte av, rakne i sømmene. ●



# Spesialisthelsetjenesten trenger investeringer for 110 milliarder kroner

Menon Economics har kartlagt investeringssetterslepet i spesialisthelsetjenesten. Deres beregninger viser at investeringsbehovet er på 110 milliarder kroner over en fireårsperiode.

» Av Vilde Baugstø, senior kommunikasjonsrådgiver, Legeforeningen

– Vi har lenge visst at investeringssetterslepet i sykehusene er betydelig. Nå har vi fått dokumentert at summen er 110 milliarder kroner – det er alvorlig. Dessverre er ikke dette uventet, sier president i Legeforeningen, Anne-Karin Rime.

Det var før jul at Menon lanserte rapporten «Investeringsbehov i spesialisthelsetjenesten», på oppdrag fra Legeforeningen. De viser til at manglende økonomisk handlingsrom i helseforetakene har ført til en nedprioritering av investeringer de siste årene. Én konsekvens av dette er at produktiviteten svekkes. Dermed øker driftskostnadene.

– Gitt situasjonen vi står overfor, med sterk vekst i fremtidige behov, bidrar dette til å skape en negativ spiral med stadig strammere økonomi og ytterligere nedprioritering av investeringer, skriver Menon.

## Ikke bærekraftig

– Dagens investeringsnivå er ikke bærekraftig – spesielt ikke når vi tar i betraktning utfordringene vi står overfor: Vi blir stadig flere eldre, samtidig som nye behandlingsmetoder gjør at vi i lever lenger, påpeker Rime.

Rapporten peker også på at vedlikeholds- og opprustningsetterslep fører til dårligere pasientbehandling, lavere kvalitet på utdanningen av helsepersonell og mindre forskning. På sikt vil dette føre til dyrere helsetjenester, høyere helsetap i befolkningen og et todelt helsevesen.

– 110 milliarder kroner er mye penger, men det viser også hvor stort behovet



Erland Skogli, partner i Menon Economics, presenterer rapporten.

for investeringer er, og hva som skal til for å bryte ut av den negative spiralen, sier Rime.

## Motsatt effekt

Menon viser til at da Helseforetaksreformen ble innført i 2002, var et viktig formål å få kontroll med kostnadsveksten i sykehusene. Funnene i rapporten peker imidlertid på at flere av endringene kan ha virket mot sin hensikt, og tvert imot bidratt til økte kostnader over tid.

– Mens formålet med stramme budsjetter er å stimulere til streng kostnadsstyring og effektivisering, vil dette få motsatt konsekvens hvis det ikke gir handlingsrom til å prioritere produktivitetsfremmende investeringer, heter det i rapporten.

Dagens økonomiske situasjon gjør at mange av helseforetakenes investeringer utsettes og skyves på, samtidig som det gjøres innsparinger i driften. De sykehusene som har gjennomført nødvendige investeringer i bygg og utstyr sliter med å betale ned store lån, i tillegg til avskrivninger.

## Finansieringsordningen må endres

– Legeforeningen mener at hele finansieringsordningen av større investeringsprosjekter må endres på. Store investeringer i bygg bør løftes nasjonalt og vedtas av Stortinget. Den direkte koblingen mellom drift og investeringer legger et utilbørlig press på sykehusene. Det må derfor innføres et tydeligere skille mellom drift og investeringer, sier Rime.

Menon viser til at et hensiktsmessig nivå på investeringer i bygg og utstyr gir en effektiv arbeidshverdag, med minst mulig ventetid. Konkrete eksempler på hva gode investeringer vil føre til er bygg med tilstrekkelige klinikknære arbeidsstasjoner, moderne og velfungerende utstyr, samt en kapasitet hvor sykehusene unngår overbelegg eller utlokalisering.

– Dette vil komme alle som bruker vår felles helsetjeneste til gode – både ansatte og pasienter, avslutter Anne-Karin Rime. ●

# Sykehusministerens doble oppdrag

Ingvild Kjerkol kjemper både for at sykehusene skal få mer penger i dag, og at de skal bruke mindre i fremtiden. Det er en krevende og utakknemlig jobb.

» Av Aslak Bonde, kommentator og frittstående politisk analytiker



**H**else og omsorgsminister Ingvild Kjerkol tapte ikke alle slag i starten av dette året. I forkant av at hun holdt sykehustalen ble hun presset til å frede akuttfunksjonene ved sykehusene i Lofoten og Narvik, men hun fikk gjenomslag i regjeringen for å permanent jekke opp sykehusbudsjettene med rundt en halv milliard kroner. Det gjorde hun ved å fjerne en 15 år gammel ordning som gikk ut på at sykehusene bare skulle få 80 prosents kompensert for at det ble flere gamle og syke i deres opp-taksområder (demografikostnader).

Kjerkols støttespillere i Ap mente at denne seieren over Finansdepartementet var langt viktigere enn tilbakeslaget ved at helseministeren overstyrte Helse Nord's prosess for å få ny sykehusstruktur i nord. Prosessen der går jo videre. På Helgeland er ingenting avklart, og de store gevinstene av ny struktur kommer hvis, eller når, man gjør noe med arbeidsfordelingen mellom Bodø og Tromsø.

Kjerkols venner hadde et godt poeng. Få ting er viktigere enn å fjerne og å etablere ordninger som kan gi en automatisk økning i sykehusbudsjettene. Mye tyder på at det også vil bli viktigere med tiden. Statsminister Jonas Gahr Støre har i flere sikkerhetspolitiske sammenhenger denne vinteren sagt at forsvarsopptrappingen blir såpass kraftig at det ikke vil bli satsingsmidler igjen til andre formål i statsbudsjettet. Kanskje med et unntak for omsorgssektoren. Det betyr at alle andre samfunnssektorer er avhengige av at det

ligger føringer inne i budsjettene som gjør at overføringene automatisk økes.

Nye regler for finansiering av helseforetakene investeringer (økte lånemønstre og bedre rentevilkår) kan også ses på som et grep for å øke sykehusbudsjettene på lang sikt. Selv om investeringer i nytt utstyr og nye bygg i teorien skal kunne effektivisere driften, så er den mest nærliggende effekten at helseforetakene bruker det økte handlingsrommet i dag til å bruke mer penger på drift i de nærmeste årene. Ettersom det er politisk vanskelig å kutte tilbud i sykehusene, har høye driftskostnader en tendens til i seg selv å sikre budsjettbevilgningene også i fremtiden.

Dersom Ingvild Kjerkol hadde nøyd seg med disse grepene, ville hun ha kunnet gjøre seg et håp om å bli sett på en minister som var god til å skaffe penger til sin sektor. Bedre enn for-gjengeren Bent Høie som aldri klarte å innfri valgloftene om flere friske milliarder til sykehusene. Kjerkol kunne rett og slett ha gjort det ganske godt i den politiske popularitetskonkurranse. Samtidig er det lite som tyder på at hun først og fremst ønsker å være populær. Hun utøver den andre delen av sin jobb som helseminister på en minst like entusiastisk måte som den første.

Den dreier seg om å etablere systemer og ordninger som på lang sikt gjør finansieringsbehovet mindre. Ingen liten utfordring når utviklingen frem til nå tegner et bilde av en sektor som nesten er grenseløs når det gjelder

omfang og kvalitet på tjenestene. Det vil aldri bli penger nok til alt det medisinerne og publikum ønsker seg.

Viktige grep i en slik situasjon er å endre spesialisthelsetjenestens struktur, og å begrense tilbudet av helsetjenester. Strukturutordningen skal løses ved å få til en bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og å utvikle de lokalmedisinske sentrene slik at de i større grad enn i dag kan avlaste sykehusene.

Tilbudet skal begrenses ved å bruke helsepersonellkommisjonens rapport. De den kom i fjor vinter, ble den kritisert fra ulike faglige hold for sin påstand om at det i årene fremover ikke vil være mulig å vesentlig øke andelen sysselsatte i helse- og omsorgssektoren. Det ble pekt på at det er opp til politikere å bestemme hvordan samfunnets ressurser skal fordeles mellom ulike samfunnssektorene. Helsepersonellkommisjonen grep inn i denne politiske vurderingen ved å gi inntrykk av at et normativt utsagn var faglig begrunnet.

Den kritikken lever nok de fleste av kommisjonsmedlemmene godt med. Det var nettopp det som var poenget. Umiddelbart etter at rapporten var levert kunne man se hvordan Kjerkol, og veldig mange andre representanter for Ap/Sp og Høyre, opphøyet det normative utsagnet til en sannhet: «Vi kommer til å gå tom for folk før vi går tom for penger». Oppfølgingen var at vi kommer til å trenge så mange mennesker til å gjennomføre det grønne skiftet og å utføre andre typer velferds-



*Kjerkols venner hadde et godt poeng. Få ting er viktigere enn å fjerne og å etablere ordninger som kan gi en automatisk økning i sykehusbudsjettene. Mye tyder på at det også vil bli viktigere med tiden.*

Foto: nanisimova/stock.adobe.com



tjenester at det ikke er realistisk å sende en større andel av arbeidskraften inn i helse- og omsorgssektoren.

En slags handlingsregel var født. Departementet kommer i årene fremover til å holde oversikt over sysselsettingsandelen i helse og omsorg. Dersom, eller kanskje heller når, den øker, vil det i seg selv være et argument for å begrense bevilgningene til sykehusene. Ingenting er mer effektivt for å begrense antall ansatte enn å begrense tilgangen på lønnsmidler.

Sett fra utsiden er det rett og slett et ganske oppfinnsomt grep. Samtidig gjenstår det å se om, og hvordan det vil virke over tid.

Det eneste vi kan være sikker på, er at Kjerkol og hennes etterfølgerne vil lete etter nye grep, dersom dette ikke virker. På lang sikt er det nemlig helseministerens viktigste jobb å forsøke å sette grenser. De er tross alt i en sektor der kombinasjonen av teknologiutvikling og velgerkrav fører til at den fremstår som økonomisk grenseløs. ●



*Det vil aldri bli penger nok til alt det medisinerne og publikum ønsker seg.*

# Leger må kunne jobbe og leve – i Norge og i Europa

Økende arbeidspress og effektivitetskrav er et økende problem både i primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge. Jeg vil påstå at dagens sykehus som har blitt drevet etter New Public Management-regler i en årrekke har blitt mindre attraktive arbeidsplasser for helsepersonell, dette kan påvirke rekrutteringen og øke et misforhold mellom tilgjengelig arbeidskraft og arbeidsmengde. Problemet er ikke nytt og mange av de problemene leger opplever i Norge er gjenkjennbare fra et europeisk perspektiv.



» Av Mathis A. Heibert, styremedlem i Overlegeforeningen

Legerforeningen har samarbeid og medlemskap i internasjonale organisasjoner, og da kanskje særlig i Europa. Standing Committee of European Doctors (CPME) er den organisasjonen som kommuniserer de europeiske legeföreningenes standpunkter. CPME representerer 1,7 millioner leger fra 37 land. Den norske legeförening er medlem, og det gir muligheter til å fremme norske interesser i EU/EØS.

Nylig vedtok CPMR flere policy-dokumenter – ett av dem med tittel: «Policy on Doctors' Well-being: Promoting Work-Life Balance and Supportive Environments».

**Legers helse og behandlingskvalitet henger sammen**  
Policydokument fra CPME viser at legehelse bør prioriteres! I Norge har det vært stort fokus på at også leger må oppleve å ha en balanse mellom jobb og fritid (leger-må-leve-kampanjen). Legeyrket er utsatt både med tanke på lang arbeidstid og stor faglig ansvar. Det pekes på en direkte sammenheng mellom legers velvære og kvalitet på

behandlingen. De reviderte etiske reglene fra WHO (2017) siteres der ansvar for egen helse har blitt innlemmet i legenes grunnlov: «I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard.» - en milepæl som tydeliggjør betydningen av at leger ivaretar egen helse for å kunne gi god pasientbehandling.

**Ny europeisk policy om legehelse med konkrete anbefalinger**  
Den nå lanserte policyen berører viktige rammevilkår for leger og helsetjenesten. Fokus er på balanse mellom arbeid, familie og fritid - som blant annet muliggjør at leger faktisk kan ivareta både egen helse og sin rolle som omsorgsgiver («carers») - samt at regelverk, rammebetingelsene og finansiering må støtte opp om dette. Det pekes på en lang rekke elementer, blant annet bruk av EUs Arbeidstidsdirektiv, som også gjelder i Norge.

Etter dette direktivet er det en maksimumsgrense på 48 timer arbeid per uke, men



POLICY NOVEMBER 2023

The Standing Committee of European Doctors (CPME) represents national medical associations across Europe. We are committed to contributing the medical profession's point of view to EU and European policy-making through pro-active cooperation on a wide range of health and healthcare related issues.

## Policy on Doctors' Well-being: Promoting Work-Life Balance and Supportive Environments

### O. Recommendations:

Healthcare institutions should:

- Implement interventions that prioritise enhancing working conditions while ensuring a safe and secure environment at the workplace. Employers must ensure that provisions relating to appropriate working conditions are complied with.
- Implement benchmarks for minimum workforce capacities in healthcare to ensure safe staffing levels. This is only possible with fair financial remuneration.
- Establish confidential, easily accessible mental health services for doctors, including counselling, therapy, and helplines, while also promoting education programmes to reduce stigma and encourage doctors to seek help through clinical leadership involvement.
- Implement family-friendly measures, including flexible working arrangements, adequate parental leave and on-site childcare facilities to assist doctors in their roles as parents and carers.
- Establish mentorship programmes led by experienced colleagues and peer support networks for doctors to offer guidance, build community and provide emotional support.
- Develop tailored well-being programmes for doctors, including mindfulness training, stress management, fitness regimes, and access to healthy food options at work for the diverse workforce.

STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS - CPME AISBL | 15 RUE GUIMARD - B-1040 BRUSSELS | [WWW.CPME.EU](http://WWW.CPME.EU)  
[SECRETARIAT@CPME.EU](mailto:SECRETARIAT@CPME.EU) | [@CPME-EUROPA](https://www.linkedin.com/company/cpme-europa) | RLE BRUSSELS: 0462509658 | TRANSPARENCY REGISTER: 9276943405-41

Faksimile av rapporten Policy on Doctors' Well-being: Promoting Work-Life Balance and Supportive Environments.

det finnes åpning for unntak, som innebærer at grensen kan utvides på visse vilkår.

negativ eksempel, her hjemme har pasientkon- takten blitt redusert med 8 timer i uken siden 2004.

er en nøkkelfaktor og det nevnes spesielt de positive innvirkninger med lege- ledelse i spesialisthelse-

### Videreutvikle en støttende organisasjonskultur

Politikere og arbeidsgiver oppfordres til å videreutvikle en praktisk og faglig støttende organisasjonskultur for å sikre at leger føler seg og sine personlie og faglige behov verdsatt og forstått. Dette igjen vil føre til forbedret loyalitet, motivasjon og til slutt pasientbehand- ling – en vinn/vinn situasjon for begge sider.

Selv om policydokument til CPME er stedvis åpent formulert og ikke bindende så anses den som et viktig faglig signal til politikere i Europa. Applaus til de euro- peiske fagforeningene til å sette legehelse på dagsorden – nå må dette følges opp! ●

#### CPME anbefaler konkret at arbeidsgiver skal sørge/tilrettelegge for:

- Gode og hensiktsmessige betingelser på arbeidsplassen inkludert tilstrekkelige pauser
- Adekvat minimumsbemanning og tilstrekkelig finansiering
- Familievennlige organisasjonsstrukturer med samordning av ferie, permisjon og barnehage tilbud
- Utdanningsprogrammer for klinisk ledelse
- Mindre administrativ / ikke-pasientrelatert arbeidsmengde
- Å etablere en felles organisasjonskultur med tillit og tilhørighet «culture of well-being»

I Norge har leger uttrykt ønske om mer støtteperso- nell, slik at legene kan i størst mulig utstrekning bruke tiden med direkte pasientrettede oppgaver. CPME bruker Norge som

**Fokus på resiliens og åpenhet**  
Ifølge CPME blir det i frem- tiden viktig å styrke den enkeltes motstandsdyktig- het og dette er et delt ansvar mellom partene. God ledelse

tjenesten. Det bør være vedvarende fokus på mental helse («peer support network») som i for mange tilfeller fortsatt er stigmati- sert.

# KAN DET VÆRE ATTR-CM?

## Tenk på det!



PP-IMP-NOR-0196 02-2023

### Tenk på transtyretin amyloid kardiomyopati (ATTR-CM) når du ser: <sup>1,2</sup>



Venstre ventrikkel (LV) veggtykkelse  $\geq 12$  mm



Hjertesvikt



Pasient  $\geq 65^*$  år

Les mer på [www.kardialamyloidose.no](http://www.kardialamyloidose.no)



Se Rune Mo sitt foredrag "Hvem skal utredes for ATTR hjerteamyloidose og hvordan?"

[www.pfi.sr/utred](http://www.pfi.sr/utred)

\* Menn  $\geq 65$  år eller kvinner  $\geq 70$  år.<sup>3</sup>

#### Referanser:

1. Dorbala S, Ando Y, Bokhari S, et al. J Nucl Cardiol. 2019;26(6):2065-2123. Addendum: J Nucl Cardiol. Published online July 1, 2021.
2. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Eur Heart J. 2021;42(16):1554-1568.
3. Wittes RM, Bokhari S, Damy T, et al. JACC Heart Fail. 2019;7(8):709-716.



Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - [www.pfizerpro.no](http://www.pfizerpro.no)

# Bekymringsfull situasjon ved SUS

Rogaland legeförening har utført en spørreundersøkelse blant legene ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) som viser at mange vurderer å slutte. Respondentene oppgir at de opplever en urimelig stor økning i arbeidsmengde.



» Av Tor Martin Nilsen, medlem av redaksjonskomiteen til Overlegen

– Vi ønsket å kartlegge arbeidshverdagen for legene på SUS gitt historier om høy arbeidsbelastning og ikke minst anstrengt sykehusøkonomi som følge av utbyggingen av nytt sykehus. «Leger må leve»-kampanjen har aktualisert dette temaet ytterligere, sier Zuzana Huncikova, overlege og foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen ved Stavanger universitetssjukehus.

## Mange vurderer å slutte

Det har lenge vært en økende trend i Norge at sykehusleger søker nye muligheter i det private markedet eller bytter til stillinger utenfor sykehuset. Rogaland legeförening ønsket derfor å undersøke i hvor stor grad legene ved SUS vurderer å slutte i den offentlige helsetjenesten.

– Undersøkelsen viser at det er 11 prosent av sykehuslegene som aktivt søker jobb utenfor den offentlige helsetjenesten og ytterligere 3,9 prosent har allerede fått en slik stilling. Det er hele 80 prosent av respondentene som oppgir at de av og til eller en sjelden gang har vurdert å slutte, sier Huncikova og fortsetter:

– Hovedgrunnene som oppgis er økende arbeidsbelastning, kronisk underbemanning, ulidelige dokumentasjonskrav og stadig økende produktionskrav, såkalt «samlebånd følelse». For leger i spesialisering trekkes det frem manglende supervisjon og veiledning. Dette gjelder også for faglig erfaringsutveksling og diskusjoner om vanskelige problemstillinger blant overlegene.



Zuzana Huncikova

## Fysiske forhold frustrerer

I tillegg er det svært mange av respondentene som oppgir fysiske forhold på arbeidsplassen som en stor kilde til frustrasjon. De opplever at stadig mer tid blir brukt foran PC, i stedet for å treffe og behandle pasienter.

– Kommentarer i fritekstfeltet som «Stadige samtidighetskonflikter, dårlig samvittighet og følelse av å ikke strekke til» traff meg rett i hjertet. Det forteller meg at mange opplever et høyt og til dels urimelig arbeidspress, samtidig som de fleste forespurte legene vurderer sin jobb som meningsfull, sier hun.

Huncikova er tydelig på at SUS bør ta tak i helt grunnleggende behov for sine ansatte. Det vil øke sjansene for at arbeidspresset går ned for mange.

» Kommentarer i fritekstfeltet som «Stadige samtidighetskonflikter, dårlig samvittighet og følelse av å ikke strekke til» traff meg rett i hjertet.



– Å ha en arbeidspult med fungerende stol. Eller en egen og ikke helt utdatert PC som ikke bruker minst 10 minutter på å åpne et røntgenbilde man trenger i en akutt situasjon – det vil gjøre hverdagen betydelig enklere. I tillegg må vi få tilbake støttepersonell som for eksempel helsesekretærer. Det er viktig at vi bruker leger til å gjøre legeoppgaver som ikke kan utføres av andre slik at andelen direkte pasientkontakt økes, understreker hun.

### Få leger tilbake i ledelsen

Kollegaene, faget og pasientrettede arbeidsoppgaver gjør at mange holder ut i jobben. Huncikova håper derfor at man får satt søkelyset på dette i tiden fremover.

– Jeg mener også at det er viktig å få legene tilbake i ledelsen. Det å ha gode

ledere som kjenner både avdelingen og legene er helt avgjørende. Hva som fungerer best for min avdeling, for mitt vaktlag bør veie mye mer enn overordnet byråkratiske kvalitetsmål. Individuelle tilpasninger av kollektive planer er veien videre. Flere av respondentene i undersøkelsen trekker også frem behovet for bedre og stedlig ledelse. Det er jeg helt enig i, sier hun.

### Nye SUS

Huncikova trekker frem at sykehuset står i en avgjørende fase for utbyggingen av nye SUS. Hun mener derfor at det er helt avgjørende at ledelsen sørger for at arbeidsforholdene ved det nye sykehuset faktisk blir bedre enn det er i dag.

– Igjen snakker vi om helt basale behov. Det betyr nok arbeidsplasser

til alle leger, gode kontorfasiliteter, garderobeplass, og vaktparkering. Spesielt arbeidsplasser til legene er en prosess som er ikke helt avklart enda. Jeg mener det er helt unødvendig å måtte lete etter en fungerende PC flere ganger i løpet av en arbeidsdag, sier hun.

### Går mot en todelt helsetjeneste

Flere av legene som har besvart undersøkelsen skriver at det mest meningsfulle med jobben er å hjelpe mennesker i sårbare situasjoner. De betrakter også arbeidet sitt som faglig spennende og interessant.

– Jeg tror dette bekrefter at oppmerksomheten må rettes tilbake til å gjøre det som er best for pasienten fremfor å skrive de ut raskest mulig. Offentlig sykehus bør ikke være en produksjonsfabrikk. Hvis ikke vi tar tak i tingene som kommer frem i blant annet denne undersøkelsen er jeg er oppriktig bekymret for at vi snart har etablert en todelt helsetjeneste i Norge. Offentlig helsetjeneste bør være førstevalget for pasienter og leger, men det er ikke sikkert det er situasjonen i en nær fremtid, sier Huncikova.

### Nødvendig med kraftfulle grep

Rogaland legeforening er også bekymret for at mange svarer at de ikke tror de vil klare å stå i legeyrket et helt arbeidsliv.

– Jeg tror dette er et resultat av at trykket mot sykehusene øker, mens de økonomiske rammene ikke utvikler seg i samme takt. Etterspørselen av helse-tjenester samsvarer ikke med veksten i budsjettene, og legene sitter med det medisinskfaglige ansvaret uten å ha tilstrekkelige midler til å løse opp-gavene. Dårlig utnyttelse av legenes kompetanse og for lite tid til tildelte oppgaver bidra til tap av motivasjon.

– Samtidig oppgir mesteparten av legene at de trives på grunn av kollegaene og at de håper faget kommer tilbake i fokus. Det betyr at det er et lys i enden av tunnelen for den offentlige helse-tjenesten, men da er det nødvendig å ta kraftfulle grep før det er for sent, avslutter Zuzana Huncikova. ●



Photo: Lightfield Studios/stock.adobe.com

# Legeforeningen saksøker staten

– Leger utdannet i Danmark må få godkjent sin kliniske basisutdannelse (KBU) som del av spesialistutdanningens første del (LIS1) i Norge. Når staten nekter disse legene godkjenning, bryter de EØS-retten, sier president Anne-Karin Rime.

» Av Tor Martin Nilsen, medlem av redaksjonskomiteen til Overlegen

**F**or å overholde EØS-rettens alminnelige regler om fri bevegelighet, må det vurderes konkret om den kompetansen en lege har opparbeidet seg gjennom KBU i Danmark svarer til den kompetansen som erverves gjennom LIS1 i Norge.

– I den grad det er sammenfall, må legen få uttelling for sin kompetanse og sine kvalifikasjoner. Norske myndigheters praksis, der kompetansen fra KBU kategorisk avvises, strider mot EØS-retten, understreker Rime.

Legeforeningen mener det er vanskelig å se noen god grunn til at legenes kompetanse fra KBU ikke skal telle som del av LIS1. Norske myndigheter har anledning til å godkjenne KBU som tellende, men velger fortsatt å ikke gjøre det.

– Det er overraskende at myndighetene legger avgjørende vekt på formaliteter og begrepsbruk, fremfor å foreta en reell vurdering av hvilken kompetanse disse legene har. Etter EØS-avtalens hoveddel er det den faktiske kompetansen, og ikke formaliteter, som er avgjørende. Vi har hatt inntrykk av at det har vært et politisk ønske om å finne en løsning, også i regjeringen. Uansett stanses saken av byråkratisk formalisme, forklarer Rime.

Konsekvensene av myndighetenes formalisme er betydelig for de berørte legene. Praksisen fører til at leger utdannet i Danmark må ta tilnærmet samme tjeneste i Norge. De må med andre ord ta dobbel tjeneste.

– Disse legene er ressurspersoner og besitter viktig kompetanse som vi har behov for i Norge. Men kompetansen blir ikke anerkjent, og vi mister verdifull arbeidskraft på grunn av dagens godkjenningspraksis. Flere erfarne



Foto: Legeforeningev/Thomas B. Eckhoff

I en tid hvor det er ressursknapphet på helsepersonell, og kamp om budsjettmidlene, er det uforståelig at helsemyndighetene ikke har klart å løse denne saken, sier Anne-Karin Rime.

leger velger å slutte i jobben i Norge for å fullføre spesialiseringen i Danmark. Nasjonale interesser og nordisk samarbeid undergraves mens norsk helse-tjeneste står i en alvorlig krise, fremhever Sigurd Stette, som representerer legene som er rammet av manglende KBU-godkjenning.

Samtidig er det for få LIS1-stillinger sammenlignet med både antall søkere og behovet i helsetjenesten. I 2022 var det dobbelt så mange søkere som det var stillinger, og nyutdannede leger i Norge må ofte vente lenge før de får starte på spesialistløpet. Danskutdannede leger legger nemlig beslag på opptil 40-60 LIS1-stillinger årlig.

– En endring av godkjenningspraksisen kunne frigjort stillinger til

leger som virkelig har behov for LIS1, sier Rime.

Samtidig sliter både fastlegeordningen og sykehusene med å rekruttere leger.

– I en tid hvor det er ressursknapphet på helsepersonell, og kamp om budsjettmidlene, er det uforståelig at helsemyndighetene ikke har klart å løse denne saken. I stedet krever de dublering av tjeneste for leger som kunne, og burde, vært benyttet bedre og andre steder i helsetjenesten. Legeforeningen har lenge jobbet for en politisk løsning, men dette har altså ikke ført frem. Vi ser oss derfor nødt til å ta rettslige skritt for å få denne uholdbare situasjonen avklart, avslutter president Anne-Karin Rime. ●



# PROSTATAKREFT

## FOR PASIENTER MED nmCRPC OG mHSPC<sup>1</sup>

NUBEQA<sup>®</sup> (darolutamid)  
reduserer relativ risiko  
for død med >30 %<sup>\*1</sup>

**Nubeqa (darolutamid)  
er førstevalg ved  
behandling av menn  
med nmCRPC, som har  
høy risiko for å utvikle  
metastatisk sykdom.**

Sykehusinnkjøp. Anbefalinger for  
onkologiske og kolonstimulerende  
legemidler. Juni 2021.

Les mer om  
NUBEQA<sup>®</sup>



NUBEQAs sikkerhetsprofil er sammenlignbar med  
ADT-behandling alene.<sup>1</sup> Se felleskatalogteksten  
under for mer informasjon.

\*mHSPC: Den primære analysen av total overlevelse i ARASENS ble utført etter at 533 pasienter var døde (229 (35,2 %) i darolutamidgruppen og 304 pasienter (46,5 %) i ADT-gruppen (placebogruppen)). HR 0,68; 95 % CI 0,57-0,80; P<0,001. nmCRPC: Det primære effektmålet i ARAMIS var metastasefri overlevelse (darolutamid 40,4 måneder vs placebo 18,4 måneder; HR:0,41; 95% CI: 0,34-0,50; P<0,001) og total overlevelse var et sekundært effektmål (HR: 0,69; 95 % CI: 0,53-0,88; P<0,001). Sluttanalysen av overlevelsesdataene ble utført etter at 254 pasienter var døde (148 (15 %) i darolutamid + ADT-gruppen og 106 (19 %) i ADT-gruppen (placebogruppen)).

1. NUBEQA SPC 02/2023.

▼ **NUBEQA<sup>®</sup> (darolutamid) 300 mg filmrasjerte tabletter.** ATC-nr: L02B B06. **Indikasjoner:** NUBEQA er en androgenreseptorhemmer indisert til behandling av voksne menn med: 1. ikke-metastatisk, kastrasjonsresistent prostatakreft (nmCRPC), som har høy risiko for å utvikle metastatisk sykdom; 2. metastatisk hormonfølsom prostatakreft (mHSPC) i kombinasjon med docetaxel og androgen deprivasjonsbehandling. **Dosering:** Anbefalt dose er 600 mg (2 tabletter à 300 mg) 2 ganger daglig, tilsv. total daglig dose 1200 mg. Medisinsk kastrasjon med GnRH-analog skal fortsette under behandling hos pasienter som ikke er kirurgisk kastrert. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for virkestoffet eller noen av hjelpestoffene (laktose). Kvinner som er eller kan bli gravide. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat/alvorlig nedsatt leverfunksjon skal overvåkes nøye mht. bivirkninger pga. forhøyet eksponering. Hjerte/kar: Sikkerhet er ikke fastslått ved kardiovaskulær sykdom de siste 6 månedene. Ved forskrivning skal pasienter

med klinisk signifikant kardiovaskulær sykdom behandles for disse tilstandene iht. fastsatte retningslinjer. Ved risikofaktorer for QT-forlengelse i anamnesen og ved samtidig bruk av legemidler som kan forlenge QT-intervallet, skal nytte-/risikoforholdet vurderes, inkl. potensialet for torsades de pointes, før oppstart med darolutamid. Pasienter skal overvåkes med hensyn til bivirkninger av BCRP-, OATP1B1- og OATP1B3 substrater, fordi samtidig administrering av darolutamid kan øke plasmakonsentrasjonen av disse substratene. Samtidig administrering av rosuvastatin bør unngås, med mindre det ikke finnes andre behandlingsalternativer. I tillegg forhøyede levertransaminaser som tyder på idiosynkratisk legemiddelindusert leverskade relatert til darolutamid, skal behandling med darolutamid seponeres permanent. **Bivirkninger:** 1. Hos pasienter med nmCRPC: Svært vanlige (≥ 1/10): Fatigue/astenitilstander, redusert antall nøytrofile, økt bilirubin og ASAT. Vanlige (≥ 1/100, < 1/10): Iskemisk hjertesykdom og hjertesvikt, utslett, smerter i ekstremiteter, smerter i muskler og skjelett samt frakturer. 2. I kombinasjon med docetaxel hos pasienter med mHSPC: Svært vanlige (≥ 1/10): Hypertensjon, utslett, redusert antall nøytrofile, økt bilirubin, ALAT og ASAT. Vanlige (≥ 1/100, < 1/10): Frakturer, gynekomasti. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 02/2023.** Konsulter preparatomtalen (SPC) for mer informasjon **Pakninger og priser:** 112 stk. (blister) AUP 46.636,30 NOK **Varenr:** 063426. R.gr. C, H-resept For oppdaterte priser se: [www.fellesskatalogen.no](http://www.fellesskatalogen.no). **Kontaktinformasjon:** Bayer AS, Drammensveien 288, NO-0283 OSLO, Postboks 193, 1325 lysaker. Tlf: +47 23 13 05 00, Faks: +47 23 13 05 01, [www.bayer.no](http://www.bayer.no). MA-M\_DAR-NO\_0008, Mars 2023.

▼ Dette legemiddelet er under spesiell overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Du kan bidra ved å melde enhver mistenkt bivirkning via [relis.no](http://relis.no).

# Hva nå, Helse Nord?

Helseregionens planer om nedleggelse av sykehustilbud har fått seg grundige skudd for baugen. Først varslet regjeringen ekstrabevilgning for å kompensere regionen for rekrutteringssvikt. Dernest avviste styret i Helse Nord å sende regionens «helhetlige plan» ut på høring. Til sist avviste Kjerkol i sykehustalen kutt i fødetilbudet og kirurgisk beredskap ved Narvik og i Lofoten.



» Av Christian Grimsgaard, styremedlem i Overlegeforeningen

Senere uttalelser fra ledelsen i Nord kan tyde på at de opplever seg falt i ryggen; først gis det beskjed om behov for strukturendringer, men når de etter mye motstand legger fram en skisse til løsning, blir den skutt ned både av styret og regjering. De kan vel ha rett i at politikken er ustadig, men helt overraskende kan ikke tilbakeslaget ha vært. De bør være kjent med formuleringene fra Hurdalsplattformen der det fastslås at regjeringen skal «utvikle og styrke det desentraliserte sykehustilbudet i Norge» og «styrke den lokale akuttberedskapen».

Det var heller ingen «helhetlig plan» som ble lagt fram for styret i Helse Nord. Administrasjonen beskriver nærmest uoverstigelige økonomiske utfordringer; innsparingskrav på om lag 1,3 milliarder. Ved gjennomgang av økonomiplanene ser beløpet ut til å være blåst opp; kravet har delvis forklaring i investeringsplaner som er ekstremt ekspansive. Regionen legger opp til årlige investeringer som er en milliard høyere enn de som er fastsatt i økonomisk langtidsplan.

Men det er liten tvil om at de økonomiske utfordringene er betydelige. Innsparingskravet er i størrelsesorden en milliard. Effekten av «den helhetlige planen» - som altså nå er parkert - ville gi årlig besparing på 177 millioner. På papiret. En femtedel av utfordringen administrasjonen selv fremstiller. Hvordan kunne ledelsen i Nord komme så skjevt ut i denne prosessen? Et år etter oppdraget ble gitt legger de fram en rekke forslag til tiltak som er sær-



Nordlandssykehuset Lofoten, Gravdal.



*Forklaringen på økonomiproblemene i Nord ligger i alle fall ikke alene i strukturen i regionen. Spredt bosetning og mindre enheter enn i resten av landet skal de dessuten være kompensert for gjennom den nasjonale inntektsfordelingen. En mere nærliggende forklaring er mangelfull økonomisk disiplin over flere år.*

deles betente og politisk omstridte, og som selv på papiret bare kan løse en brøkdel av utfordringene?

Det er nærliggende å tenke seg at de hadde bestemt seg for løsninger før de har skaffet seg oversikt og analysert

situasjonen de står oppe i. Både i regioner og innad i helseforetak med flere enheter, er det vanlig å laste mindre og perifere enheter for særlig økonomiske vansker. Kanskje har ledelsen i Nord levd seg inn i en forestilling om at det

er strukturen som er så særdeles dyr, og at det er de minste enhetene som belaster totaløkonomien. Argumentet om behov for «styrking av universitetssykehuset» kan tyde på dette er en underliggende oppfatning.

Men regnestykket de selv la fram viser langt på vei at dette ikke er tilfelle. Effekten av planene er langt lavere enn behovet. Forklaringen på økonomiproblemene i Nord ligger i alle fall ikke alene i strukturen i regionen. Spredt bosetning og mindre enheter enn i resten av landet skal de dessuten være kompensert for gjennom den nasjonale inntektsfordelingen. En mere nærliggende forklaring er mangelfull økonomisk disiplin over flere år. Et høyt investeringsnivå over mange år må følges av innsparinger. I Nord har det omvendte skjedd, og særlig under tidligere ledelse, antallet ansatte har økt mere enn pasientbehandlingen. Ikke minst i ymse lederfunksjoner.

Helse Nords ledelse og styreleder fremstår nå alvorlig svekket. Planen de la fram ble med god grunn filleristet i styret. Ministerens tale var heller ikke til hjelp. Veien videre under nåværende ledelse ser særdeles vanskelig ut. At ministeren valgte å re-oppnevne en allerede svekket styreleder var vel et forsøk på å tre støttende til. Men neppe til hjelp for den faktiske virksomheten i regionen. At styreleder skal få med seg et enstemmig styre og opplandet i regionen fremstår nå som lite sannsynlig. Det kan se ut til at Nord nå styrer mot en særdeles lite ønskelig løsning, å presse gjennom strukturreform ved å bytte ut noen styremedlemmer. ●



Foto: Nordlandssykehuset

# DAVID MOT GOLIAT

I slutten av 2022 fikk Helse Nord RHF et oppdrag fra Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol; Helse Nord ble bedt om å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavefordelingen i det regionale helseforetaket, samt å få kontroll på økonomien.



» Av Robert Hammer, avdelingsoverlege, medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Lofoten

**D**ette ble vurdert og ganske raskt ble det klart at mangel på fagfolk (opptil så mye som 1000 manglende stillinger), med dertil stor innleie av vikarer var hovedårsaken til at Helse Nord hadde havnet i et økonomisk uføre etter 2019. Nybygg det siste tiåret i Bodø, Stokmarknes, Narvik, Kirkenes og Tromsø hadde visstnok ikke noen sammenheng med de økonomiske problemene å gjøre.

Strategien ble lagt tidlig, med administrerende direktør Marit Lind i spissen. Sentralisering måtte bli oppskriften. Men strategien ble i stedet kalt oppgavefordeling til større og mer robuste enheter, helst på steder med høy aktivitet i vaktlinjene. Kirkenes, Narvik, Lofoten og Helgeland skulle vurderes kritisk, utelukkende basert på antall innleggelses per døgn og antall akutte kirurgiske inngrep utenom kjernetid. Parametre som faglig kvalitet, rekrutteringsevne, avstand til nærmeste sykehus, vær og vind var uvesentlig. Samfunnsøkonomiske konsekvenser og sikkerhetspolitiske hensyn spilte ingen rolle. Selv ikke at Kirkenes har et nytt sykehus (åpnet 2018) og at nye Narvik sykehus ikke hadde åpnet enda, var uvesentlig. Det eneste som var vesentlig var at «noe måtte gjøres».

Etter hvert ble Kirkenes sykehus «fredet», sannsynligvis av sikkerhetspolitiske hensyn, samt det faktum at det er 480 (!) km til nærmeste sykehus i Hammerfest (hvis man kjører via Finland). I Lofoten og Narvik tok det lengre tid før det ble «fredet», men til slutte måtte Kjerkol «fredet» også oss i Sykehustalen 16. januar 2024. Samtidig

ble det gjort endringer i finansieringen av sykehusbygg, noe som skulle lette på den økonomiske situasjonen for helseforetakene. Likevel er det all grunn til å forvente at finansiering av bygg vil presse driften, også fremover.

Videre blir det selvsagt interessant å se hva som skjer på Nordlands Balkan (les: Helgeland). Etter minst et tiår med konflikt ser det ut som det blir en videre kamp om det skal være 1 eller 2 akutt sykehus på Helgeland, samt selvsagt, hvor dette skal ligge. Videre kamp mellom Bodø og Tromsø er også svært sannsynlig. I hvert fall hvis denne «helhetlige planen» skal inneholde et snev av helhet.

For oss i Lofoten virker freden litt for god til å være sann. Paranoia har satt seg i ryggmargen og vi sover fortsatt med et årvåkent øye åpent. For slike prosesser gjør noe med en arbeidsplass. I all hovedsak opplevde jeg et bedre arbeidsmiljø og godt samhold lokalt. Sikkert på samme måte som soldater i krig. Likevel er ikke slike prosesser akkurat rekrutterende i seg selv. Det skaper en usikkerhet som kan holde potensielle arbeidstakere borte, naturlig nok. Og i dette ligger Helse Nord's dilemma. Skal man banke igjen endringer raskt og smertefullt eller skal man gjøre gode utredninger før man gjør større grep. Den første taktikken har nå vært forsøkt og må beskrives som et mageplask. Helsepersonell i Nord håper derfor på en bedre gjennomført prosess der vi som er nært pasientene også blir tatt med i råd. Så langt har det vært langt mellom David og Goliat. Dette dyrker frem en

mistillit på alle nivåer av organisasjonen. Goliat har underveis glemt at han trenger David, men ikke motsatt.

## Hva kan gjøres annerledes?

Man må nesten begynne med Helsevesenets viktigste ressurs; helsepersonellet selv. Hvilke ønsker og behov har vi? Hvilke arbeidsoppgaver har vi og hvilke unødvendige arbeidsoppgaver har vi? De fleste ønsker å bli sett av gode ledere som kan tilpasse driften til den enkelte, heller enn motsatt. Faglig utvikling er et avgjørende, men må ofte vike for drift. Helsevesenet har et omdømme problem som må snus raskt hvis vi skal ta unna helsekøene. Stabilisering og verdsettelse av helsepersonell er det viktigste rekrutteringstiltaket en leder kan gjennomføre for å tiltrekke seg flere medarbeidere. Fordi vi snakker sammen. Som jeg har sagt mange ganger før; ta vare på de ansatte, så blir det flere av oss. Men jeg er ikke så naiv at jeg ikke tror det vil koste. Men vi er faktisk gull verdt.

Kampen i Nord Norge er langt fra over. Mange skal brette opp armene i månedene og årene som kommer. Dessverre blir det nok heller enn dragkamp mellom miljøer og sykehus, fremfor det det burde vært. Å benytte helsepersonell klokere bør få et større fokus, heller enn forsøk på tvangsflytting. Mangel på fagfolk kan også løses av at fagfolkene utelukkende brukes på det de kan best: fag og pasientbehandling.

Vi i Lofoten er i hvert fall klare til videre kamp for å beholde vårt lille, livsviktige og omsorgsfulle akutt sykehus (som leverer god faglig kvalitet)! ●

Akademisk forum – diskuterer:

# HELSEPLATTFORMEN

25. januar 2024

Akademisk forum ved UiO, tidligere kjent som Professorforeningen, ønsker å bidra til den offentlige debatten om viktige og samfunnsaktuelle tema. Det har vært arrangert to møter så langt i år. Det siste tok for seg «Akademisk Ytringsfrihet» - i kjølvannet av rektoravgangen på NTNU. Det første faktisk om «Helseplattformen». Viktige tema, som begge er et anliggende for den offentlige debatten.



» Av Arild Egge, redaktør i Overlegen

**D**irektør Slørdal i Helse Midt-Norge var invitert for å presentere status og reflektere over prosessen til nå. På Teams minnet han oss om at dette var et meget stort prosjekt og at slike vanligvis også bød på uforutsette problemer. Han måtte riktignok medgi at dette hadde tatt vesentlig lenger tid enn antatt – men at man hadde arbeidet intenst med alle avvik og regnet med å ha det meste på plass – innen mars/april da Helseplattformen (HP) skal breddes til flere kommuner og til Helse Møre og Romsdal. Virkeligheten sett fra parnasset var: «Vi har ham nå!»

Superbruker og overlege Berit Grandaunet la ikke overraskende fram en annen virkelighetsforståelse, der problemene knyttet til samtidig bruk er fortsatt uløst, brukerflaten er svært lite intuitiv og det tar tid å bygge sin egen profil. Og det må man gjøre – EPIC er en tom løsning i utgangspunktet med formål om «å gjenbruke data» i fremtiden; den må fylles.

Brukerrepresentanten fra YLF, Tobias Iveland utfordret Slørdal direkte på forarbeidet til valget av EPIC og HP-løsningen som sådan – med en parallell til det å innføre et nytt medikament i behandlingen. Selv om man ikke kan se for seg RCT-studier i denne sammenhengen – hva var gjort av Risikoanalyser i forkant av implementeringen? Det forelå mye negativ erfaring med nettopp EPIC, fra Finland og Danmark, på det tids-

**HELSEPLATTFORMEN:**  
**Strid og milliard-overskridelser? Hva gikk galt?**  
IT-, styrings- og ledelses-problemer i offentlig sektor? Noe å lære for akademika?

**Åpent møte (Fri adgang) Torsdag 25. januar 2024, kl. 16.30-18.30,**  
Auditorium 1, Sverdrups hus (Universitetsbiblioteket), UiO, Blindern



Egil Slørdal  
Adm., direktør  
Helse Midt-Norge



Siri Berg  
Konsulent administrasjon  
direktør i Helseplattformen



Are Brean  
Leitende skribent, Tidsskrift  
for Den norske  
legeforening



Magne Jørgensen  
Professor, informatikk  
OsloMet



Arild Egge  
Overlege OUS,  
Redaktør «Overlegen»



Berit HJ Grandaunet  
Overlege, Superbruker  
av Helseplattformen



Tobias Iveland  
Bruker, Yngre Legers  
Forening, og NTNU

MØTET BLIR STRØMMET  
Zoom lenke: <https://uiio.zoom.us/j/62339679985>

**AKADEMISK  
FORUM** 

punktet kontrakten ble undertegnet.

Professor i Informatikk Magne Jørgensen kan fortelle at det ikke er foretatt «en ekstern kvalitetssikring» av HP – noe som kunne ha gjort en forskjell. EPIC har en foreldet arkitektur (1966) og mange av problemene man ser nå, er det ikke så lett å se løsning på. EPIC ville ikke vært aktuell i dag, man tenker nå mer i «Økosystemer» som kan utvikles over tid og korrigeres når nye behov oppstår.

Are Brean fra Tidsskriftet hadde et elegant innlegg om tillit som limet i samfunnet – i denne sammenhengen at uheldige prosesser som dette, der ansatte og ledelse på kollisjonskurs med ulike virkelighetsoppfatninger

ikke bygger oppunder den tilliten i samfunnet, eller pasientenes tillit til helsevesenet. Han avsluttet med en påminnelse om eventyret «Keiserens nye klær» som var både treffende og særdeles god når han pekte på siste replikken: «Men, han har jo ingen klær på! Det krøp i Keiseren, for han skjønnte at de hadde rett, men han tenkte som så: «Nå må jeg holde prosessen ut.»

Konstituert direktør i HP Siri Berg ble alene tilstede om å besvare mange spørsmål fra auditorium og i panel-diskusjonen. Men – hun garanterte at alle fremdeles åpne tilsyn fra Helsetilsynet skulle vært lukket før Helse Møre og Romsdal skulle implementere HP til påsketider. ●

# En superbrukers erfaringer med Helseplattformen

Helseplattformen har nå vært i bruk i over ett år ved St. Olavs Hospital. Konturene av hva det til si å være «nasjonal utprøvningsarena» for visjonen innenfor rammene av ett gigantisk datasystem har nå begynt å tre tydelig fram.



» Av Berit Grandaunet, overlege phd, St. Olavs Hospital og superbruker i Helseplattformen

Visjonen om «1 innbygger, 1 journal» har vært et mantra i over 10 år. Tanken er at alle nødvendige journalopplysninger skal være tilgjengelig når det skal gis helsehjelp. Opprinnelig ble dette tenkt innenfor rammene av ett stort felles system men fra 2015 gikk man gradvis over til å tenke integrasjon og økosystem-løsninger.

Ledelsen i Helse Midt-Norge hadde dessverre allerede forelsket seg i tanken på et altomfattende fellessystemet og dermed ble Helseplattformen besluttet innført basert på det amerikanske systemet til Epic.

Jeg har vært såkalt «superbruker» i Helseplattformen. I min jobb er jeg avhengig av god tilgang til informasjon om mine pasienters helse, da jeg ofte må ettergå tidligere sykehistorie og retolke informasjon i et livstidsperspektiv hos kronikere. Bruk av tidligere innhentet informasjon er en oppgave som faller inn under legenes arbeidsområde. Dette er en viktig årsak til at det særlig er legene som opplever Helseplattformen som problematisk.

Helseplattformen er bygd opp av en rekke ulike «applikasjoner» eller digitale rom. Data må ofte overføres manuelt mellom disse. For eksempel er det ikke mulig å rekvirere røntgen for en pasient som skal legges mens hen ennå er på poliklinikken. Opplysninger av denne typen følger digitalt rom, ikke pasienten per se. Denne oppbygningen kan logisk forståes ut fra amerikansk helsevesens oppbygning og finansiering.

Dette gir imidlertid en rigiditet i systemet som vil bety store strukturelle begrensninger for hvordan helsetjenesten kan organiseres, da blant annet besparende tiltak som dagpost ikke fungerer. Kombinasjonen av grunnoppbygning, manglende mulighet til å jobbe parallelt, høy kompleksitet betinget i at alle skal ha sine behov dekket og et vell av automatiske varsler, er de viktigste årsakene til at systemet oppleves som lite brukervennlig og ineffektivt.

Forutsetningen for å velge ett felles system, var tanken om at dersom alle er inne i samme løsning, vil alle samarbeide bedre. Faglig grunnlag for antakelsen mangler og løsningen gir utfordringer med henhold til lovpålagt taushetsplikt.

Helsepersonelloven sier at «helsepersonell skal hindre andre tilgang eller kjennskap til helseopplysninger eller personlige forhold». Erfaringen etter over ett års bruk er at det er vanskelig å sikre informasjon slik at alle kun får tjenstlige behov dekket. Personlig har jeg ofte kjent på ubehaget av å få presentert svært sensitiv informasjon jeg ikke trenger.

For eksempel har jeg fått detaljert informasjon om sanering av leilighet og renholdsrutiner i hjemmet. Dette er eksempler på hvor vidtrekkende delingen av såkalte helseopplysninger blir når «alle skal inn i samme system». Graden av tilgjengelig informasjon er neppe fullt ut forstått verken av myndigheter eller befolkningen for øvrig. Personlig er jeg glad for at fast-

legene har gitt klart uttrykk for at de ikke ønsker å ta i bruk løsningen da dette betyr at jeg kan fortsette å gå til min fastlege uten at sensitiv informasjon om meg deles på denne måten.

Effektiv kommunikasjon er avhengig av felles språk og målrettede beskjeder. Ulike deler av helsevesenet har ulike fagspesifikt språk. I Helseplattformen legges det opp til at informasjonen automatisk er tilgjengelig da alt legges inn i en felles database. Dette kan sees på som en stor sekk. All informasjon legges i samme sekk og gjør denne sekken unødvendig stor og rotete.

Når opplysningene da skal hentes ut igjen, så blir man nødt til å lete i denne sekken. Treffsikkerheten og effektiviteten i denne måten å jobbe på, er grunnleggende dårlig og du vil nødvendigvis komme over opplysninger du verken trenger eller forstår. Effektiv kommunikasjon mellom ulike deler av helsetjenesten, krever heller spesifikke beskjeder i et tilpasset språk av typen «såret skal skiftes slik» til den som skal ha oppgaven.

De første vitenskapelige oppgavene om temaet foreligger nå og konklusjonene indikerer ingen bedring av samarbeid ved den valgte løsningen.

Brukervennligheten er tett knyttet opp mot at brukergrensesnittet mellom ulike applikasjoner som for eksempel poliklinikk og sengepost er svært forskjellig i løsningen. Det som er riktig å gjøre i en poliklinisk setting er ikke riktig arbeidsflyt ved innleggelse. Når dette kombineres med en ekstremt kompleks arbeidsflate med flere lag av

” Fortsatt behov for kursing over ett år etter at løsningen er tatt i bruk, burde være bevis nok for at dette ikke er bærekraftig.

faner og nedtrekksgardiner der rekkefølgen er avgjørende, så blir dette vanskelig å beherske.

Fortsatt behov for kursing over ett år etter at løsningen er tatt i bruk, burde være bevis nok for at dette ikke er bærekraftig. Ansatte kvier seg for å gå mellom ulike enheter på grunn av ulike brukergrensesnitt. Muligheten for fleksibel bruk av personell og vikarer begrenses med dette. Dette er problematisk i et helsevesen der helsepersonell forventes å bli mangelvare.

Ineffektiviteten i løsningen forverres videre av at helsearbeidere må jobbe sekvensielt i løsningen. Parallell jobbing med samme pasient medfører låsing, et valg Epic har tatt for å unngå tap av helsedata. Problemet er velkjent. Avbøtende tiltak mot låst journal forventes å være en knapp der kollegaer kan hive hverandre ut ved behov.

Erfaringene fra Danmark og Finland gir lite grunn til optimisme. Det kom nylig rapporter fra Danmark om at man der hadde gitt opp automatisk overføring av helsedata til offentlige registre. Dette er også et uløst problem i Helseplattformen opp mot for eksempel Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret.

Erfaringene fra Danmark og Finland indikerer dessverre at problemene vedvarer. Det er derfor underlig at regjeringen ikke ser på muligheten for en nasjonal samordning av digitalt journalsystem da dette vil muliggjøre sparing av helsekroner uten at pasientnære tilbud affiseres og samtidig lukke avvikene i Helse Midt-Norge. ●



## Tiden, tilliten og makten til fagfolkene, løftet som ble borte

Vi skrev om Regjeringsplattformen i 4-2021.

Vi satte spesielt fokuset på den såkalte *Tillitsreformen*.

Sitat, og i våre tider er det viktig at det både står i anførselstegn og er ordrett riktig:

«Reformen handler om å gi de ansatte tid og tillit til å gi brukerne bedre tjenester, og den skal utformes i tett samspill med brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og ledelsen i alle store offentlige virksomheter. Målene i offentlig sektor skal være få, tydelige og relevante.» (Overlegen 4-2021, side 34).

### Nytt sitat fra samme nummer:

«Tillitsreformen i offentlig sektor skal gi tilliten, tiden, og makten tilbake til de som utgjør førstelinja og ryggraden i velferdsstaten, som for eksempel lærerene, sykepleierene, politibetjentene og fastlegene.»

Regjeringen har sittet i 2,5 år, og vi på sykehusene har i hvertfall ikke sett noe av denne lovede reformen.

I den nevnte artikkelen lovet OVERLEGEN å måle Regjeringen på dette løftet. Pt står Regjeringen til stryk.

«Haukugla»

# Helseplattformen: Hvorfor ble det så vanskelig?

I 2012 kom daværende helseminister Jonas Gahr Støre til Norges teknologihovedstad Trondheim for å orientere om stortingsmelding 9. Nå skulle alle innbyggerne i Norge få en journal som skulle følge oss hele livet. Optimismen var stor, men 11 år senere og mange milliarder brukt så er vi ennå langt unna målet.



» Av Roald Bergstrøm, tidligere IT-sjef på Levanger sykehus, forsker på SINTEF, og seniorrådgiver i KITH og Helsedirektoratet

**H**else Midt Norge ville bli pilot; nå ville de vise resten av landet hvordan det skulle gjøres. Det første skjæret i sjøen kom når de andre regionale helseforetakene ikke ville bli med, men HMN sikret seg politisk ryggdekning for å kjøre prosjektet som ble kalt Helseplattformen alene, men nå som en regional pilot. Og som kjent så falt valget på en leverandør, amerikanske Epic som sa ja til å levere alt i den omfattende kravspesifikasjonen på 4000 punkter.

## Divergerende oppfatninger

Det er divergerende oppfatninger om hvor godt Epic fungerer i amerikanske sykehus. Det fungerer for å sikre betalingsoppsett til sykehusene i det kompliserte oppgjøret mellom sykehus, forsikrings-selskap og pasienter, men legene forteller at systemet med de tusen klikk er blitt en belastning som går utover liv og helse.

President Obama satte i sin tid i gang det storstilte programmet for å gi amerikanske sykehus elektroniske journalsystemer, men i ettertid så sier han at dette prosjektet er det som han angreer mest fra sin presidenttid: *Amerikanske sykehus var hverken blitt bedre, sikrere eller mer effektive av å innføre elektroniske journaler.*

I tillegg ble ansatte, særlig legene, tvunget til å gjøre det som teknologien burde gjøre slik at de bruker mer tid på et datasystem enn på pasienten. Motstanden har vært stor blant helse-

personell både i USA, UK, Nederland, Danmark, Finland og nå i Norge. Lederne holder fast på sitt valg.

## Manglende kunnskaper

Epic kom til Trondheim uten å ha noen som helst kunnskap om det norske helsevesenet. Accenture hadde gitt de en innføring, men forskjellene er såpass store at de forstod ikke helt hva de kom til. St Olav var et moderne sykehus med avanserte IT-løsninger lenge før mange amerikanske sykehus.

Her skulle Epic inn og erstatte 80 andre løsninger med løsninger fra Epic. HMN og HP var så sikker på egen suksess at de ikke ville lytte til motforestillinger eller la NTNU evaluere brukervennligheten i systemet. Her er noen eksempler på forskjellene:

- Amerikanske sykehus har ikke ventelister.
- I amerikanske sykehus driver legene oftest sin egen virksomhet innenfor sykehuset.
- Samtidsproblematikken, om at flere skal ha tilgang til journalen samtidig, er ikke et problem i USA, men en helt nødvendig funksjon vi vårt norske offentlige helsevesen.

- Det er ulike roller og ansvar for helsepersonell i USA og Norge.
- Naturligvis så har språk, terminologier og faguttrykk, ulike kodeverk, standarder, målenheter osv. medført utfordringer.

Om ikke HMN hadde nok utfordringer fra før så valgte de også å ta i bruk SNOMED CT, et kodeverk med 350 000 helsefaglige uttrykk som alle skulle forholde seg til. Det er et gigantisk eksperiment som våre naboland Sverige og Danmark har gitt opp å innføre i full skala.

I en masteroppgave fra NTNU beskrives det hvordan HP må tilpasses arbeidsflyten til hvordan programvaren fungerer fordi det ellers vil komme til å berøre titusenvis av brukere i USA. Lar HMN seg presse til det så vil helsepersonell i Midt Norge måtte gi avkall på erfaring, utvikling og måter å arbeide på som de har utviklet sammen gjennom mange år.

## Innføringen og kostnadene

Helseplattformen skulle opprinnelig innføres i 2021, men med de stadige feilene og problemene som oppstod

» *Hovedproblemet med innføringen av Helseplattformen er at vi gir ansatte helsetjenesten et verktøy som går ut over arbeidet fordi systemet krever omfattende registreringer, det har mange feil og det er vanskelig å forstå logikken i.*



så ligger de langt etter planen. I Helse Møre og Romsdal skal de starte innføringen i april 2024 og i Helse Nord Trøndelag i november i 2024. Boston Consulting Group og Aftenposten skrev sommeren 2023 at nå var kostnadene kommet opp i 6,4 milliarder kr. HMN sier Helseplattformen holder seg innenfor sitt opprinnelige budsjett på 3,7 milliarder kr.

Prosjektet har store kostnader med en stab i HP på 530 personer + Hemit + fagkonsulenter + superbruker + konsulenter + Epic + opplæring av nærmere 50000 helsepersonell i sykehus og kommuner + kostnadene ved å drive både gamle og nye systemer. Noen kostnader regnes med, andre ikke. I dag er det ingen som vet hva HP vil komme til å koste slik at vi har ingen kost/nytte analyser.

### Helseplattformen blir aldri lønnsom

Det ser ut til at problemene og kostnadene aldri tar slutt og gevinstene uteblir: Helseplattformen vil aldri bli lønnsom fordi de løpende kostnadene vil være langt større enn de mulige innsparingene, viser beregninger Finland har foretatt.

Helseplattformen var prosjektet som skulle gjøre helsetjenestene i Midt-Norge bedre, sikrere og mer effektivt. Det skulle bli mer tid til pasienten og bedre arbeidsforhold for helsepersonell. Det vi fikk var et system som er så komplisert og ulogisk å bruke at helsepersonell bruker det meste av tiden sin på å streve med systemet.

### Erfaringene fra Finland

Finland startet 3 år før HMN og har gjort seg mange erfaringer:

- Brukervennligheten er ikke blitt bedre.
- Kostnadene ble langt høyere enn forutsatt.
- Mange kommuner trekker seg ut slik at prosjektet i 2024 må omstrukturere og nedskalere

### Visjonen

Visjonen var god, men det blir ikke Helseplattformen som realiserer



*Verktøyet er så komplisert å bruke at i en finsk doktorgrad hvor det er blitt forsket på brukervennlighet beskrives som om du skulle bli nødt til å spise suppe med gaffel. Du får det til, men det tar lang tid.*

visjonen om én innbygger – én journal fordi store kommuner i Midt Norge har gått ut og mange flere vurderer det samme. Fastlegene har for lengst sagt at de ikke ønsker løsningen.

Visjonen blir realisert av de nasjonale løsningene som nå kommer på plass, samt EUs nye direktiv som krever at helseopplysningene skal kunne følge oss uansett hvor vi er i Europa.

### Tilliten

I midten av februar 2024 orienterte HMN Helseministeren og skrev brev til Statens Helsetilsyn om at nå var alle feil som kan ha betydning for pasient-sikkerheten i hovedsak rettet. Nå har de 2 administrerende direktørene ved St Olav og HMR, Grethe Aasved og Olav Lødemel skrevet et brev til HMN hvor de sier at brevet HMN sendte til Statens Helsetilsyn er «lite presist på flere områder og etterlater et samlet inntrykk av at situasjonen er mer under kontroll enn den faktisk er»

Det er et oppsiktsvekkende brev hvor direktørene på sykehuset står mot direktøren i HMN. Tilliten til Helse Midt Norge er blitt betydelig svekket.

Frister for feilrettinger er blitt overskredet mange ganger, men det er fortsatt mange feil:

- Feil med ventelistene
- Manglende innrapportering til nasjonale registre inklusive NPR (Meldt av FHI)
- Ingen løsning på samhandlingskonflikten (meldt av Statens Helsetilsyn)
- Mange feil på røntgenmodulen (meldt av Statens Strålevern)
- Problemer med legemidler
- Mange tusen andre feil meldt av brukerne er ikke blitt rettet

Nå skal det igangsettes avbøtende tiltak for å ta ned risikoen. Mange av

feilene lar seg ikke rette fordi programmet bare fungerer slik. Epic og HMN kaller det optimalisering eller forbedringer, men alle andre kaller det for feil.

HMNs stadige forsikringer om at alt skulle rettes opp i løpet av kort tid, har ikke holdt stikk. Før jul for et år siden trodde styret i HMN at produktivitetsfallet på St Olav ville vare i bare 4 uker. Nå ser det ut til at produktivitetsfallet blir evig slik som mange nå har erkjent i Finland.

Det er blitt som Sunnmørsposten skriver, Helseplattformen ligner på vulkanrammede Grindavik på Island. I det man begynner å håpe at det hele begynner å roe seg kommer et nytt utbrudd.

### Bærekraft

Hovedproblemet med innføringen av Helseplattformen er at vi gir ansatte i helsetjenesten et verktøy som går ut over arbeidet fordi systemet krever omfattende registreringer, det har mange feil og det er vanskelig å forstå logikken i. Verktøyet er så komplisert å bruke at i en finsk doktorgrad hvor det er blitt forsket på brukervennlighet beskrives som om du skulle bli nødt til å spise suppe med gaffel. Du får det til, men det tar lang tid. I tillegg vil det over de neste 15 til 20 årene komme til å koste svært mye penger, noe innbyggerne i Midt Norge vil komme til å merke.

Om noen år så vil resten av Norge ha løsningene på plass som både følger de nasjonale strategiene og EUs direktiv om at helseopplysningene skal følge oss uansett hvor vi er. Da vil det ikke være mange som synes det hverken er fornuftig eller bærekraftig at Midt Norge har valgt et system som ingen andre i landet bruker og som de må bære alle omkostningene til selv. ●

# Helseplattformen svarer

Helseplattformen er bedt av bladet Overlegen om å kommentere nærmere noen av påstandene som kom fram under et møte 25. januar i Akademisk forum ved Universitetet i Oslo.



Foto: Hemit

» Av Siri Berg, konst. administrerende direktør

**O**ppgradering til *Epic Hyperdrive* ble vellykket gjennomført 12.2.24. Denne oppgraderingen har ført til forbedring av brukergrensesnitt, raskere responstid og forbedringer på blant annet «samtidighetskonflikt».

Når det gjelder samtidighet bør det også opplyses om at journalen alltid er åpen for lesing for alle brukere som har tilgang. Det er kun enkelte felter som låses for samtidig redigering, for eksempel legemiddellisten som det av pasientsikkerhetsmessige årsaker ikke er hensiktsmessig at to personer redigerer i samtidig.

## Åpne og lukkede avvik

Helsetilsynet har i sitt tilsyn av St. Olav (2023/1194-21, 3A TBL) påvist feil som kan kategoriseres slik:

1. Tekniske feil/forbedringer i løsningen
2. Manglende prosedyrer
3. Manglende etterlevelse av prosedyrer

Det som Helseplattformen kan gjøre noe med er punkt 1. Etter at rapporten fra Statens Helsetilsyn ble delt med St. Olavs hospital, utarbeidet sykehuset en liste med tiltak som de vurderte som kritiske for å lukke avvikene som ble påpekt av Helsetilsynet. Dette arbeidet hadde høyt fokus i et samarbeid mellom St. Olav og Helseplattformen gjennom resten av 2023. En styringsgruppe bestående av ledere fra sykehusene i regionen, Helseplattformen og Helse Midt-Norge RHF godkjente i desember 2023 milepælen om at disse endringene var utført. Saker som krever utvikling i Epic vil nødvendigvis ta

lenger tid, men noe, blant annet på legemiddelområdet, blir levert i oppgraderingen 11.3.24.

I St. Olav sin egen styresak 76/23 står det følgende: *Status Helseplattformen: Dette betyr at alle leveranser som var vurdert som påkrevet for å lukke avvik fra Statens Helsetilsyn blir levert i mars 2024. Før avvikene kan lukkes gjenstår det å se at alle tiltak og leveranser har hatt nødvendig effekt.*

## Meldinger til Medisinsk fødselsregister

Folkehelseinstituttet har varslet Statens helsetilsyn om kvalitetsutfordringer i rapportering fra St. Olavs hospital til Medisinsk fødselsregister (MFR) etter at sykehuset tok Helseplattformen i bruk. Årsaken er en kombinasjon av tekniske feil i Helseplattformen og feil i dokumentasjon fra St. Olav. Det er gjort et arbeid for retting av feil i løsningen og opprydding i dokumentasjon allerede, men noe arbeid pågår fortsatt for at MFR-meldinger for 2023 skal få ønsket kvalitet. Meldinger fra 2024 skal være av god kvalitet.

## Kundene i Helseplattformen bestemmer tilgangen for sine ansatte

Når man for første gang setter opp en delt journal mellom sykehus og kommuner, så betyr det at man deler informasjon på en ny måte. Det er gjort et stort arbeid i en gruppe av helsepersonell og jurister for å sette opp løsningen på en hensiktsmessig måte for å kunne gi nok informasjon, men ikke for mye informasjon. I praksis går det aldri an å treffe et punkt hvor man som helsepersonell alltid har tilgang til alt man trenger men aldri har tilgang til noe man ikke



Foto: auremar/stockadebe.com

trenger. Det betyr at helsepersonell her som før må lese det man har tjenstlig behov for, men ikke åpne informasjon man ikke har behov for. Hva man har behov for, vil naturlig nok variere fra situasjon til situasjon. Det er gjort et stort grunnarbeid her, men det vil være nødvendig med justeringer underveis, slik man også har gjort det i de gamle systemene.

Til slutt vil vi trekke fram enkeltvedtaket fra Helse -og omsorgsdepartementet som gjør det klart at det er kundene som er ansvarlige for hvilken tilgang den enkelte bruker skal ha, mens Helseplattformen er ansvarlig for å tilrettelegge for dette i systemet. ●

# Trening som medisin

» Av Eivind Wang, professor i medisin, Høgskolen i Molde; St.Olavs hospital  
Jan Hoff, professor i medisin, fra NTNU; St.Olavs hospital; Treningsklinikken; Myworkout  
Jan Helgerud, professor i medisin, NTNU; Treningsklinikken; Myworkout



## Utfordringen

Verdens befolkning blir stadig eldre samtidig som graden av fysisk inaktivitet i befolkningen øker. Dette varsler om en formidabel økning av en rekke livsstilsutløste sykdommer. Innen 2050 vil det for eksempel ikke bare være flere eldre enn barn, men behovet for helse-tjenester vil være enormt om utfordringen ikke møtes med kostnadseffektive tiltak. Allerede i dag ser vi at store deler av helsevesenet er under press. Helsevesenet har advart lenge; de har ikke kapasitet til å ta seg av alle som

trenger hjelp, og problemet kommer til å bli mye større. Vi har ikke råd til å bruke tradisjonell medisin på alle som trenger det. Folk må ta ansvar selv, de må være en ressurs, for barna, foreldrene og samfunnet.

## Sedentary death syndrome

Nær halvparten av befolkningen er nå helt eller delvis inaktiv slik det beskrives av helsemyndigheter (World Health Organization; WHO) over hele verden<sup>[1]</sup>, og nær halvparten av befolkningen er overvektig – og inaktiv. Det fører til en

særdeles negativ utvikling av inaktivitetsrelaterte sykdommer som ofte starter med høyt blodtrykk og høye negative kolesterolverdier og utvikles til kortpustethet, angina, røykebein, type 2 diabetes, infarkter, slag og hjertesvikt. Det øker smerter hos revmatikere og artroser gjennom overbelastning, hjelpebehov hos eldre på grunn av manglende styrke og øker forekomsten av en rekke kreftformer. I tillegg øker det jobbfravær og reduserer daglig prestasjonsevne. I fagkretser omtales dette ofte som «sedentary death syndrome»<sup>[2]</sup>.

Foto: Syda Productions/stockadobe.com



## Trening som medisin


Et kostnadseffektivt tiltak som kan møte utfordringen, er effektiv fysisk trening. Men rådene må være tydelige, enkle å forstå og basert på faglig dokumentasjon. Slik vi for tradisjonell medisin etterstreber å gi folk den beste behandlingen, og stiller krav til fagkunnskap, må vi gjøre det tilsvarende med fysisk trening. Trening er medisin. Vår forskergruppe har stått for en rekke gjennombrudd i kunnskapen om bruk av effektiv trening som behandling, hvor det i dag er dokumentert at trening er effektiv behandling alene eller sammen med medikamenter eller kirurgi for 35 av de største diagnosene i gruppen ikke-smittsomme sykdommer. Det er to hovedtyper trening som er vist å gi meget gode effekter både i forebygging og behandling: 1) Styrketrening for store muskelgrupper<sup>[3,4]</sup> og 2) Utholdenhetstrening for hjerte- og kretsløp<sup>[5,6]</sup>. Det er også viktig å legge til at disse to hovedtreningstypene ikke bare har en effekt på helsen, men også øker daglig prestasjonsevne betydelig. Treningen gir bedre helse og mer liv.

## Oppskriften

Oppskriften er enkel, kan virke kjedelig, og bør følges to ganger i uken. Oppskriften finnes på Høgskolen i Molde's hjemmesider<sup>[7]</sup>. Utholdenhetstreningen skal føre til at du blir svett og andpusten. Etter seks til åtte minutter med oppvarming består hver økt av fire minutter ganger fire med intervalltrening med tre minutter aktiv hvile mellom hvert intervall<sup>[8]</sup>. Tempoet skal være sånn at du kunne klart ett til to minutter mer etter hvert intervall i samme tempo. Vi anbefaler gange i motbakke for utrente og pasienter. Treningen er dermed meget gjennomførbar og skal kunne gjennomføres med god margin hver treningsøkt. Hjerte-kar-kapasiteten, målt som maksimalt oksygenopptak ( $\dot{V}O_2\text{max}$ ), øker typisk med 0.4 % hver gang du trener de første månedene, i alle aldersgrupper<sup>[9]</sup>. Tregheten i kretsløpet vårt gjør at det tar tid å oppnå høy blodstrøm, og dermed treningsstimuli<sup>[10,11]</sup>. Hvert intervall bør derfor være av en viss varighet, men samtidig ikke så lang at melkesyren i muskula-

turen bygges opp for mye slik at man stivner. Derfor er fire minutter valgt; fordi det gir en høy blodstrøm fra hjertet og optimale signaler for biologiske endringer av hjertestørrelse og funksjon, samtidig med økt størrelse og elastisitet i blodkar og utvikling av kapillærer og mitokondrier i muskulatur.  $\dot{V}O_2\text{max}$  slår blodtrykk, kolesterol og BMI i prediksjon av sykkelighet og tidlig død<sup>[12]</sup>. Bedring av  $\dot{V}O_2\text{max}$  reduserer blodtrykk dobbelt så effektivt som den beste blodtrykksmedisinen<sup>[13,14]</sup> og reduserer plakkavleiringer i årenettet<sup>[15]</sup>. For hver uke du trener de første månedene, reduseres biologisk alder med ett år per treningsuke som følge av økt hjerte-karkapasitet!

Styrketreningen har som hensikt å trene nervesystemet og skjelettmuskler. Den hurtige og sterke delen av muskulaturen vår, spesielt i underekstremitetene, er svært viktig for å opprettholde daglig fysisk funksjon<sup>[16]</sup>, unngå fall og brudd<sup>[17]</sup>, og redusere energikostnaden når vi beveger oss<sup>[3,18]</sup>. Etter to oppvarmingsserier på moderat belastning er oppskriften 4 repetisjoner i hver serie, i 4 serier, med tre minutter hvile mellom hver serie. Her skal intensiteten være maksimal slik at det er så tungt som mulig når man skyver fra. Greier man flere enn fire repetisjoner, økes vekten<sup>[19]</sup>. En horisontal beinpress er å foretrekke, der man går ned til 90 graders vinkel i kneleddet, men alle former for beinstrekk hvor belastningen blir stor nok til at du kun klarer fire løft vil gi samme effekt. Vår forskningsgruppe har dokumentert at styrketrening for store muskelgrupper i underekstremitetene (beinpress) utvikler nevralt nettverk i hjernen<sup>[20]</sup> og styrker den nevralt driven fra motor cortex, via spinale faktorer, til perifere nerveceller<sup>[21,22]</sup>. Disse treningstilpasningene gjør at hurtige muskelfibre kan rekrutteres raskere og bedre og sannsynligvis for-

 *Alle leger skal foreskrive effektiv trening i alle konsultasjoner. At ikke alle kommer til å følge treningsrådene, eller kun delvis kommer til å følge dem, kan ikke være noen argumentasjon for å endre de faglige rådene.*

hindre at hurtige motorenheter dør<sup>[23,24]</sup>. Treningstilpasningene for hver enkelt treningsøkt er enda mer imponerende enn for utholdenhetstrening med en typisk respons på 1-2 % per treningsøkt de første månedene<sup>[25,26]</sup>. Det tilsvarer ett til to år yngre i alder for hver gang! En typisk 70-åring vil kunne oppnå muskelstyrken til en gjennomsnittlig 20-åring etter 15-30 treningsøkter. Til tross for oppsiktsvekkende gode resultater er det omtrent ingen som gjør denne typen styrketrening i dag.

Utholdenhets- og styrketreningen kan gjerne kombineres i samme økt i denne rekkefølgen<sup>[27,28]</sup>. Hver økt tar da ca. en time. Dette er de beste faglige treningsrådene vi kjenner til for å bedre hjerte-kar-systemet og skjelettmuskelstyrke. To timer i uka bør være en overkommelig tidsbruk, og vi ser ingen grunn til at vi bør anbefale noe mindre enn det. Timebetalingen bør være god slik at den har en tilstrekkelig effekt på helse og prestasjon, og dermed hjelper den enkelte, familie og venner og bidrar vesentlig til å møte samfunnets store helseutfordringer. At ikke alle kommer til å følge treningsrådene, eller kun delvis kommer til å følge dem, kan ikke være noen argumentasjon for å endre de faglige rådene. På liknende vis som vi må anbefale folk å slutte å røyke - ikke redusere antall sigaretter per dag *litt* - fordi det er bedre enn ingenting.

## Diagnosebasert trening:

### Fra grunnleggende oppdagelser til klinisk praksis

Hvordan skal vi omsette faglige råd om fysisk trening i klinisk praksis? I tråd med presidenten i Kaiser Permanente, presidenten i American Medical Association og svært mange andre fagfolk ønsker vi at **alle leger skal foreskrive effektiv trening i alle konsultasjoner**. Det finnes flere eksempler på klinikker og institusjoner som i dag tar imot

henvisninger fra leger og bruker de vitenskapelige rådene systematisk i daglig praksis. Eksempelvis kan nevnes Treningsklinikken i Trondheim som har en driftsavtale med Helse Midt-Norge og tilbyr både dagrehabilitering og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Klinikken tar imot henvisninger for revmatologiske og inflammatoriske sykdommer, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, post-covid, multippel sklerose, Parkinsons sykdom, fedme og kreft. Treningsklinikken ved St.Olavs hospital i Trondheim er et annet eksempel og tar imot pasienter med psykiske lidelser. Vi skulle hatt langt flere klinikktilbud enn hva som er tilfelle i dag for å møte de store helseutfordringene, men det er også behov for å endre måten man gir behandling på slik at de blir mer kostnadseffektive. Spesialisthelsetjenester som før krevde innleggelse kan nå ytes poliklinisk, og tjenester som før krevde fysisk oppmøte kan utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologiske løsninger. Dette er enklere for pasientene og frigjør tid for helsetjenesten. Som et eksempel på dette kan legene nå også gi råd om å laste ned appen MyworkoutGO<sup>[29]</sup> for å gi treningsstøtte for gjennomføring av effektiv trening slik som beskrevet ovenfor, måle  $\dot{V}O_2$  max og følge framgang. Appen MyworkoutGO er tilgjengelig i appstore og er godkjent av Helsedirektoratet som sikker helseapp. Alle utrente og pasienter, uavhengig av diagnose, bør anbefales å trene både styrke og utholdenhet. Treningen kan også være diagnosebasert, der for eksempel pasienter med muskel- og skjelettsykdommer eller nevrologiske sykdommer vil kunne ha ekstra store fordeler av styrketrening, mens pasienter med hjerte-kar-diagnoser vil ha ekstra stor gevinst av utholdenhetstrening. Det finnes også elegante varianter av treningen for enkelte pasientgrupper der for eksempel KOLS-pasienter bør sykle intervaller med ett bein av gangen for best effekt<sup>[30]</sup>, og slagpasienter bør trene styrke med ett og ett bein<sup>[31]</sup>.

Slik kunne vi fortsette... Vi tillater oss å avslutte med en gjentakelse:

**Alle leger skal foreskrive effektiv trening i alle konsultasjoner. ●**

## Referanser

1. Organization, W.H.; Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/physical-activity/global-status-report-on-physical-activity-2022>.
2. Lees, S.J. and F.W. Booth, *Sedentary death syndrome*. Can J Appl Physiol, 2004. 29(4): p. 447-60; discussion 444-6.
3. Ceseiko, R., et al., *Heavy Resistance Training in Breast Cancer Patients Undergoing Adjuvant Therapy*. Med Sci Sports Exerc, 2020. 52(6): p. 1239-1247.
4. Helgerud, J., et al., *Maximal strength training in patients with Parkinson's disease: impact on efferent neural drive, force-generating capacity, and functional performance*. J Appl Physiol (1985), 2020. 129(4): p. 683-690.
5. Brobakken, M.F., et al., *One-year aerobic interval training in outpatients with schizophrenia: A randomized controlled trial*. Scand J Med Sci Sports, 2020. 30(12): p. 2420-2436.
6. Wang, E., et al., *Exercise-training-induced changes in metabolic capacity with age: the role of central cardiovascular plasticity*. Age (Dordr), 2014. 36(2): p. 665-76.
7. Fysiologi, H.i.M.; Available from: <https://www.himolde.no/forskning/grupper/fysiologi/treningsanbefalinger.html>.
8. Helgerud, J., et al., *Aerobic high-intensity intervals improve  $VO_{2max}$  more than moderate training*. Med Sci Sports Exerc, 2007. 39(4): p. 665-71.
9. Støren, O., et al., *The Effect of Age on the  $V O_{2max}$  Response to High-Intensity Interval Training*. Med Sci Sports Exerc, 2017. 49(1): p. 78-85.
10. Nyberg, S.K., et al., *Blood flow regulation and oxygen uptake during high-intensity forearm exercise*. J Appl Physiol (1985), 2017. 122(4): p. 907-917.
11. Saltin, B., et al., *Skeletal muscle blood flow in humans and its regulation during exercise*. Acta Physiol Scand, 1998. 162(3): p. 421-36.
12. Ross, R., et al., *Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement From the American Heart Association*. Circulation, 2016. 134(24): p. e653-e699.
13. Canoy, D., et al., *Antihypertensive drug effects on long-term blood pressure: an individual-level data meta-analysis of randomised clinical trials*. Heart, 2022. 108(16): p. 1281-1289.
14. Molmen-Hansen, H.E., et al., *Aerobic interval training reduces blood pressure and improves myocardial function in hypertensive patients*. Eur J Prev Cardiol, 2012. 19(2): p. 151-60.
15. Madssen, E., et al., *Predictors of Beneficial Coronary Plaque Changes after Aerobic Exercise*. Med Sci Sports Exerc, 2015. 47(11): p. 2251-6.
16. Unhjem, R., et al., *Functional Performance With Age: The Role of Long-Term Strength Training*. J Geriatr Phys Ther, 2019. 42(3): p. 115-122.
17. Wang, E., et al., *Impact of maximal strength training on work efficiency and muscle fiber type in the elderly: Implications for physical function and fall prevention*. Exp Gerontol, 2017. 91: p. 64-71.
18. Hoff, J., et al., *Maximal strength training of the legs in COPD: a therapy for mechanical inefficiency*. Med Sci Sports Exerc, 2007. 39(2): p. 220-6.
19. Berg, O.K., et al., *Early Maximal Strength Training Improves Leg Strength and Postural Stability in Elderly Following Hip Fracture Surgery*. Geriatr Orthop Surg Rehabil, 2021. 12: p. 21514593211015103.
20. Palmer, H.S., et al., *Structural brain changes after 4 wk of unilateral strength training of the lower limb*. J Appl Physiol (1985), 2013. 115(2): p. 167-75.
21. Toien, T., et al., *Maximal strength training: the impact of eccentric overload*. J Neurophysiol, 2018. 120(6): p. 2868-2876.
22. Unhjem, R., et al., *Strength training-induced responses in older adults: attenuation of descending neural drive with age*. Age (Dordr), 2015. 37(3): p. 9784.
23. Toien, T., et al., *Strength versus endurance trained master athletes: Contrasting neurophysiological adaptations*. Exp Gerontol, 2023. 171: p. 112038.
24. Unhjem, R., et al., *Lifelong strength training mitigates the age-related decline in efferent drive*. J Appl Physiol (1985), 2016. 121(2): p. 415-23.
25. Haglo, H., et al., *Maximal strength training in patients with inflammatory rheumatic disease: implications for physical function and quality of life*. Eur J Appl Physiol, 2022. 122(7): p. 1671-1681.
26. Kittilsen, H.T., et al., *Responses to Maximal Strength Training in Different Age and Gender Groups*. Front Physiol, 2021. 12: p. 636972.
27. Brobakken, M.F., et al., *Aerobic interval training in standard treatment of out-patients with schizophrenia: a randomized controlled trial*. Acta Psychiatr Scand, 2019. 140(6): p. 498-507.
28. Nygard, M., et al., *Strength training restores force-generating capacity in patients with schizophrenia*. Scand J Med Sci Sports, 2021. 31(3): p. 665-678.
29. MyworkoutGo. Available from: <https://www.myworkout.com/no>.
30. Bjorgen, S., et al., *Aerobic high intensity one and two legs interval cycling in chronic obstructive pulmonary disease: the sum of the parts is greater than the whole*. Eur J Appl Physiol, 2009. 106(4): p. 501-7.
31. Hill, T.R., et al., *Maximal strength training enhances strength and functional performance in chronic stroke survivors*. Am J Phys Med Rehabil, 2012. 91(5): p. 393-400.

# Kan du ikke bare spise da?

Spiseforstyrrelser er lidelser som primært rammer unge kvinner. Mange av de er barneskoleelever første gang tanker og plager om kropp og utseende kommer snikende og begynner å dominere tankeinnholdet. Mange rapporterer om flere år med slike tanker, før de faktisk taper vekt og problemene blir synlige for omverdenen.



» Av Oda Solheim Hammerstad, spesialist i psykiatri, overlege ved Enhet for spiseforstyrrelser, DPS Gjøvik, Sykehuset Innlandet HF og styremedlem i Overlegeforeningen

## Sårbarhet som risiko

Det er knapt noen pasienter som skaper mer følelse av avmakt hos hjelperne, enn de som vegrer seg for å spise. Kjernesymptomer ved spiseforstyrrelsene er overopptatthet av mat, kropp og vekt. Selv om det er undervekten eller avvik i blodprøvesvar som får oss leger til å kjenne på trang til å handle raskt, er det graden av psykopatologi som gjør at vi må ha kjennskap og kompetanse på spiseforstyrrelser for å kunne bedre tilstanden på sikt.

Spiseforstyrrelser som fenomen har vært kjent i flere hundre år. Meningsdannelsen har endret seg endel, men symptomene kan man kjenne igjen på tvers av tid og landegrensener. Vi snakker ikke lenger om hellig anoreksi, men om psykisk lidelse med store konsekvenser for liv og livsutfoldelse hos de som rammes.

Holdningen og tilnærmingen til pasientene har også endret seg betydelig og det er først i de siste årene at vi har tilbud om behandling som er allment tilgjengelig.

Hva som ligger til grunn for en spiseforstyrrelse, kan være så mangt. Det er nyttig å tenke på sårbarheten i lidelsen i en risikomodel, med et bio-psykososialt perspektiv på utvikling av lidelse. Genetikk, personlighet, temperament og oppvekstvilkår spiller viktige roller. Relasjonen til seg selv, til andre og tilknytningsmønster er hyppige terapi-tema. Blant mange vil man ikke finne noen spesifikk årsak eller begrunnelse for at nettopp denne pasienten ble rammet, mens andre har historier preget av omsorgssvikt, overgrep,



Foto: stockadobe.com



*Mange pasienter kjenner seg igjen i at de er i «feilsøkemodus». De er ofte selvkritiske og strenge, og langt strengere enn de er mot andre.*

mobbing, utenforskap eller grunnleggende reguleringsvansker.

Fra døgntil behandling i voksenalder psykiatrien erfarer vi at mange med langvarig og alvorlige plager, gjerne har et sammensatt sykdomsbilde med komorbide lidelser som depresjon, andre angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, ADHD, OCD, psykose eller autisme. Mange strever med at det å regulere seg, ofte kretser rundt destruktive mestringsstrategier, og at øvrig handlingsrepertoar er begrenset og ikke gir tilstrekkelig effekt.

#### **Hverdagsmat og atferdsendring**

Maten vi anbefaler til pasienten, er helt vanlig hverdagsmat, det vi alle spiser. Maten bidrar til vektnormalisering og etterhvert også stabilisering. Det er viktig å normalisere vekt tilstrekkelig, det vil si at man sikter seg inn på vekten man antar er pasientens biologiske likevekt. Dersom pasienten har hatt en sunn vekt tidligere i voksen alder, er dette et godt utgangspunkt. Hvis det ikke foreligger, anbefaler vi å nå en KMI på minst 20. Hos kvinnelige pasienter er målet i tillegg å få regelmessig menstruasjon. Det er viktig å ikke gi seg på en for lav vekt, da prognose og risiko for tilbakefall bedres ved tilstrekkelig vektnormalisering.

Mange strever med kompenserende atferd som oppkast, overtrening, bruk av laksantia eller andre metoder for å hindre vektoppgang. Flere opplever atferden som skamfull, og det kan være vanskelig å ta opp i frykt for reaksjonen til den som får høre om det. Det å kunne bidra til å dempe skammen vil kunne gi åpning for samtaler som igjen kan gi grobunn for endring.

Endel pasienter opplever å bli møtt med krav til atferdsendring de ikke kjenner seg klare til. Det er noe veldig menneskelig over å ikke ville endre seg, med mindre det foreligger gode grunner. For mange representerer

spiseforstyrrelsen en venn og en trøst, som at den gir en slags lovnad om å føle seg bedre med seg selv. Det er allikevel vanskelig, for ikke å si umulig, å skulle følge alle reglene som spiseforstyrrelsen har satt opp.

#### **Angsten som bestemmer og begrenser**

Angst er finurlige greier. På den ene siden gir det god mening å unngå sterk angst og ubehag, man vil jo tross alt sitt eget beste. På den annen side blir handlingsrommet stadig mer snevert om man lar angsten ta beslutningene over tid. «Straffen» som følger av å bryte ut, gjøre motsatt av hva angsten vil, kan være sterk, lammende og smertefull. Det er forståelig at man vil unngå dette.

Ambivalens er et stort tema i spiseforstyrrelsen. Det er mange beskrivelser av sterke stemmer som roper og skriker, som nekter deg mat, som lister opp alt du ikke kan gjøre eller får lov til. Det er bråkete i hodet, du får ikke fred. Særlig er det ufred ved spisebordet. Ambivalensen gjør seg gjeldende når du vet eller kjenner at du trenger mer mat og drikke allikevel.

Min erfaring er at lidelsen er beheftet med en voldsom tvil om hva man skal gjøre, i en setting hvor man strever i valget mellom fornuft og følelser. Mange vet hva de burde, vet godt hva de har blitt fortalt igjen og igjen. Så kommer tvilen og river og sliter, angsten vokser seg større og sterkere, og man kjenner seg usikker. Det er kanskje likevel best å være på den trygge siden?

Innsikten til hva man holder på med kan være påvirket på mange forskjellige måter. Flere forteller at de etter hvert, med litt avstand til sykdommens dominans, oppfatter eget tankeinnhold og fornuft som nærmest overtatt av angst, det var ikke plass til rasjonell vurdering av egne behov. I periodene med undervekt og sterk restriksjon, var fornuften nær fordultet. Det gav fullstendig mening å gjemme mat, knipe på mengder

og veie seg mange ganger om dagen. Det gav system i kaos, det var noe man kunne gjøre og forholde seg til.

Pasientene med spiseforstyrrelse er først og fremst redd. Det uangripelige ytre, det glatte smilet, det insisterende «det går fint», det tjener mest som beskyttelse for å blottlegge seg eller å beskytte en viktig og virksom måte å regulere seg på. Mat som virkemiddel er sterkt, det rokker ved noe grunnleggende hos oss.

#### **Trygghet og forutsigbarhet**

Det kan være en trygghet i seg selv, å bli møtt flere ganger, av en seriøs og trygg voksen med kompetanse, en som ikke er like redd som foreldrene. Legen bør kunne gi informasjon om hva en kropp trenger og at det bør være balanse mellom mat, hvile og aktivitet. Det er meningen at alle skal ha en kropp.

I behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelse er jeg helt konsekvent i budskapet om å ta vare på seg selv. Mat er omsorg, det er ikke snilt å la noen sulte, ei heller seg selv. Man trenger hvile, varme og gode mennesker rundt seg. Det å hjelpe til å bedre sin evne til egenomsorg er ofte en fin inngangsport.

Mange pasienter kjenner seg igjen i at de er i «feilsøkemodus». De er ofte selvkritiske og strenge, og langt strengere enn de er mot andre. Det å få støtte og tillatelse til å ta vare på seg selv, gjøre mot seg selv som man ville gjort mot andre, det er av det gode. Atferden knyttet til å sjekke kroppen, kontrollere maten og hva som er i den, telle kalorier og antall skritt og alt som kan høre til, det har kanskje sin indre logikk, men det holder deg tilbake og på stedet hvil.

Ingen gode relasjoner er grenseløse. Pasientene trenger en trygg og stødig ramme. Forutsigbarhet i kontakten og i innholdet i relasjonen til behandler er nødvendig. Vi er hjelpere som er på jobb og derfor kan hjelpe i arbeidstiden.



*Det viktigste vi da kan gjøre er å begrense lidelse, både kroppslig og sosialt og hjelpe den syke til å leve så normalt som mulig.*

Timer avtales og dersom det blir endringer så gir vi gjensidig beskjed. Vi snakker åpent om hva som er av bekymring og vi gir tilbakemeldinger som er sanne, også når de er vonde.

Vi er selvsagt konsekvente i budskapet om at man trenger mat, og i rammen ligger det at vi må følge med på ulike parametere som vekt og blodprøver.

Beklageligvis er behandling på dette feltet en begrenset ressurs. Det er ofte ventetider på innleggelse, og poliklinisk behandling kan være av for kort varighet og med varierende kompetanse. Mange pasienter trenger oppfølging over tid, og med en viss intensitet for å kunne ha tilstrekkelig med støtte for å jobbe seg ut av spiseforstyrrelsen.

Jeg vil allikevel hevde at mange kan gjøre mye. Det å snakke om egenomsorg og tilby en trygg ramme, med klar, tydelig varme i tilnærmingen, det kan vi alle gjøre. Kjeft, formaninger og skremselstaktikk fungerer dårlig, selv om vi kan kjenne oss både fristet og drevet til å bruke den delen av oss. Forsvaret aktiveres gjerne, og vi snakker ikke lenger med den syke, i beste fall til. En allianse handler om at man faktisk er åpen og ærlig om bekymringer og utfordringer, men ikke at man selv mister fokuset på å komme i og være i kontakt.

#### **Pårørende som ressurs eller uheldig relasjon**

Det å støtte pasienten til å løse problemene sine i terapi og i relasjon, heller enn på tallerken og badevekt, er budskapet vi ønsker å formidle. Holdningen om at de grunnleggende sett forsøker å hjelpe seg selv, men strever med hvordan, er nyttig i møte med den syke og deres pårørende.

Pårørende kommer i alle farger og fasonger, og mange har forstrukket seg og har blitt rådville på veien. De trenger nok ofte mer enn det synes som. Mange familier har begitt seg ut

på stadig mer uhensiktsmessige måter å leve livene sine på. Mat og måltider tar særlig stor plass, og er en kilde til frustrasjon, fortvilelse og avmakt. Det å leve med alvorlig lidelse i nær familie er krevende, og hele familien trenger ofte ivaretagelse. Det rokker ved noe grunnleggende hos foreldre at de ikke makter å gi barna sine mat. Noen foreldre strekker ikke til, og noen få har også vært skadelige for sine barn. Dette må vi som helsepersonell forholde oss til, og vår lojalitet ligger hos pasienten. Der det beste for pasienten er å reetablere forholdet til foreldre som ønsker og vil det beste for barnet sitt, der skal vi støtte, trygge, lære opp og hjelpe foreldrene til å være de foreldrene som barnet trenger. Det gjelder jo tross alt de fleste av dem. Der relasjonen og dynamikken er skadelig, vond og fastlåst trenger pasienten å finne støtte, trygghet og hjelp i noen utenfor foreldrerelasjonen og ramme inn eller begrense relasjonen.

Vi må se pasientene som de individer de er, og med de styrker og ressurser som faktisk er tilstede. Det er ikke slik at de «bare» skal spise, men det å spise er tross alt grunnleggende for levende organismer. Uten dette duger vi ikke til stort, ei heller til terapi.

Hvis vi klarer å ha minst to tanker i hodet samtidig, kan vi gjøre mye for mange. Tross alt blir de fleste ganske eller helt bra av sin spiseforstyrrelse i et lengre perspektiv. Det viktigste vi da kan gjøre er å begrense lidelse, både kroppslig og sosialt og hjelpe den syke til å leve så normalt som mulig. Ved tidlig og riktig oppfølging av ungdommen som strever med selvbilde, dysfunksjonell regulering av følelser og trang til å dempe seg selv, så kan vi kanskje gripe inn før konsekvensene blir store. ●

# Omsorgens pris

**Lege-pasientforholdet er i sin natur ikke jevnbyrdig. Det skal det heller ikke være. Pasientene kommer til oss fordi vi kan noe, eller fordi vi kanskje kan hjelpe dem med noe som har skjedd dem.**

**S**kjevheten i relasjonen er nær sagt en slags forutsetning for at vi skal kunne møte pasientene som ekspert. Vi er der for den ene, den som søker hjelp og behandling. Pasienten har noen forventninger til oss og hvordan tilliten man som pasient gir, blir forvaltet. Ikke minst skal pasienten slippe å være omsorgsgivere ovenfor oss som helsepersonell.

For å ivareta ekspertrollen så kreves det mye av oss. Den formaliserte utdanningen, veiledningen, attestasjoner på ferdigheter og verdifull erfaring. Det er soleklart at for en lege vil læringen aldri slutte, den fortsetter så lenge vi lever, og i hvert fall så lenge vi har pasienter.

Omsorgen gjør noe med oss. Det kan være godt å trøste og se at byrden letter, men børen er jo ikke forsvunnet. Det sies at delt sorg er halv sorg. Hvor blir det av resten av sorgen?

Det er fristende å gå til termodynamikken og termodynamikkens lover for rettledning; Energi kan verken oppstå eller forsvinne, men skifter form.

Mange med meg har erfart at det koster å gi av seg selv. Skal man gi noe til noen, må man ha noe å gi. Vi vet at vi må møte på jobb uthvilte, at vi må spise, drikke og kort sagt være i en tilstand der vi kan konsentrere oss om den andre og hva oppdraget er. Vi skal altså være rustet til å lette børen.

Termodynamikkens andre lov forteller oss at varme overføres spontant, alltid fra et sted med høy temperatur til et sted med lavere temperatur. Og dette er viktig: For det er aldri omvendt!



# og behovet for frihet

Av Oda Solheim Hammerstad, spesialist i psykiatri, overlege ved Enhet for spiseforstyrrelser, DPS Gjøvik, Sykehuset Innlandet HF og styremedlem i Overlegeforeningen



Foto: Pimwital/stockadobe.com

De fleste av oss jobber med å nullstille oss mange ganger om dagen, men noen ganger er det verre enn ellers. Pasienten eller situasjonen vekker de samme følelsene som du forsøker å regulere hos deg selv. Du kan være mett av inntrykk og oppgaver.

Så hva krever vi egentlig av oss leger? Hvordan skal vi kunne klare å gi, og hva om vi strever med å fylle våre egne reserver?

Jeg tenker ofte at vi har en slags tank, et basseng, eller et rom, hvor vi har oss selv. Det bør være både varmt, og fylt med det vi selv trenger, og det vi kan dele med andre. For å kunne gi, så må det altså være en slags balanse i input og output, ellers kan vi gå tom.

Skal vi kunne overføre varme (omsorg og trøst), så må det følgelig være noe omsorg og trøst å dele videre med noen.

Termodynamikkens tredje lov: Når temperaturen nærmer seg det absolutte nullpunkt, så stanser alle termodynamiske prosesser. Varme vil ikke lenger overføres.

Leger som da har kjølnet, om det er midlertidig eller i en tilstand av permafrost, vil ikke kunne overføre varme til den som trenger det. Det er kanskje noe av det mest ødeleggende vi kan kjenne på, at vi ikke lenger har noe å gi.

Legens oppvarming og påfyll må i utgangspunktet komme fra et annet sted enn fra pasientene. Det er ikke til hinder for å dele gledene vi møter, og kjenne at det er av det gode å ha vært til hjelp. Poenget er at vi kan ikke regne med at vi skal få tilstrekkelig varme og påfyll fra pasientene alene - det ville være urimelige krav og forventninger til de syke.

## Så hvor skal påfyllet komme fra?

Kunnskap, veiledning, kursing og faglig oppdatering er viktige arenaer. Ikke bare fordi de hjelper oss med de konkrete ferdigheter og kunnskaper vi må besitte, men fordi de også er arenaer for å finne forståelse, innsikt og utdyping av den indre støtte vi trenger.

Kolleger. Hvem er bedre rustet til å gi oss et faglig fellesskap og forståelsesramme til det vi holder på med enn gode kolleger? Man skal ikke undervurdere veiledning og samtale om rollen gjennom yrkeskarrieren.

Autonomi. For at vi skal kunne klare dette yrkeslivet, opp- og nedturen, sykdom, skade, død og fortvilelse, så må vi kunne ha en viss faglig frihet i det vi holder på med. Vi trenger faktisk autonomien for å verne om oss selv, at vi ikke går tomme, at vi har noe til oss selv og til vår neste.

Denne friheten i fagutøvelse må vi selvsagt forvalte i tråd med god medisinsk praksis og i tråd med juridiske og etiske retningslinjer. Vi møter allikevel relativt hyppig dilemmaer vi må forholde oss til, og systemer som utfordrer autonomien.

Det hyppigste dilemmaet er nok tidsnøden og samtidighetskonfliktene, travelheten i oppgaveløsningen. Det å ikke få omstilt seg og dermed møter neste oppgave uten å være klar for den, betyr i praksis større slitasje.

Det å kjempe mot systemer er ødeleggende. Der har fagfeltene noe til felles, og hver sin arbeidsplass har sine systemer som både kan gi, og ta av autonomien. Arbeidsplasser som tar sine ansatte på alvor, som kjenner til både termodynamikk og dynamikken mellom mennesker og vet å gi påfyll og rom for faglighet, vil gi oss mer enn de koster oss.

De fleste av oss overleger jobber på sykehus. For å bevare helsepersonell i den offentlige helsetjenesten så må det være det foretrukne stedet å jobbe. I det ligger det å ha arbeidsplasser hvor det er mulig å holde varmen. ●

# «Tekstlikhet» er tyveri!

«Tekstlikhet» høres nesten litt harmløst ut. Men det handler om plagiat, altså tyveri. Og det er svært dårlig forskning.



» Av Jana Midelfart-Hoff, overlege, spesialist i nevrologi, assisterende fylkeslege hos Statsforvalteren i Vestland og professor ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo

Dette innlegget sto første gang på trykk i Bergensavisen tirsdag 20. februar 2024

«Å stjele av andres åndsverk er et grovt ran» sa historielæreren min på gymnaset. Hele den slanke lille damen dirret indignert, mens hun boret sine stålblå øyne i oss. Bakgrunnen var den forestående sær oppgaven i historie. Hun mistenkte nok at noen kunne falle for fristelsen til å gjøre andres fine formuleringer/refleksjoner til sin egen.

Lett for, som et litt behagelig alternativ til å gjøre tenk arbeidet selv, eller når de beste formuleringene føles allerede brukt opp. Kanskje litt begge deler. Men det gjør det altså ikke det spott bedre, som min historielærer så tydelig formidlet til oss. Det er tyveri, det er plagiat (og ikke det som nesten høres litt harmløst ut; «tekstlikhet»), det er frekt og det kan være farlig.

**Opp gjennom årene** har jeg hatt mange veiledere, både under skriving av semesteroppgaver på medisinstudiet og senere under min doktorgrad. Felles for dem alle var at formuleringer som oste av læreboksfatter- og ikke av en skarp legestudent midt i studiet – utløste utropstegn og røde linjer. Det ble innprentet både i meg og mine medstudenter/stipendiater at det vi skrev, det skulle og måtte være vårt. Så kan det skje glipper, man går vill i egen tekst, man glemmer kursiv eller hopper over en referanse. Sporadisk er det hendelig uhell som må tolereres, satt i system er det juks.

**Etter hvert er jeg** også selv blitt veileder for studenter og leger som skriver oppgaver, artikler og doktorgrad. Det er utrolig gøy, utrolig givende - og utrolig krevende. Jeg går inn i tekster som en slags gartner; jeg luker, drar opp ugress og prøver å få blomstene frem i sollyset. Og jeg prøver med min

hjelp å få frem det som er åndsverket deres, det funnet som gjør at teksten blir verdt å lese og bidrar til å utvikle den felles kunnskapsbasen som forskning er. Bittelitt.

**Forskning er «stein-på-stein».** Som overmodig ny forsker kan man lett utbasunere at «dette har aldri vært gjort før». Jeg har gjort det, de jeg veileder gjør det. Med et par unntak for Einstein og hans like - dette er aldri rett! Du har bare ikke lett godt nok i forskningen som allerede finnes. Noen har alltid gjort nesten det samme som deg. Det du gjør, bygger videre på det de har gjort. Og andre skal bygge på det du har funnet. Sånn som når man bygger Lego; kloss på kloss.

Og akkurat som med Lego, er det sånn at dersom du putter inn en kloss med to tagger, der det skulle ha vært fire – så blir det feil. Kanskje klarer du å stable et byggverk på beina, kanskje står det en stund. Men etter hvert vil det rase, enten av seg selv eller fordi det ikke tåler selv den minste dytt.

**Sånn er det med forskningen også.** I et samfunn hvor vi baserer så mye av hvordan vi organiserer oss og hvordan vi bruker våre felles penger og krefter, på nettopp forskning – kan dårlig utført forskning gjøre at ting raser sammen. Plagiering er dårlig forskning. Å plagiere tar vekk noe av viktigste i forskningen; nemlig å stille spørsmål. Også ved det andre har gjort. Ved bare å skrive av andre, uten egne refleksjoner og innspill, tar man det andre har gjort for god fisk.

**Ofte kan det sikkert** være det (forutsatt at de du plagierer ikke selv har plagiert!), men tenk innenfor medisinen hvis ingen hadde stilt spørs-

mål etterhvert om lobotomi virkelig var bra for pasientene? Om ingen hadde ønsket å se på om røyking virkelig var helt ufarlig eller om pasienter med hjerneslag virkelig ikke hadde nytte av opptrening etterpå? Vi vet i dag svarene fordi noen turte å spørre og ikke fulgte strømmen. Hvis ikke, hadde det vært mye lidelse for mange.

**Derfor er det også** noen hevder at innenfor medisin bør det være skikkelig strengt hva forskningsjuks angår. I andre fag derimot, trenger man ikke være så opptatt av det. Mon det. Også i andre fagområder har det store konsekvenser hvis forskningsresultater som publiseres, ikke kan stoles på: Hva med bruer som går i stykker etter kort tid fordi den nye måten å konstruere på ikke var god nok? Eller hvis studier på tilpasset undervisning i skolen ikke viste noen effekt, noe som førte til politiske omprioriteringer og kutt i bevilgninger, før man oppdaget at studiene ikke var skikkelig gjennomført - kanskje bare gjengivelse av det noen andre hadde hevdet?

**Regjering og Storting** gjør sine prioriteringer innenfor alle samfunnsområder med betydelig støtte i forskningen på de ulike felt. Noen politikere påberoper seg nettopp forskningserfaring for å legitimere sine beslutninger. Det må de gjerne gjøre, men da må den ikke være basert på juks.

**Å stjele har vært** sett ned på gjennom størstedelen av menneskets historie, og det er jo det plagiat er. Å stjele andres sitater, diskusjon eller det materialet de har forsket på, kan ikke sidestilles med å stjele solbriller.

**Det er verre. ●**



### Effektiv og vedvarende LDL-C reduksjon<sup>1</sup>

I en samlet analyse av fase 3-studiene Orion-9, -10 og -11 ga Leqvio 50,7 % LDL-C reduksjon vs placebo ved dag 510 (95 % KI: -52,9 %, -48,4 %; p<0,0001) og 54 % LDL-C reduksjon som vedvarte fra måned 3 til måned 18 vs placebo (95 % KI: -56 %, -51 %; p<0,0001)

**50,7 %**

### To doser per år etter oppstartsdosering første år

Ferdigfylt sprøyte som administreres av helsepersonell, subkutan injeksjon.

**2x**  
årlig

### Godt dokumentert sikkerhetsprofil<sup>2,3,4,5</sup>

Langtidsdata opp til 6 år viser ingen nye sikkerhets-signaler i forhold til funn i forutgående fase 3-studier over 18 måneder.

**6** års  
data

### Sikkerhet ved forskrivning av Leqvio:

I de pivotale studiene forekom bivirkninger på injeksjonsstedet hos henholdsvis 8,2 % og 1,8 % av pasientene på inklisisiran og placebo. Forsiktighet ved alvorlig nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon. Hemodialyse bør ikke utføres i minst 72 timer etter dosering med inklisisiran.

**INDIKASJON:** Leqvio er indisert hos voksne med primær hyperkolesterolemi (heterozygot familiær og ikke-familiær) eller blandet dyslipidemi, som tillegg til diett:

- i kombinasjon med et statin eller statin sammen med andre lipidsenkende behandlinger hos pasienter som ikke oppnår LDL-C-mål med maksimal tolerert dose av et statin, eller
- alene eller i kombinasjon med andre lipidsenkende behandlinger hos pasienter som er statintolerante, eller der et statin er kontraindisert.

**DOSERING:** Anbefalt dose er 284 mg inklisisiran administrert som en enkelt subkutan injeksjon. Første dose settes initielt, andre dose settes etter 3 måneder og deretter settes det en dose hver 6. måned.

**PAKNINGER, PRISER OG REFUSJON:** 1 stk. ferdigfylt sprøyte med kanyleskjold, 026109, kr 31 461,20. Reseptgruppe C. Refusjon etter individuell søknad (§3) og i henhold til «Retningslinjer for individuell stønad for Leqvio» fastsatt av Helfo.<sup>6</sup> Konsulter alltid Felleskatalogtekst eller SPC for fullstendig sikkerhetsinformasjon før forskrivning

**REFERANSER:** **1.** Wright RS, Ray KK, Raal FJ et al. 2021 JACC Pooled Patient-Level Analysis of Inclisiran Trials in Patients With Familial Hypercholesterolemia or Atherosclerosis. **2.** Ray, K. K., Wright, R. S., Kallend, D., et al. Two phase 3 trials of inclisiran in patients with elevated LDL cholesterol. New England Journal of Medicine, 2020, 382.16: 1507-1519. **3.** Raal, F. J., Kallend, D., Ray, K. K., et al. Inclisiran for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. New England Journal of Medicine, 2020, 382.16: 1520-1530. **4.** Ray KK, Troquay RP, Visseren FL, et al. Long-term efficacy and safety of inclisiran in patients with high cardiovascular risk and elevated LDL cholesterol (ORION-3): results from the 4-year open-label extension of the ORION-1 trial. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2023 Jan 5. **5.** Wright, R. S., Koenig, W., Landmesser, U., et al (2023). Safety and tolerability of inclisiran for treatment of hypercholesterolemia in 7 clinical trials. Journal of the American College of Cardiology, 82(24), 2251-2261. **6.** <https://www.helseidirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/inklisisiran>, lest 30.01.2024.



# Ledelsesfilosofi ved lungeavdelingen



» Av Sverre Lehmann, overlege og avdelingsdirektør, lungeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus

## Kjære overlegekollega,

Jeg takker tidsskriftet «Overlegen» for invitasjon til å fortelle litt om ledelsesfilosofien ved lungeavdelingen på Haukeland universitetssykehus.

Hos oss har lederteamet konkretisert sin viktigste oppgave; å sikre at vi har motiverte medarbeidere. Klarer vi det, rekrutterer og beholder vi gode ansatte, og øker muligheten for å levere på helseforetakets fire hovedoppgaver; god pasientbehandling, forskning, utdanning, samt opplæring av pasienter og pårørende.

Motivasjon i jobb oppnås ved at medarbeideren får ansvar, fleksibilitet i jobben, klarhet i arbeidsoppgavene, opplever seg utfordret faglig, får anerkjennelse og ved samarbeid med andre kolleger i og på tvers av helseprofesjonene. Er disse faktorene på plass viser forskning at produktiviteten i organisasjonen øker med opptil 30 prosent.

## Hvordan omsette ledelsesfilosofien rent praktisk i avdelingen?

### 1) Kliniske mikrosystem team

Det er i frontlinjen, i daglig drift, kvaliteten på tjenestene leveres, og også der feil skjer. Paradoksalt nok gjøres likevel endrings- og forbedringsarbeid ofte sentralisert, av stab og ledelse med svak tilknytning til aktuelle pasientkategorier. Hvem vet mest om hvor «skoen trykker» enn våre gode fagfolk? Det er derfor ute i klinikken, på «grasrotten», vi bør arbeide for å levere gode og trygge pasientmøter og videreutvikle oss.

Tidene da pasienten kom til sykehus for å treffe én enkelt behandler, ofte legen, er forbi. Pasienten forholder seg til mange profesjoner; leger, merkantile, laboratorieteknikere, sykepleiere etc. både i poliklinikk og døgnopphold. Det er dette kliniske mikrosystemet, fagprofesjonene rundt pasienten, som har best forutsetning for å utvikle tjenestene. Her har legene en nøkkelrolle.

I løpet av de siste 15 årene har Lungeavdelingen utviklet 14 kliniske mikrosystem team rundt våre pasientkategorier, eksempelvis lungekreft, kols, interstitielle lungesykdommer, alvorlig astma, og søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser. Disse teamene er semi-autonome - de definerer selv tema for sine årlige forbedringsprosjekter. For å sikre at prosjektene har god kvalitet, med gjennomtenkt plan for intervusjon og evaluering, med avsatt tid til å møtes, understøttes teamet av en seksjonsleder.

Alle klinisk mikrosystem har en teamansvarlig overlege og en teamansvarlig sykepleier, bioingeniør, fysioterapeut etc. Typisk består teamet av fire-åtte personer, ut fra hensiktsmessighet. LIS3 deltar, og kan skrive et kvalitetsprosjekt som inngår i læringsmålene for spesialisering. Avdelingen arrangerer to-tre fellessamlinger, inkludert et lunsj-til-lunsj arrangement. Ellers arbeider teamene på egne møter gjennom året.

Erfaringen fra denne organiseringen er svært positiv. Medarbeiderne tar ansvar for faget og avdelingens ut-



vikling, føler seg utfordret, opplever samarbeid, fleksibilitet og høster stor anerkjennelse for arbeidet. Noen av prosjektene har vært så gode at de lar seg publisere i vitenskapelig meritterende tidsskrift. Implementeringen av kvalitetsforbedringene går nærmest av seg selv ved at teamets nøkkelpersoner også jobber med den aktuelle pasientkategorien i hverdagen. Teammedlemmene blir godt kjent med hverandre, som gjør det kjekt å jobbe sammen rundt pasientkategorien i klinikken. Avdelingens kostnader for arbeidet i kliniske mikrosystem er beregnet til rundt 1,5 millioner kroner per år, som vi anser som vel anvendte midler.

### 2) Ledelse tett på, karriereløp og involvering av ansatte i avdelingsdrift

Lungeavdelingen skal ha en synlig ledelse i hverdagen. Morgenmøtene

” *Motivasjon i jobb oppnås ved at medarbeideren får ansvar, fleksibilitet i jobben, klarhet i arbeidsoppgavene, opplever seg utfordret faglig, får anerkjennelse og ved samarbeid med andre kolleger i og på tvers av helseprofesjonene. Er disse faktorene på plass viser forskning at produktiviteten i organisasjonen øker med opptil 30 prosent.*

ledes av en seksjonsoverlege. Avdelingsdirektøren sitter ved dens side, og gir informasjon om drift, nytt fra sykehusets ledelse og fremhever gode prestasjoner i klinikk og forskning. Seksjonsledere fra sengepostene er til stede. Morgenmøtet er ikke kun et legemøte, men et avdelingsmøte der samarbeid fremmes, med rom for diskusjon rundt utfordrende pasientkasuistikker. De fleste lederne arbeider også i drift; på post, poliklinikk, kvalitetsarbeid og forskning. Det holdes månedlige møter mellom Ylf, OF og avdelingsledelsen. Det tilrettelegges for deltidsstillinger ved andre enheter som universitet, stab, nasjonale verv, eller i Ph.d./ postDoc stipend, noe brorparten av overlegegruppen har. Ønsker om kurs og videreutdanning innvilges liberalt, med en innarbeidet kultur for å yte ekstra ved tynnere bemanning. Seksjonslederne, også seksjonsoverlegene, har fullt lederansvar, ikke bare for fag, men også personell og økonomi. Avdelingen tilrettelegger i for formell lederutvikling som del av en videre lederkarriere. For øyeblikket ledes syv av Helse-Bergens avdelinger av Nivå-2 ledere med sin bakgrunn fra Lungeavdelingen; en sykepleier, resten leger.

### 3) Moralsk stress, etikk og kommunikasjon

Lungeavdelingen har komplekse pasientgrupper med alvorlige kroniske sykdommer og kreft. Antall dødsfall er blant de høyeste av sykehusavdelingene.

Dette nødvendiggjør systematisk arbeid for å håndtere moralsk stress, etiske problemstillinger, prioriteringsdiskusjoner og kommunikasjonsferdigheter. Følgende er iverksatt:



#### a) Etikk og kommunikasjon.

- a. Månedlige lunsjmøter for legegruppen.
- b. Månedlig samtalegruppe med sykepleiere.

#### b) Forskningsprosjekt om prioriteringer og samvalg, lungekreft.

#### c) Deltakelse i prosjekt FairChoices (prioriteringsverktøy i spesialisthelsetjenesten).

#### d) Internundervisning rundt prioriteringsproblematikk.

#### e) Beslutningstøtte poliklinikk (supervisjonsoverlege for LIS 2/3).

#### f) Partssammensatte møter månedlig mellom ledelse og tillitsvalgte/ verneombud.

#### g) Deltakelse i kommunikasjonskurs 4 gode vaner.

Lungeavdelingen er en relativt stor enhet på et universitetssykehus, som rekrutterer og beholder mange engasjerte og kompetente medarbeidere. Utfordringene på mindre sykehus med få ansatte per enhet, mangel på personell og store driftskrav begrenser åpenbart mulighetene for å iverksette tilsvarende tiltak. Jeg håper likevel noe av det som beskrives her kan være til inspirasjon for avdelingsledere og overleger rundt om på våre sykehus. ●

# Ny Høyesterettsdom om varsling

Noen rettssaker får mer oppmerksomhet enn andre. Arbeidsrettsmiljøet ventet i spenning på Høyesteretts vurdering av om det kan stilles noen minstevilkår for når en epost er å anse som et varsel i arbeidsmiljølovens forstand.



» Av Frode Solberg, sjefadvokat, Avdeling for jus og arbeidsliv, Legeforeningen

**D**ommen kom rett før jul i 2023, og innebærer kort sagt at det ikke skal mye til før det foreligger et varsel i lovens forstand, med den følge at den ansatte er vernet mot gjengjeldelse.

## Kort om saken

Saken gjaldt en tillitsvalgt som bisto et medlem i et møte, der medlemmet ble ilagt en muntlig advarsel. Etter møtet sendte den tillitsvalgte en epost til HR-sjefen, hvor han kom med negative karakteristikker av den HR-ansvarlige og prosessen arbeidstaker ble utsatt for. Eposten avsluttes med en oppfordring om at HR-sjefen bidrar forbedring, og tar en prat med den HR-ansvarlige. Den tillitsvalgte ble deretter innkalt til et møte, og ilagt advarsel for brudd på hensynsfull adferd, i henhold til krav i virksomhetens arbeidsreglement. Tillitsvalgte hadde tidligere fått advarsler for lignende adferd. Den tillitsvalgte var uenig i advarselen, men beklaget at han hadde uttrykt seg for voldsomt. Jeg går ikke nærmere inn på detaljene her.

Noen måneder senere ble han omplassert til en annen avdeling. Den tillitsvalgte saksøkte arbeidsgiver, da han mente at omplasseringen var ugyldig. Her trakk han også etter hvert inn at han mente han var utsatt for gjengjeldelse etter varsling. Han tapte i tingretten uten at retten tok stilling til om det forelå et varsel, og han tapte

deretter i lagmannsretten. Lagmannsretten fant også at det ikke forelå et varsel i arbeidsmiljølovens forstand, hvilket innbar at han ikke hadde varslervern.

Saken ble anket til Høyesterett, men bare hvorvidt det forelå et varsel ble tillatt fremmet. Omplussingen slapp ikke inn til behandling.

## Rettslige utgangspunkter

Høyesterett redegjør i dommen for både historikken og innholdet i bestemmelsene om varsling, blant annet at en varsling har to virkninger: Den ene er at arbeidsgiver får en aktivitetsplikt til å undersøke varselet innen rimelig tid. Den andre er forbud mot gjengjeldelse.

Høyesterett går så over til å vurdere nærmere hva som ligger i å varsle, noe som var helt sentralt i saken. Jeg siterer denne bolken i dommen, ettersom den gir et godt innblikk i hva som ligger i å varsle:

*«Loven har ingen nærmere definisjon av uttrykket «å varsle». Men det kan utledes både av ordlyden og lovforarbeidene at det i dette ikke ligger noe mer enn å si fra. Jeg viser for eksempel til Ot.prp. nr. 84 (2005–2006) side 7, hvor det står at «[v]arsling er en ... særlig type ytringer», og at det med varsling «menes de tilfeller der arbeidstaker sier fra» om kritikkverdige forhold i virksomheten.*

*Loven stiller ingen krav til varselets form. Det kan derfor varsles både skriftlig og muntlig og i hvilken som helst sammenheng. Dette omfatter også ytringer «som er en del av den alminnelige interne kommunikasjonen i virksomheten», se proposisjonen side 32. Eneste krav er at varselet fremsettes til en av de aktørene som det kan varsles til etter § 2 A-2, typisk til en representant for arbeidsgiveren.*

*Det kreves heller ikke at arbeidstakerens fremgangsmåte ved varslingen er forsvarlig. Et slikt krav sto i loven frem til 2019, men ble da tatt ut. Visse presiseringer ble i stedet gitt for de tilfellene der arbeidstakeren varsler til offentligheten, se § 2 A-2 tredje ledd.»*

Deretter behandles hva som ligger i lovens krav om at det må være varsling om kritikkverdige forhold:

*«Hva som menes med kritikkverdige forhold, er nærmere definert i § 2 A-1 andre ledd. Av forarbeidene fremgår at begrepet «er ment å favne vidt», se Prop. 78 L (2018–2019) side 27. Men det må dreie seg om et forhold som «er i strid med» en nærmere beskrevet norm. Utenfor faller derfor misnøye og kritikk om forhold som ikke er i strid med noen slik norm, se proposisjonen side 28. Opplistingen i § 2 A-1 andre ledd bokstav a til f er eksempler på hva normbruddet kan innebære.*

Nortura har anført at et minstekrav er at det kritikkverdige forholdet har en viss allmenn interesse. Ofte vil de tilfellene som faller inn under definisjonen, ha slik interesse. Men jeg kan ikke se at dette kan innfortolkes som et særskilt vilkår. Av § 2 A-2 tredje ledd bokstav b følger at dersom det varsles til offentligheten, må det kritikkverdige forholdet ha allmenn interesse. En nærliggende slutning er da at dette ikke er et vilkår for å ha rett til å varsle internt. Jeg nevner likevel at § 2 A-1 tredje ledd avgrenser mot visse varsler som gjelder «eget arbeidsforhold». Den regelen går jeg ikke nærmere inn på, fordi A ikke ytret seg om eget arbeidsforhold.

Det er heller ikke noe krav om at den arbeidstakeren som varsler om kritikkverdige forhold, må kunne bevise at det er hold i det som sies, se Prop. 74 L (2018–2019) side 51. Et varsel kan derfor uttrykke bare en mistanke eller en bekymring. Holdbarheten vil måtte klarlegges gjennom de undersøkelser arbeidsgiveren har plikt til å gjøre etter § 2 A-3. Avgjørende er med andre ord om arbeidstakeren sier fra om et forhold som vil være kritikkverdig dersom det er hold i det som uttrykkes eller mistenkes.

Av dette følger at det må skje en nærmere tolkning av ytringen arbeidstakeren har fremsatt, for å avgjøre om den varsler om kritikkverdige forhold i virksomheten. Da vil ikke bare arbeidstakerens ordvalg, men også den sammenhengen ytringen er fremsatt i, og den kjennskap partene har til hverandre, kunne ha betydning.

Avgjørende må være om det for arbeidsgiveren er rimelig grunn til å oppfatte ytringen slik at den varsler – sier fra – om kritikkverdige forhold i virksomheten. I dette ligger ikke noe krav om at arbeidstakeren må uttrykke seg helt klart. Ved uklarhet kan formålet med varslingsreglene – som er å bidra til et godt ytringsklima og å avdekke mulige kritikkverdige forhold i virksomheten – tilsi at arbeidsgiveren tar kontakt med arbeidstakeren for å avklare hvordan det som er sagt, skal forstås.

Nortura har anført at det må være en presumsjon for at når en tillitsvalgt henvender seg til arbeidsgiveren, er det om forhold som partene etter blant annet gjeldende tariffavtale har løpende kommunikasjon om. Rolleforventningen og konteksten tilsier da, hevdes det, at den tillitsvalgte ikke oppfattes slik at hen fremsetter varsel etter arbeidsmiljøloven kapittel 2 A.

Jeg kan ikke se at det er grunnlag for å oppstille en slik presumsjon. Det fremgår av § 2 A-2 første ledd bokstav d at en arbeidstaker kan varsle internt «via ... tillitsvalgt». Dette innebærer at arbeidsgiveren må være forberedt på å motta varsler også fra de tillitsvalgte. Avgjørende blir da, her som ellers, hvordan den aktuelle ytringen må oppfattes.»

Høyesterett legger altså opp til en helt konkret vurdering. Det er heller ikke noen grunn til å legge terskelen høyere når tillitsvalgte ytrer seg kritisk. Det er også slik at man ikke kan varsle om egne forhold.

Et praktisk unntak for leger, som vi får en god del spørsmål om, er uforsvarlige arbeidstidsordninger. Disse ordningene vil oftest gjelde flere arbeidstakere, og derfor også noe man kan varsle om selv om det også berører eget arbeidsforhold.

Det er også verdt å merke seg at det ikke er noe krav om at varslervernet må påberopes tidlig i prosessen. Denne anførselen kom etter ganske lang tid, og man kan jo undres om noen fikk en god idé i forbindelse med omplasseringssaken. Varslervernet ble først påberopt etter at stevning var sendt. I dette ligger vel det også at det heller ikke er noe krav om at avsender opprinnelig har ment at det er et varsel i arbeidsmiljølovens forstand da det ble sendt. Det er imidlertid et krav om at det er sendt en representant for virksomheten eller i henhold til varslingsreglement. Her var det varsel til HR-sjef, som ble ansett som arbeidsgiver i denne sammenheng.

### Var eposten et varsel i lovens forstand?

Høyesterett går så over til den konkrete vurderingen av det som er sagt og gjort. Det fremheves her at den tillitsvalgte hevdet at arbeidstaker var trakkassert gjentatte ganger, og det ble sagt at arbeidstaker ikke hadde anledning til å forsvare seg mot de anklager som den HR-ansvarlige refererte. Den HR-ansvarlige ble karakterisert som arrogant, ufin og respektløs. Dette var anklager som ville være brudd på virksomhetens arbeidsreglement, hvor det blant annet fremgikk at man skulle opptre hensynsfullt overfor kollegaer, noe som også følger av arbeidsmiljølovens § 4-3 tredje ledd, som oppstiller vern mot trakassering og utilbørlig oppførsel.

Med dette bakteppet hadde tillitsvalgte varslert om kritikkverdige forhold, noe virksomheten burde ha skjønnet. Det var altså noe mer i tillitsvalgtes uttalelser enn uenighet i sak. Tillitsvalgtes epost til arbeidsgiver inneholdt også en passus om at hen håpet at HR-sjefen ville følge opp saken med HR-ansvarlig med tanke på forbedringer, noe som målbar ønske om oppfølging fra virksomhets side.

### Sakens videre gang

Det forelå altså et varsel i arbeidsmiljølovens forstand. Lagmannsrettens dom ble etter dette opphevet, og sendt tilbake for ny vurdering av om virksomheten har brutt forbudet mot gjengjeldelse. Hvis det foreligger gjengjeldelse, skal lagmannsretten fastsette en oppreisningserstatning etter arbeidsmiljøloven § 2A-2 første ledd bokstav a. Siste ord er altså ikke sagt. ●

# Lavere forekomst av dødelighet av alle årsaker, iskemisk slag og intrakranielle blødninger med rivaroksaban vs apiksaban<sup>1</sup>

## Dødelighet alle årsaker

**-12%\***  
vs apiksaban

ARR: hendelser pr  
1000 pasientår:  
-1,8%

HR=0.88;  
95% CI: 0.78–0.99;  
p=0.037

Ingen signifikante forskjeller i dødelighet, iskemisk slag, hjerteinfarkt eller systemisk emboli ble observert i gruppene apiksaban vs dabigatran eller dabigatran vs rivaroksaban<sup>1</sup>

## Iskemisk slag

**-8%\***  
vs apiksaban

ARR: hendelser pr  
1000 pasientår:  
-6,5%

HR=0.92;  
95% CI: 0.86–0.99;  
p=0.024

## Intrakranielle blødninger

**-14%\***  
vs apiksaban

ARR: hendelser pr  
1000 pasientår:  
-2,2%

HR=0.86;  
95% CI: 0.74–1.0;  
p=0.044

Ingen signifikante forskjeller i intrakranielle blødninger i gruppene rivaroksaban vs dabigatran<sup>1</sup>

## Rivaroksaban reduserte risiko for dødelighet vs apiksaban, uten økt risiko for generell blødning<sup>1</sup>

- Ingen signifikante forskjeller i forekomst av total blødning observert hos de øvrige NOAKene imellom
- **Økt risiko for GI blødning med rivaroksaban vs apiksaban (HR=1.22; 95% CI: 1.03–1.44; p=0.016)**
- Ingen forskjell i risiko for GI blødning mellom andre NOAK'er

## Sikkerhetsinformasjon:

- Som med andre antitrombotiske midler må Xarelto brukes med forsiktighet hos de med økt blødningsrisiko
- Vær oppmerksom på pasienter med nedsatt nyrefunksjon
- Skal ikke brukes ved kreatininclearance <15 ml/min
- Xarelto er ikke anbefalt hos de med kunstige hjerteklaffer
- Vanligste rapporterte bivirkninger på Xarelto er blødningskomplikasjoner
- Bruk anbefales ikke hos pasienter med tidligere trombose diagnostisert med antifosfolipidsyndrom, særlig pasienter som er trippel-positive (for lupus antikoagulant, antikardiolipin antistoffer, og anti-beta 2-glykoprotein I antistoffer), da behandling kan være assosiert med økt forekomst av tilbakevendende trombotiske hendelser. Samtidig behandling med alle andre antikoagulanter er kontraindisert, unntatt ved bytte av antikoagulasjonsbehandling eller når ufraksjonert heparin administreres for å holde sentralt vene- eller arteriekateter åpent
- Se felleskatalogteksten før forskrivning av Xarelto, merk spesielt kontraindikasjoner, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger

CI, konfidensintervall; HR, hazard ratio; ARR, absolutt risikoreduksjon; NOAK, non-vitamin K-antagonist oral antikoagulant; GI, gastrointestinal  
\* Relativ risikoreduksjon beregnet som 1-HR

**Referanser:** 1. Talmor-Barkan Y, Yacovzada NS, Rossman H, et al. Head-to-head Efficacy and Safety of Rivaroxaban, Apixaban and Dabigatran in an Observational Nationwide Targeted Trial. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother 2022;pvac63. doi: 10.1093/ehjcvp/pvac063. Epub ahead of print. PMID: 36341531.

**Xarelto (Rivaroksaban)**, antitrombotisk middel, ATC-nr B01 AF01. Tabletter 15 mg og 20 mg.  
**Indikasjon:** Forebygging av slag og systemisk emboli hos voksne med ikke-klaffeassosiert atrieflimmer med én eller flere risikofaktorer, slik som kongestiv hjertesvikt, hypertensjon, alder  $\geq$  75 år, diabetes mellitus, tidligere slag eller forbigående iskemisk anfall. **Dosering:** Anbefalt dose er 20 mg 1 gang daglig. Behandling bør pågå over lengre tid forutsatt at fordeler ved forebygging av slag og systemisk emboli er større enn blødningsrisiko. Glemte dose: Skal tas umiddelbart, og neste dag fortsetter man med 1 daglig dose. Dobbel dose skal ikke tas i løpet av én og samme dag som erstatning for glemte dose. For pasienter med moderat/alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl15–49 ml/min) er anbefalt dose 15 mg 1 gang daglig. 15 og 20 mg tabletter skal tas sammen med mat. Behandling med rivaroksaban kan initieres eller fortsettes ved behov for konvertering. For alle pasienter bør det før konvertering innhentes en bekreftelse på at rivaroksaban er tatt i henhold til forskrivning. Beslutning om initiering og varighet av behandling skal ta hensyn til gjeldende retningslinjer for antikoagulasjonsbehandling. Pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer som gjennomgår PCI med innsetting av stent: Data vedrørende sikkerhet er tilgjengelig. Begrenset erfaring med redusert dose på 15 mg 1 gang daglig (eller 10 mg 1 gang daglig ved moderat nedsatt nyrefunksjon, CrCl30–49 ml/min) i tillegg til P2Y12-hemmer i  $\leq$  12 måneder. **Bivirkninger:** Kan forbindes med økt risiko for skjult eller synlig blødning fra vev/organer, noe som kan føre til posthemoragisk anemi. Symptomer og alvorlighetsgrad (inkl. dødelig utgang) varierer ut fra lokalisering, grad eller omfang av blødningen og/eller anemien. Blødningsrisiko kan være økt hos visse pasientgrupper, f.eks. ved ukontrollert alvorlig arteriell hypertensjon og/ eller ved samtidig behandling med andre legemidler som påvirker hemostasen. Menstruasjonsblødninger kan øke og/eller bli forlenget. Blødningskomplikasjoner kan manifesteres som svakhet, blekhet, svimmelhet, hodepine eller uforklarlig hevelse, dyspné og uforklarlig sjokk. Symptomer på hjerteiskemi som brystmerter eller angina pectoris kan oppstå som en konsekvens av anemi. Komplikasjoner sekundært til alvorlig blødning, som kompartmentsyndrom og nyresvikt pga. hypoperfusjon, kan oppstå. Det må derfor tas hensyn til muligheten for blødning ved evaluering av tilstanden til enhver antikoagulert pasient. **Vanlige ( $\geq$  1/100 til < 1/10):** Blod/lymfé:



Bayer AS,  
pb 193, 1325 Lysaker,  
tlf: 23 13 05 00 PP-XAR-NO-1018-1, FEB 2024



### Talmor-Barkan et al. 2022:

En retrospektiv **firmauavhengig** observasjonsstudie som sammenlignet kliniske utfall etter bruk av rivaroxsaban, apiksaban eller dabigatran hos pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer (NVAF)<sup>1</sup>



56,553 pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer som brukte NOAK



3 matchende kohorter



6 års oppfølgingsperiode

Du kan lese hele studien her



Anemi (inkl. respektive laboratorieparametre). Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, forstoppelse<sup>1</sup>, gastrointestinal blødning (inkl. rektalblødning), gastrointestinale/abdominale smerter, gingival blødning, kvalme, oppkast<sup>1</sup>. Generelle: Feber<sup>1</sup>, nedsatt generell styrke og energi (inkl. fatigue, asteni), perifert ødem. Hud: Ekkymose, kutan/subkutan blødning, pruritus (inkl. mindre vanlige tilfeller av generalisert pruritus), utslett. Kar: Hematom, hypotensjon. Lever/galle: Transaminasestigning. Luftveier: Epistakse, hemoptyse. Muskel-skjelettsystemet: Smerte i ekstremitet<sup>1</sup>. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Nyre/urinveier: Blødninger i urogenitaltractus (inkl. hematuri og menoragi)<sup>2</sup>, nedsatt nyrefunksjon (inkl. økt kreatinin i blod, økt karbamid i blod). Skader/komplikasjoner: Blødning etter inngrep (inkl. postoperativ anemi og sårblødning), kontusjon, sårsekresjon<sup>1</sup>. Øye: Øyeblikning (inkl. konjunktivalblødning). **Mindre vanlige (≥ 1/1000 til < 1/100):** Blod/lymfø: Trombocytopeni, trombocytose (inkl. økt blodplattetall) <sup>1</sup>. Gastrointestinale: Munntørhet. Generelle: Malaise. Hjerne: Takykardi. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Allergisk dermatitt, allergisk reaksjon, allergisk ødem, angioødem. Lever/galle: Nedsatt leverfunksjon, økt alkalisk fosfatase<sup>1</sup>, økt bilirubin, økt γ-GT<sup>1</sup>. Muskel-skjelettsystemet: Hemartrose. Nevrologiske: Cerebral og intrakraniell blødning, synkope. Undersøkelser: Amylaseøkning<sup>1</sup>, lipaseøkning, økt laktatdehydrogenase<sup>1</sup>. **Sjeldne (≥ 1/10 000 til < 1/1000):** Generelle: Lokalt ødem<sup>1</sup>. Lever/galle: Gulsott, hepatitt (inkl. hepatocellulær skade), kolestase, økt konjugert bilirubin (med eller uten samtidig økt ALAT). Muskel-skjelettsystemet: Muskelblødning. Skader/komplikasjoner: Vaskulær pseudoaneurisme (sett med frekvens mindre vanlig ved forebygging av aterosklerotiske hendelser etter perkutan koronarintervensjon). **Svært sjeldne (< 1/10 000):** Hud: DRESS, Stevens-Johnsons syndrom/toksisk epidermal nekrolyse. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon (inkl. anafylaktisk sjokk). Luftveier: Eosinofil pneumoni. **Ukjent frekvens:** Muskel-skjelettsystemet: Kompartmentsyndrom sekundært til blødning. Nyre/urinveier: Antikoagulantrelatert nefropati. Nyresvikt/akutt nyresvikt sekundært til blødning som er tilstrekkelig til å forårsake hypoperfusjon. For beskrivelse av enkelte bivirkninger, se Forsiktighetsregler og SPC. **1.** Sett ved forebygging av VTE hos voksne som gjennomgår elektiv hofte eller kneprotesekirurgi. **2.** Menoragi er svært vanlig ved behandling av DVT, LE og forebygging av tilbakefall hos kvinner < 55 år. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med kunstige klaffer: Skal ikke brukes som tromboseprofylakse ved nylig utført kateterbasert implantasjon av aortaklaffer (TAVR). Bruk anbefales ikke til pasienter med kunstige hjerteklaffer pga. manglende data. Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, pga. økt blødningsrisiko. Bruk ved CrCl<15 ml/min anbefales ikke. **Blødningsrisiko:** Pasienten skal observeres nøye for tegn på blødning. Brukes med forsiktighet ved økt blødningsrisiko. Administrering skal avbrytes

ved alvorlig blødning. Ved blødning kan doseutsettelse eller seponering vurderes. Behandling tilpasses individuelt ut fra alvorlighetsgrad og lokalisering av blødning. Egnede symptomatiske behandling kan brukes ved behov, f.eks. mekanisk kompresjon (f.eks. ved alvorlig epistaksis), kirurgiske prosedyrer for blødningskontroll, væskebehandling og hemodynamisk støtte, blodprodukter (pakgede røde blodceller eller ferskfrosset plasma, avhengig av anemi eller koagulopati) eller blodplater. Dersom blødningen ikke kan kontrolleres bør administrering av enten et spesifikt reverseringsmiddel for FXa-hemmere (andeksanet alfa), eller en reverserende prokoagulant f.eks. protrombinkompleksskonsentrat (PCC), aktivert protrombinkompleksskonsentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa), vurderes. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med sterke hemmere av CYP3A4 eller P-gp anbefales ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv klinisk signifikant blødning. Samtidig bruk av sterke CYP3A4-induktorer kan gi redusert plasmakonsentrasjon av rivaroxsaban, og samtidig bruk bør derfor unngås med mindre pasienten overvåkes nøye for symptomer på trombose. Samtidig administrering med dronedaron bør unngås pga. begrensede data. Forsiktighet skal utvises ved samtidig behandling med andre antikoagulanter, pga. økt blødningsrisiko (se også Kontraindikasjoner). Forsiktighet skal utvises ved samtidig bruk av legemidler som påvirker hemostasen; NSAID, ASA, platehemmere eller SSRI og SNRI. Lesjoner/tilstander, dersom dette anses å være en betydelig risiko for alvorlig blødning. Samtidig behandling med alle andre antikoagulanter, unntatt ved bytte av antikoagulasjonsbehandling eller når ufraksjonert heparin administreres for å holde sentralt vene- eller arteriekateter åpent. Leversykdom assosiert med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko, inkl. cirrhosepasienter med Child-Pugh B og C. Graviditet og amming. **Pakninger og priser:** 15 mg: 28 stk. (blister) kr 733,80. 98 stk. (blister) kr 2477,70. 100 × 1 stk. (endose) kr 2527,50. 20 mg: 28 stk. (blister) kr 733,80. 98 stk. (blister) kr 2477,70. 100 × 1 stk. (endose) kr 2527,50. **Refusjon:** 15 og 20 mg: Refusjonsberettiget bruk: Forebygging av slag og systemisk emboli hos voksne pasienter med ikke-klaffeassosiert atrieflimmer med en eller flere risikofaktorer, slik som kongestiv hjertesvikt, hypertensjon, alder f.o.m 75 år, diabetes mellitus, tidligere slag eller forbigående iskemisk anfall. Refusjonskode: ICPC: K78, K93, K94; ICD: I26, I48, I80, I82. Vilkår: Ingen spesifisert. **Basert på Xarelto SPC** godkjent av SLV/EMA 07/2023. Bayer AS, Postboks 193, 1325 Lysaker. Tlf: 23 13 05 00. Reseptgruppe C. For ytterligere informasjon se www.felleskatalogen.no.



# Når legen er under etterforskning

«Hei, dette er politibetjent Marit Willumsen i Oslo politidistrikt. Du er mistenkt i straffesak som omhandler uforsvarlig helsehjelp i tidsrommet 31. oktober 2023 til 3. november 2023 og vi ønsker å kalle deg inn til avhør så raskt som mulig.» Dersom dette skulle skje deg, bør du ringe oss på telefon 23 10 90 00. Du har trolig rett til å ha med deg advokat, og da kan vi være med deg i avhøret.

» Av Anders Schrøder Amundsen, advokat/spesialrådgiver i Legeforeningen



Hvert år får Legeforeningens Avdeling for Jus og Arbeidsliv inn saker hvor leger er under etterforskning av politiet. For de fleste leger er det sjokkartet å bli mistenkt i en straffesak. Leger har en krevende og ansvarsfull tilværelse fra før, og en straffesak som kommer på toppen blir fort for mye for enkelte. Ikke sjelden blir legen sykmeldt i en slik situasjon. En pågående etterforskning kan også ha alvorlige konsekvenser for legens karriere og omdømme. Noen ganger kan legen i tillegg bli suspendert fra arbeidet i påvente av etterforskningen. Selv om utfallet av etterforskningen er at saken henlegges, kan ryktet og tilliten til legen være skadet. I tillegg til de eventuelle arbeidsrettslige konsekvensene, kan det også komme en tilsynssak i kjølvannet av straffesaken.

Det er derfor en viktig del av Legeforeningens juridiske tilbud til medlemmene å bistå leger som er under etterforskning, når saken har forbindelse med utøvelse av legeyrket. Vår erfaring er at leger kan bli anmeldt av pasienter og pårørende for en rekke forhold,

herunder påstander om uforsvarlig helsehjelp, manglende journalføring, men også misbruk av overmaktsforhold, seksuell handling uten samtykke og annet. I denne artikkelen skal vi dykke litt ned i hvordan en etterforskning gjennomføres og hvordan en slik sak påvirker deg som lege.

## Når etterforskning iverksettes

Etterforskning besluttes, ledes og avsluttes<sup>1</sup> av påtalemyndigheten<sup>2</sup>. Påtalemyndigheten er rent formelt en annen statlig etat enn politiet, men disse to samarbeider tett. Etterforskning utføres av politiet<sup>3</sup>. I praksis vil etterforskning som oftest bli iverksatt på grunnlag av en anmeldelse<sup>4</sup>. Men ikke alle anmeldelser fører til etterforskning. En anmeldelse kan for eksempel henlegges uten etterforskning dersom påtalemyndigheten antar at det ikke foreligger noe straffbart forhold<sup>5,6</sup>. Denne artikkelen handler imidlertid om de tilfeller hvor etterforskning faktisk besluttes.

«Etterforskning foretas når det som følge av anmeldelse eller andre omstendigheter er *rimelig grunn* til å

undersøke om det foreligger straffbart forhold som forfølges av det offentlige» heter det i loven<sup>7</sup>. Som man ser skal det ikke alltid så mye til før politiet skal iverksette etterforskning. Begrepet «rimelig grunn» tilsier ikke engang at det skal være sannsynlighetsovervekt for at et straffbart forhold er begått. Den lave terskelen hensyntar ikke den belastningen det utgjør å være under etterforskning, men samtidig er det i et retts-samfunn nødvendig at terskelen er lav for å finne ut om noe kriminelt har skjedd.

Når etterforskning først er besluttet, skal den være objektiv. Dette betyr at etterforskningen skal søke å klarlegge både det som taler mot mistenkte og det som taler til fordel for mistenkte. Det siste har sammenheng med prinsippet om uskyldspresumsjon; «*In dubio pro reo*», som betyr at også leger skal anses som uskyldige inntil det motsatte er bevist.

Når du som lege er involvert i en straffesak, kan du ha status som vitne, mistenkt eller siktet. Er du vitne, betyr det at påtalemyndigheten ikke har mistanke mot deg. Er du mistenkt,



*Legen skal i forkant av avhøret gjøres kjent med hva saken gjelder, og hvilken status legen har i saken; vitne, mistenkt eller siktet*

har påtalemyndigheten vurdert at det er grunn til å mistenke deg for forholdet du etterforskes for. Dette betyr likevel ikke nødvendigvis at påtalemyndigheten vurderer det som sannsynlig at du er skyldig. Dersom den gjør det, kan du få status som siktet, hvilket krever «skjellig grunn til mistanke». Dette innebærer krav til sannsynlighetsovervekt for at du har begått en straffbar handling. Hvilken betydning de forskjellige statusene har, kommer vi noe inn på nedenfor.

Dersom legen får status som siktet, vil siktelsen kunne fremkomme på politiattest slik at muligheten for karrierebytte er begrenset<sup>10</sup>. Loven fastsetter at det har stor betydning hva man er siktet for. Det er de mer alvorlige siktelsene som skal fremkomme på politiattesten, særlig gjelder dette brudd på seksuallovgivning.

### Politiavhøret

Uavhengig om man er vitne, mistenkt eller siktet, vil man ofte bli innkalt til politiavhør. Politiavhør er en del av politiets taktiske etterforskning, i motsetning til den *tekniske* etterforskningen som handler om åstedundersøkelse, innhenting av dokumenter, bilder, DNA og slikt. Legen skal i forkant av avhøret gjøres kjent med hva saken gjelder, og hvilken status legen har i saken; vitne, mistenkt eller siktet. Vi har erfart at en lege som først lot seg avhøre som vitne, plutselig fikk status som siktet. Dette er utfordrende rent prosessuelt, men det kan skje. En slik fremgangsmåte vanskeliggjør ivaretak-

elsen av legens rettigheter. Det er derfor vår klare anbefaling at du ringer oss på Jus og Arbeidsliv for å vurdere hvorvidt det er nødvendig å ha med advokat i avhøret, dersom du noen gang skulle bli innkalt til dette.

Legen har plikt til å møte, men ikke plikt til å forklare seg for politiet. Loven fastsetter at «*Politiet kan la oppta forklaring av mistenkte, vitner og sakkyndige, men kan ikke pålegge noen å gi forklaring*»<sup>11</sup>. Det er kun for en dommer en lege plikter å forklare seg. Selv om man ikke har plikt til å forklare seg, er det sjeldent at legen ikke vil fortelle sin versjon av saken til politiet.

Normalt vil legen kunne få tilpasset avhørstidspunktet til når legen og advokaten kan. Når legen er i avhør, kan legen også be om pauser. Det er en fordel å være uthvilt og konsentrert under avhøret. Det kan av den grunn være klokt å ta en pause dersom avhøret varer lenge.

I starten av avhøret blir legen informert om at det tas lydopptak. Noen ganger tas det også videoopptak, men dette er mindre vanlig. Deretter går politibetjenten gjennom formalia, herunder at den som blir avhørt er fritatt for vitneplikt overfor nær familie og at legen ikke har forklaringsplikt om forhold som kan medføre straff eller «vesentlig tap av sosialt omdømme» mv.<sup>12</sup> og om at det gis strafferabatt ved tilståelse. Det siste kan være pussig å lytte til dersom man hevder seg uskyldig, men det er en ren rutine hos politiet å informere om dette, og de skal gjøre det på denne måten.

Som lege er det viktig å være sin taushetsplikt bevisst. Taushetsplikten gjelder også overfor politi og rettsvesen<sup>13</sup>. Derfor må du forsikre deg om at eventuelle aktuelle pasienter har fritatt deg fra taushetsplikten før du forklarer deg. Det er egne regler for døde<sup>14</sup>, men det vil føre for langt å gå inn på her. Merk også at politiet ikke kan ta beslag i dokumenter eller journaler som er underlagt samme taushetsplikt. Er du usikker bør du konferere med din advokat.

Politiavhør skal følge reglene i påtaleinstruksens § 8-2, hvor det blant annet heter at «*Avhøringen skal skje på en måte som er egnet til å få en så vidt mulig sammenhengende forklaring om det forhold saken gjelder. Mistenkte skal gis anledning til å gjendrive de grunner mistanken beror på, og anføre de omstendigheter som taler til fordel for ham.*»

Dette innebærer at avhøret bygges opp slik at når legen har blitt gjort kjent med sine rettigheter, blir legen invitert til å komme med sin frie forklaring. Avhøret skal starte med åpne spørsmål. Deretter går politibetjenten over til det som kalles konfronterende avhør, hvor spørsmålene blir mer spissede og direkte. I den konfronterende delen kan politibetjenten for eksempel utfordre den mistenkte dersom det er avvik mellom det som er blitt meddelt i den første delen av



avhøret og andre bevis politiet sitter på. For eksempel «du sa at helsesekretæren var på operasjonsrommet under hele undersøkelsen, men vi har snakket med henne og hun hevdet hun måtte ut i ti minutter. Har du noen kommentar til dette?»

Det heter at man ikke har plikt til å inkriminere seg selv, snarere skal man ha et vern mot selvinkriminering. I motsetning til hva mange tror, kan man ikke straffes for å lyve om egne forhold som mistenkt i straffesak. Dersom man urettmessig skylder på andre, vil det imidlertid kunne være straffbart. Noe annet er at troverdigheten selvsagt forsvinner dersom man blir tatt i regelrett løgn eller usannheter. Det vil kunne ha betydning for den videre behandling av saken, og i ytterste konsekvens også for avgjørelsen. Husk at det er påtalemyndigheten som har bevisbyrden i straffesaker og at domstolen som utgangspunkt må legge tiltaltes forklaring til grunn så fremt det ikke er holdpunkter for å se bort fra den, for eksempel faktiske feil og andre forklaringer det ikke hefter rimelig tvil ved.

Av og til kan det være vanskelig å vite hva som faktisk er sant. Tok du den blanke eller gule sprøyten først? Dersom legen ble forstyrret under en operasjon, kan dette påvirke beslutninger og minnet av hendelsen i ettertid. Da er det ikke bare lov, men normalt også riktig å sørge for å ta nødvendig forbehold. Dersom man velger å la seg avhøre så plikter man å forklare seg så sannferdig som mulig. Det innebærer også at du skal si at du ikke husker når du ikke husker, og du skal si du tror når du tror (og ikke vet), og så videre. Å forklare seg så sannferdig som mulig betyr også at du skal ta de nødvendige forbehold i forklaringen din, for nettopp å få den så riktig eller sannferdig som mulig, men heller ikke fremstå sikrere enn det du er. Du skal si det som skjedde da hendelsen faktisk oppsto, ikke hva som skjer i hodet ditt et halvt år etterpå. I tillegg må du i avhør legge på minne at alt som sies blir tatt opp på lydband og normalt også skrevet ned i rapport. Dersom du sier noe som du selv hører blir feil, kan dette rettes på, men det du sa først,

kommer likevel i rapporten. Da blir det noe sånt som: «Mistenkte mener fargen var rød. Ved gjennomlesningen korrigerste mistenkte dette til at fargen var blå.»

Vi pleier å kalle det tannkremtubeprinsippet: Det som er ute av tuben, får du ikke inn igjen. Det kan derfor være en idé å ikke trykke ut for mye uten å tenke seg om.

Dersom du før avhøret vet nøyaktig hva saken dreier seg om – det er nemlig ikke alltid du vet for eksempel akkurat hvilken pasient det er tale om – kan du ha med egne notater og eventuelle journaler. Alternativt kan man ha det med i neste avhør, dersom det er en større sak.

Vår erfaring er også at rettskafne personer over tid har en tendens til å bebreide seg selv når noe har gått galt. Dette kan endre minnebildet slik at legen kan gå fra først å fnyse av anklagene til senere å klandre seg selv. Det at noe går galt betyr imidlertid ikke at noen skal straffes for det. Selv det at noe kunne ha vært gjort bedre betyr ikke nødvendigvis på noen måte at den opprinnelige handlemåten er straffbar. I jussens verden er det avgjørende forskjell på når legen sier «I ettertid ser jeg at jeg kunne handlet annerledes» i stedet for «jeg burde handlet annerledes». Mens den første setningen er preget av etterpåkløskap, er den siste setningen er lett å lese som en erkjennelse av straffskyld – når skyldkravet er uaktsomhet. Loven definerer uaktsomhet slik «Den som handler i strid med kravet til forsvarlig opptreden på et område, og som ut fra sine personlige forutsetninger kan bebreides, er uaktsom.»<sup>15</sup>

Politiet pleier å spørre om det finnes etterforskingsskritt legen ønsker skal gjennomføres. Her kan det være naturlig og fornuftig å rådføre seg med sin advokat. Dersom legen er anklaget for brudd på forsvarlighet og har støtte fra andre leger på arbeidsplassen eller andre steder som mener de kunne gjort samme feil, vil det være naturlig å be politiet avhøre noen av disse.

Når avhøret er ferdig, skriver etterforskeren det i politiets system (BL). Så inviteres legen og advokaten tilbake på

et senere tidspunkt for å lese gjennom, komme med rettelser og til slutt signere avhøret. Da gjøres avhøret gyldig og kan deretter ikke endres i politiets systemer, men det kan selvsagt skrives tilleggsrapporter.

Advokatens rolle er tilbaketrukket i avhøret. Det er legens frie forklaring som er ønsket. Advokaten tar kun ordet dersom noen av reglene som gjelder avhøret brytes, men det skjer tilnærmet aldri. Imidlertid kan det oppstå misforståelser, og da vil det normalt være naturlig for advokaten å bryte inn for å oppklare dem. Advokaten vil selvsagt også kunne stille relevante spørsmål som ikke er stilt. I tillegg vil advokaten føre notater fra avhøret, og kan bidra under gjennomlesningen. Under pauser er det selvsagt anledning til å drøfte saken med advokaten.

Etter avhøret vil legen normalt kunne få innsyn i alle sakens dokumenter<sup>16</sup>. Legen vil derimot ikke ha krav på å få kopi av saken. Politiet tillater kun at advokater får selve dokumentene. Den som er avhørt vil da kunne lese dokumentene hos politiet eller på Legenes Hus etter avtale.

### Sakens videre gang

Det har skjedd at saker ikke etterforskes med den fremdrift som er ønskelig. Det er ikke uvanlig, og man kan jo også i media ikke helt sjelden lese om saker som har ligget for lenge hos politiet før avgjørelse er tatt. Enkelte saker kan også komme opp i over tusen sider med dokumentasjon, slik at den blir meget omfattende. Saker om påståtte brudd på helsepersonelloven foreldes etter allerede to år<sup>17</sup>. Fristen kan imidlertid avbrytes ved at mistenkte får status som *siktet*<sup>18</sup>. Vi har erfart at leger har fått status som siktet, rett før foreldelsesfristen utløp, uten at vi er enige i at det var skjellig grunn til mistanke. Dersom en påtalejurist sikter en lege kun for å avbryte fristen, noe som ikke er en tilstrekkelig begrunnelse for å sikte, vil dette være kritikkverdige. Det kan ikke utelukkes at en slik handling etter omstendighetene kunne innebære grov uforstand i tjenesten. Slike tjenestefeil kan anmeldes til Spesialenheten for politisaker.

Når saken er ferdig etterforsket, skal påtalejuristen vurdere tiltale spørsmålet. Påtalemyndigheten sender da saken til Helsetilsynet for vurdering av påtale spørsmålet, men er ikke bundet av anbefalingen. Påtalemyndigheten plikter å foreta en selvstendig og uavhengig vurdering og avgjørelse, men Helsetilsynets anbefaling skal ifølge Riksadvokaten tillegges betydelig vekt.

Dersom påtalemyndigheten er overbevist om mistenktes skyld og mener saken kan bevises i retten, kan tiltale tas ut. Med overbevist menes her tilnærmet helt sikker, hvor kun en teoretisk tvil kan aksepteres. Faktum – både det som skal ha hendt, altså «det objektive gjerningsinnhold», og det subjektive skyldkrav, som i helsepersonelloven er grov uaktsomhet – må være hevet over enhver rimelig tvil. Men det er kun når det tale om *markante avvik* fra forsvarlig virksomhet det skal reageres. Ellers ville feil alle kunne gjort medført at helsepersonell ble straffet. I tillegg krever straff etter helsepersonelloven at det må være grunnlag for *sterk bebreidelse*<sup>19</sup>.

Riksadvokaten har uttalt at «*Terskelen for å anvende straff ved uhell under pasientbehandling skal fortsatt være relativt høy, likevel slik at det reageres overfor markante avvik fra forsvarlig virksomhet. Ved avgjørelsen av påtale spørsmålet skal det tas hensyn til at helsepersonell ofte har som oppgave å yte behandling under tidspress – hvor konsekvensene av små feil kan bli katastrofale. Det har også en viss vekt at en for intensiv strafforfølgning kan lede til et dårligere behandlingstilbud totalt sett. Overdreven engstelse for konsekvensene av å begå feil kan i verste fall medføre uheldig ressursbruk for å gardere seg mot strafforfølgning, hvilket ingen er tjent med. En understreker likevel at dette ikke kjennetegner dagens situasjon.*»<sup>20</sup>

Helsetilsynet er enige i denne vurdering og har uttalt at «*Statens helsetilsyn har derfor i sin praksis lagt til grunn at det er de sterkt klanderverdige og forsettlig forhold det vil være aktuelt å straffe forfølge. Handlingens grovhet må vurderes både opp mot*



*Dersom legen ble forstyrret under en operasjon, kan dette påvirke beslutninger og minnet av hendelsen i ettertid. Da er det ikke bare lov, men normalt også riktig å sørge for å ta nødvendig forbehold.*

*det enkelte helsepersonells ansvar og virksomhetens ansvar.»*

Sitatene gjengitt ovenfor innebærer at det tross alt skal en del til for at saken ender med tiltale, selv om man kan ha gjort en feil. Blir det tiltale, vil legen normalt få oppnevnt forsvarer av det offentlige. For det tilfelle at legen erkjenner å utvist forsett, eksempelvis med viten og vilje, eller grov uaktsomhet, og straffen må bli strengere enn bot, kan saken berammes som en tilståelses sak<sup>21</sup>. Dersom påtalemyndigheten finner at legen er skyldig, men mener at bot er riktig straff, vil den utstede et forelegg. Legen kan da velge å vedta forelegget eller bringe saken for retten. Her vil vi også anbefale at du rådfører deg med din advokat. De aller fleste saker blir imidlertid henlagt.

Dersom bevisene ikke strekker til, er det vanlig for påtalemyndigheten å henlegge med begrunnelse i bevisets stilling. Dersom det imidlertid er forhold som med styrke taler for uskyld, kan saken henlegges som «intet straffbart forhold». Legen kan klage på henleggelseskode, og da er det opp til overordnet påtalemyndighet å reevaluere henleggelseskode, såfremt ikke politiadvokaten har gjort det selv. Det kan ha en viss betydning hvilken henleggelseskode som er benyttet.

Selv om saken skulle bli henlagt, kan det i kjølvannet av straffesaken oppstå utfordringer knyttet til rykte, tillit og karriere, og skyggen av anklager kan fortsatt påvirke yrkeslivet. Dette understreker behovet for støtte fra Legeforeningen. Vi kan også bistå med å håndtere media der det er nødvendig, og bistår selvsagt også i en eventuell arbeidsrettslig side av saken overfor arbeidsgiver, samt eventuell helse rettslig overfor Statsforvalter og Helsetilsyn. ●

## Referanser

1. jf. straffeprosessloven (strpl.) § 225, første ledd
2. jf. strpl. kap. 6
3. jf. strpl. § 225, første ledd
4. jf. strpl. § 223
5. jf. påtaleinstruksen § 7-4 fjerde ledd
6. jf. strpl. § 62a annet ledd
7. Jf. strpl. § 224, første ledd
8. se strpl § 226, tredje ledd
9. «I tvil for den anklagede (lat.)»
10. se helsepersonelloven (hpl.) § 20 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4
11. jf. strpl. § 230, første ledd
12. jf. strpl. § 122 og § 123
13. jf. strpl. § 119, første ledd og § 230, første ledd
14. jf. hpl. § 24
15. jf. strl. § 23, første ledd.
16. jf. strpl § 242
17. jf. straffeloven § 86, første ledd bokstav a jf. § 85
18. jf. straffeloven §§ 88 og 89, jf. § 82
19. se straffeloven § 23, annet ledd, jf. helsepersonelloven § 67
20. <https://www.riksadvokaten.no/wp-content/uploads/2017/07/Lovomhelsepersonell-ptalemessigedirektiver.pdf>
21. Jf. strpl. § 248

Fagaksen er Legeforeningens organisering av de 46 fagmedisinske foreningene. Disse velger et faglandsråd hvor alle foreningene er representert og hvor Lis-representasjon er lovfestet. Faglandsrådet velger et fagstyre og delegater til Legeforeningens landsstyre. Fagaksen skal styrke tverrfaglig samarbeid og dialog med helsemyndigheter.

## Pasientskadeordningen skal evalueres

Som oppfølging av et anmodningsvedtak i Stortinget, har helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol etablert en ekspertgruppe for å evaluere pasientskadeordningen.



Foto: Legeforeningen/Thomas B. Eckhoff

» Av Ståle Onsgård Sagabråten, leder av Legeforeningens fagstyre

**R**utiner for saksbehandling og saksbehandlingstid står sentralt i evalueringen. Legeforeningen ble bedt om å utpeke en representant til utvalget og jeg har fått den spennende oppgaven med å ivareta legeperspektivet i dette arbeidet. Bruk og utvelgelse av sakkyndige vil stå sentralt i dette arbeidet sett fra vårt ståsted.

Evalueringen av pasientskadeordningen kommer etter lang tids kritikk mot ordningen. Riksrevisjonen undersøkte årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet i 2019 og kom med flere anbefalinger om å korte saksbehandlingstid. Våren 2022 var det flere medieoppslag i blant annet TV2 fra pasienter som følte seg overkjørt og motarbeidet. TV2 publiserte også en undersøkelse der de hadde stilt spørsmål om NPE til 18 advokater, som uttrykte kritikk. Kritikken gjaldt særlig at NPE ikke møter søker, men baserer seg på

skriftlig materiale som journaler og epikriser, og at det er lang saksbehandlingstid.

### Pasientskadeordningen

Et godt system for pasientklager og mulighet for erstatning ved skade eller svikt i helsehjelpen er viktig for tilliten til helsetjenesten. Pasienter og andre som har lidt økonomisk tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning dersom skaden skyldes svikt ved ytelse av helsehjelp, jf. lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Erstatningen skal dekke tap eller utgifter man har fått som følge av skaden og/eller kompensere for varig og betydelig skade (menerstatning).

De som mener de har fått en skade som følge av svikt i helsetjenesten, kan søke om erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Får de ikke medhold, kan de klage til Pasientskade-

nemnda. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er sekretariat for nemnda og utreder klagesakene eller fatter vedtak etter delegert myndighet. Dersom pasientene heller ikke får medhold i nemnda, kan de bringe saken inn for domstolen.

Det kan være avgjørende for søkeren å få avgjørelsen raskt, og utfallet kan ha stor betydning for den enkeltes livskvalitet. For den enkelte erstatnings søker er det saksbehandling og saksbehandlingstid fra søknad kommer til NPE til saken avsluttes i pasientskadeordningen, som er viktig. Departementet finner det derfor mest hensiktsmessig at både saksbehandlingen i NPE og klagebehandlingen i Helseklage/Pasientskadenemnda evalueres, skriver helse- og omsorgsdepartementet i en pressemelding på regjeringen.no i forbindelse med oppnevningen av ekspertgruppen.

## Stort antall saker

De siste årene har det vært en stor økning i antall mottatte klagesaker i NPE. I 2023 mottok NPE 7863 saker. De medisinske områdene der det forekommer flest klager er ortopedi (21,7 prosent), odontologi (12,6 prosent), svulster og kreft (9,8 prosent), immunologi/vaksinasjon (9,4 prosent) og psykisk helse (9,1 prosent). Totalt i 2023 ble det gitt medhold i 1613 saker mens det ble gitt avslag: 4105. Totalt ble det fattet avgjørelse i 5718 saker og medholdsandel var 28 prosent. Totalt ble det utbetalt 1,42 milliarder kroner i erstatning.

Selv om saksbehandlingstiden hos NPE har gått markant ned de siste årene, tar det fremdeles lang tid før pasientene får deres sak avgjort. 50 prosent av avslagene er avgjort innen syv måneder og 99 prosent innen ett år. I 60 prosent av medholdsakene er erstatningen utbetalt innen ett år etter at NPE mottok saken og 89 prosent innen to år. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for avslag er 198 dager – et drøyt halvår – mens det for medholdsakene er gjennomsnittlig saksbehandlingstid på hele 377 dager.

## Sakkyndige sentrale

Evalueringen av pasientskadeordningen omfatter først og fremst pasientenes opplevelse. Legene er likevel sentrale i dette arbeidet. Foruten å kunne bli involvert i sakene ved å være behandler eller ansatt ved innklaget behandlingssted, involverer pasientskadeordningen stort sett leger som sakkyndige.

NPE skaffer seg avtalesakkyndige gjennom offentlig anskaffelse ved anbud og eksterne sakkyndige via enkeltoppdrag. Det har vært utfordr-

## Ekspertgruppens mandat

### Departementet ber ekspertgruppen om å:

- Beskrive gjeldende rutiner for saksbehandling, inkludert bruk og utvelgelse av sakkyndige, hvordan rutinene praktiseres og følges opp, og hvordan erstatningssøkerne ivaretas
- Vurdere hva som ev er utfordringene med dagens rutiner, herunder vurdere om og i hvilken grad rutinene er effektive og sørger for at saksbehandlingstiden kortes ned samlet i hele kjeden
- Komme med anbefalinger om hvordan saksbehandlingen, herunder rutinene, kan forbedres
- Utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av sine forslag, inkludert hvordan de foreslåtte tiltakene eventuelt vil påvirke saksbehandlingstid mv.

Gjennomgangen må ta utgangspunkt i dagens situasjon, som blant annet viser stor økning i antall erstatningssøknader, samtidig som saksbehandlingstiden har gått ned. Berørte skal involveres/høres på egnet måte underveis i arbeidet. Med berørte menes pasienter, pårørende og advokater, men også interesseorganisasjoner med mer kan være aktuelle aktører. Departementet forutsetter at gruppen har dialog med NPE og Helseklage/ Pasientskadenemnda underveis i arbeidet.

Evalueringen skal ferdigstilles innen 1. juli 2024.

## Medlemmer av ekspertgruppen

Bjørn Henning Østenstad, professor ved UiB (leder), Bergen

Camilla Dalland, avdelingsdirektør i Helfo, Nøtterøy

Janne Larsen, advokat i Roander & co, Oslo

Per Oretorp, assisterende generalsekretær/seniorrådgiver i Personskadeforbundet, Oslo

Ståle Onsgård Sagabråten, spesialist i allmenntillegmedisin, Nesbyen

inger med å skaffe sakkyndige innen noen spesialiteter. Til sammen har NPE 140 avtalesakkyndige innen 35 spesialiteter. Det ble gjort mer enn 7400 vurderinger fra avtalesakkyndige i 2023 og mer enn 650 vurderinger fra sakkyndige som tar enkeltoppdrag. Dette representerer 6 prosent økning i antall vurderinger fra 2022. Det ble brukt 50,5 millioner kroner på sakkyndige i 2023, viser tall fra NPE som ekspertutvalget fikk presentert ved utvalgets besøk ved deres kontor 16.2.

Ettersom en god del av saksbehandlingstiden går med til sakkyndiges vurdering samt at kvaliteten på sakkyndigarbeidet er avgjørende for beslutningsgrunnlaget i sakene, vil rekruttering, opplæring og bruk av sakkyndige bli et sentralt tema for ekspertutvalget. Selv om det ikke direkte er beskrevet i mandatet, vil også ivaretagelse og informasjon til leger som berørt part i pasientklagesaker, være en viktig sak for Legeforeningen å få belyst i ekspertutvalgets arbeid. ●

## «Det er behov for breddekompetanse i sykehus-Norge»

I Overlegen nr. 4-2023 skrev Ståle Sagabråten om generalisten som en mulig løsning på fremtidens bemannings- og ressursutfordringer. I februar 2023 kom Helsepersonellkomisjonens rapport, NOU 2023:4 - Tid for Handling. Rapporten beskrev behovet for generalister, noe både kirurgiske og indremedisinske miljøer hadde påpekt en stund. Så hva blir veien videre?



» Av John Christian Glent, avtroppende leder for Norsk kirurgisk forening, Vestre Viken HF, og Trond Vartdal, leder for Norsk indremedisinsk forening, OUS HF

**G**enerell kirurgi og indremedisin er hovedspesialiteter med breddekompetanse. I tillegg er det 7 andre kirurgiske og 9 andre indremedisinske hovedspesialiteter. Utfordringen med de generelle spesialitetene er hva kan en spesialist i disse to spesialitetene arbeide med i dagens stadig mer subspecialiserte helsetjeneste?

Da generell kirurgi og indremedisin ble besluttet videreført i 2018 var alle læringsmål i de tidligere grenspesialitetene som nå ble hovedspesialiteter allerede forskriftsfestet. Det var ikke tid til å lage nye læringsmål for de to tidligere hovedspesialitetene generell kirurgi og indremedisin. Dermed fikk spesialitetskomiteen kun lov til å «klippe og lime» læringsmål fra de andre. Resultatet ble diffus avgrensning mot flere av de nye hovedspesialitetene. At læringsmålene trengte revisjon var åpenbart fra 1. mars 2019, men raskt kom pandemien og arbeidet ble satt på pause.

I kirurgien har likheten i læringsmål mellom generell og gastrokirurgi bydd på særlige utfordringer. Gastrokirurgi som spesialitet er særnorsk og fokuserer i hovedsak på malign kirurgi i GI-traktus.

Leger i spesialisering (LIS) i gastrokirurgi skal ha eksponering og erfaring innen behandling av øsofagus, ventrikkel og duodenal-kreft. Lever, galle og pankreas-kreft. Tynntarm, tykktarm og rektal-kreft. Dette må i stor grad oppnås på høyspesialiserte og sentraliserte avdelinger. Etter fullført spesialistutdanning vil det forventes ytterligere år for å kunne beherske de mest sentraliserte spesialfeltene hvilket trekker gastrokirurgi i stor grad vekk fra å være en generalistspesialitet. At gastrokirurgi skulle være den nye generellkirurgien var aldri et premiss og åpenbart ikke hensiktsmessig. Allikevel har mange sykehus valgt å utdanne gastrokirurger fremfor generellkirurger. Sikkert hjulpet av den uklare grenseoppgangen i læringsmålene. Resultatet har blitt en stor mengde LIS i gastrokirurgi som det ikke er operativt volum til å utdanne og heller ikke behov for som spesialist.

Helsedirektoratet har nylig startet et omfattende arbeid med å definere behov for generalister i sykehusene, og det arbeides med å lage en større «rådslagning» i slutten av april. Legeforeningen og flere fagmedisinske foreninger er invitert til å delta. Syke-

husene og de regionale helseforetakene er de som skal ansette og tilby meningsfullt arbeid til legene på landets sykehus. Det er derfor viktig at de er aktivt med å definere generalistbehovet. Det arbeidet som gjøres nå, vil kunne beskrive generalistene i sykehusene i lang tid fremover.

Slik de mindre sykehusene har behov for generalister til å ivareta et bredt elektivt volum og akutte lidelser har de største sykehusene også behov for leger med generell kompetanse. Også ved de største sykehusene er de «vanlige» pasientene i betydelig over-tall og risikerer å bli kasteballer mellom «subspesialistene». Dette er dårlig pasientbehandling, ineffektivt og uønsket. I lille Norge har fortsatt alle landets sykehus en generell kirurgisk og en indremedisinsk vaktordning. Dermed ligger forholdene til rette for å bygge på dette for å dekke behovet for generalister.

Det er i prinsippet tre måter å utvikle generell kompetanse i sykehusene. Det ene er å legge til rette for å ha leger som har to spesialiteter (dobbeltspesialitet), likt det man hadde før 2019. Systemet slik det er nå, legger ikke enkelt til rette for leger som ønsker å



inneha to spesialiteter, med generell kirurgi eller indremedisin som den ene av de to. Videre kan man betydelig styrke «LIS2», altså de henholdsvis felles kirurgiske og felles indremedisinske læringsmålene. Disse læringsmålene er det så langt varierende hvem som «eier» og gir utdanning i, og blir stemoderlig behandlet i spesialistutdanningen. Kan man tenke seg et system der LIS2 styrkes betraktelig, og kunne tilby solide generalister? Det må diskuteres. Den tredje veien er å sørge for at det opprettes stillinger for LIS og overlege-stillinger for leger som ønsker å ha, eller allerede innehar kun én generell spesialitet, og at sykehusene organiseres rundt disse generalistene, både på dagtid og hva gjelder vakt-ordning.

For å favne de ulike behovene vil trolig en kombinasjon av disse mulighetene gi fremtidens generalister. For eksempel i kirurgi, vil kanskje dobbeltspesialitet være en aktuell løsning. Da må dette være ønsket av både sykehusene og av den enkelte lege. I den nye spesialistutdanningen er det kun gastro- og generellkirurger som blir generellkirurgisk vakt-kompetente og dermed blir de vaktbærende spesialitetene ved de fleste av landets sykehus.

Hvordan kan spesialistutdanningen bedre tilpasses for å møte helsetjenestens behov og sikre fremtidens generalister interessante og stimulerende karrierer i hele landet? I tillegg til å dekke vakter, vil det være behov for breddekompetanse også på dagtid. Endret demografi, med økende levealder gir økt multimorbiditet og langvarige tilstander som krever nærhet til behandling og oppfølging fremfor stadig henvisning til organspesialist – noe som kan gi fragmentert pasientoppfølging.

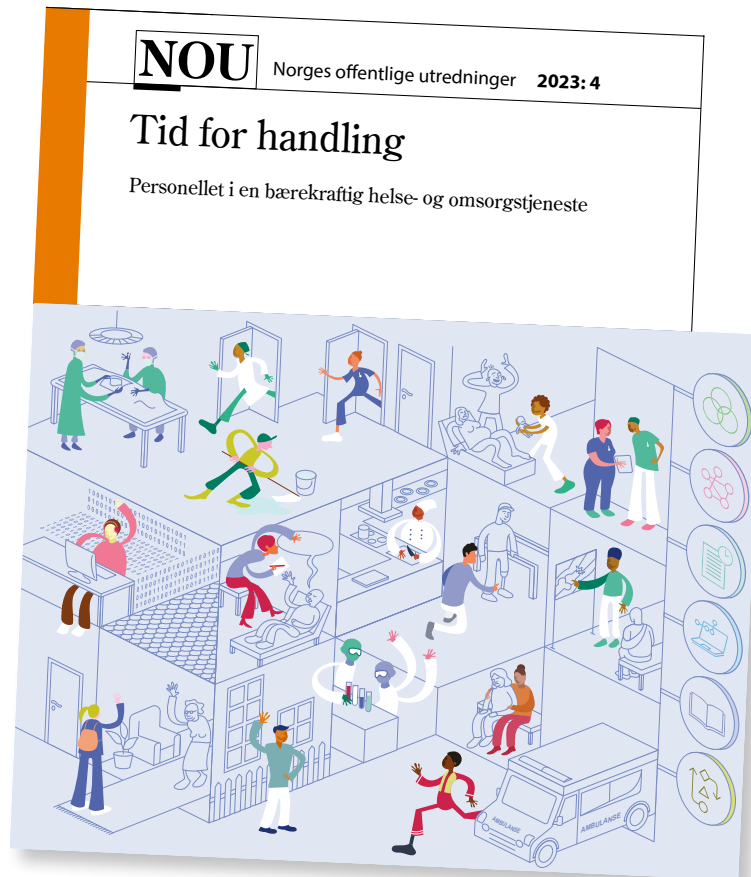
Rekrutteringssvikt går igjen i spesialisthelsetjenesten, nasjonalt er det over 30 av spesialitetene som har rekrutteringsvansker til LIS- og/eller overlege-

stillinger. Faktum er at aldri har det jobbet flere leger i spesialisthelsetjenesten. Nye tjenesteplaner med kortere vakter, flere på vakt samtidig, kompetanse i front (akuttmottak) og generelt økt press på avdelingene har økt behovet for arbeidskraft. Antall operasjoner derimot har ikke økt tilsvarende. For å opprettholde volum ser vi spesielt ved de større sykehusene, en økende grad av subspecialisering og seksjonering hvilket igjen øker behovet for arbeidskraft.

Det er trolig liten politisk vilje til å endre dagens sykehusstruktur og akutt-tilbud til befolkningen. Flere hensyn spiller inn. Avstander/geografi,

vær, bosetting, sysselsetning, industri, forsvar og beredskap for å nevne noen.

Oppsummert kan vi være enige om at vi skal fortsette å bemanne en desentralisert sykehusstruktur i tiden fremover. For å både opprettholde tilbudet ved de mindre sykehusene, og la de spisse spesialistene fortsette å arbeide med det de kan best, er det svært viktig at man styrker generalistkompetansen. Og da er det en god løsning å fortsette å satse på de to generelle spesialitetene indremedisin og generell kirurgi, og legge til rette for at mange sykehus har behov for leger med dobbeltspesialitet med en av de to som den ene. ●



## En helmax spesialitet

Maxillofacial-kirurgi har tradisjonelt vært Norges lengste spesialistutdanning. Spesialistene har, som hovedregel, måtte avlegge både odontologisk og medisinsk embetseksamen.

» Av Stig Kringen,  
Kommunikasjonsavdelingen,  
Legeforeningen

Denne saken sto første gang på trykk i Tidsskriftet i mai 2023

Senere får kirurgene bruk for sin utholdenhet og stayerevne under lange, ofte krevende, operasjoner.

– Det kan fort gå ti til tolv timer på operasjonsstua, uten pause, forteller Even Mjøen. Han er spesialist i maxillofacial kirurgi.

### Veien til kirurg

Se for deg fem års odontologistudier for å bli tannlege. Deretter fem års medisinstudier for å bli lege. Så følger et spesialiseringsløp på seks og et halvt år. Til sammen nesten 17 år under utdanning. For å sette det i perspektiv: Et barn som blir født i dag, vil passere aldersgrensen for å øvelseskjøre med bil - og så smått gjøre seg klar for russetid, på tiden det tradisjonelt har tatt å bli maxillofacial-kirurg i Norge.

Mjøen startet på tannlegestudiet på tampen av 90-tallet, fulgte opp med å studere medisin og ble godkjent spesialist i 2015. I tillegg er han leder for Norsk forening for maxillofacial-kirurgi.

– Da jeg var ung student, visste jeg ikke helt hva som ventet. Det var lett å leve i et lite selvbedrag og bare flyte med studieløpene - for å se hvor man endte. Jeg tenkte ikke så mye på karriere og lengde på studier den gangen.

Da Mjøen gikk på medisinstudiet forsvant rettighetene til studielån ganske fort. Derfor arbeidet han som tannlege mens han studerte.

– Jeg var privilegert. Jeg jobba både som tannlege rundt omkring og på private klinikker. Etter hvert som jeg fikk midlertidig lisens som lege, jobbet

jeg også i psykiatrien - både i akutt-psykiatri og ved Gatehospitalet. Det var dannende erfaringer jeg aldri ville vært foruten, forteller Mjøen.

### Variert hverdag

I dag arbeider han som overlege ved Kjeve- og ansiktsskirurgisk avdeling ved Ullevål sykehus, OUS. Der har de Norges største miljø innen maxillofacial-kirurgi. Avdelingen håndterer hele spekteret av kranio-maxillofaciale hard- og bløtvevsskader. I internasjonal sammenheng er dette synonymt med et Level One Trauma Center.

– Vi håndterer i praksis hele panoramaet, med alt fra ansiktsskader, kjeveskader og kraniebrudd til hals-skader. Vi deler sengepost med Nevrokirurgisk avdeling, som behandler hodeskader. Vi har ofte fellespasienter med dem.

Med ønske om én avdeling og én dør, flyttet OUS den store øre-, nese-, hals-avdelingen for en del år siden. Fra Ullevål sykehus og opp til Rikshospitalet.

– Det er nok noe av årsaken til at vi også tar ansvar for kirurgiske luftveier og noen typiske øre-, nese-, hals-opp-gaver som for eksempel neseblødninger, nesebrudd, neseskader, bihuleproblematikk, akutte øvre luftveier og larynxskader, forklarer Mjøen.

Ved Kjeve- og ansiktsskirurgisk avdeling på Ullevål jobber det ti leger. Alle har i tillegg tannlegeutdanning. Fire av legene har flere års fartstid fra øre-, nese-, hals- avdelinger, men uten å være ferdige spesialister. Mjøen for-



Even Mjøen er spesialist i maxillofacial-kirurgi. Spesialiteten omfatter et bredt spekter av kirurgisk behandling av tilstander i kjeve og ansikt.

klarer at det både er pasientvennlig og kostnadseffektivt at de kan håndtere hele pasientforløpet, uten å måtte sende til andre sykehus.

På morgenmøtet har de gjennomgang av siste døgnstraumer og dagens elektive problemstillinger. Der gjennomgår de sengepost og forespørslers om tilsyn. Dagen går i samme struktur som i mange andre kirurgiske avdelinger med poliklinikk og operasjonsvirksomhet.

– Parallelt med dette veileder vi LIS-leger og gir supervisjon. Vi har en mestersvenn-modell på vår avdeling. Vårt fag har utviklet seg voldsomt de siste årene, når det gjelder digital planlegging, dataanimasjon og bruk av 3D-print. Vi jobber også med fusjonering av de digitale plattformene opp mot navigasjon og bruk av hologrammer, forteller kirurgen.



Foto: Nils Petter Fosslund

## Tannlege og lege

Mjøen mener at nyutdannede tannleger i Norge er godt rustet til å starte selvstendig pasientbehandling relativt raskt etter studiet. Medisinstudiet ser han mer som et fundament for å vokse videre inn i en trygg behandlerrolle.

– Det er krevende studier på hver sin måte. Jeg opplevde tannlegestudiet som smalere, mer praktisk og svært løsningsorientert. Men også at man kanskje la større vekt på frykten for å gjøre feil. På medisinstudiet var det mindre trening i praktiske prosedyrer og fordypning ut over de generelle prinsipper. Jeg opplever at det i mye større grad var lagt opp til å se muligheter, bruke tid til refleksjon og svekke skråriskerheten.

## Kjennetegn

Mjøen beskriver en maxillofacial kirurg som en spesialist som har god balanse mellom teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Fra odontologien kanskje i overkant sans for detaljer. I sum gir dette god bredde og stor handlingskraft.

Han tror inntrykket av maxillofaciale kirurger er todelt blant kollegaer på sykehuset.

– De som vi samarbeider mye med, i hele kjeden fra hjelpepersonell og til subspecialiserte kirurger, ser den faglige bredden og dybden i det vi faktisk gjør. På den annen side tror jeg også at de

som ikke helt vet hva faget inneholder, og kanskje bare ser oss i gangene, har en mistanke om at vi er avanserte tanntrekkere som ser på et og annet munn-sår, sier han og legger til:

– Det er en gammel setning som sier at maxillofacial kirurgi ikke er en spesialitet, men en diagnose. Det kan man jo tolke som man vil, sier han og humrer.

## Spesialitet i vekst

De siste årene har Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling på Ullevål utvidet antall utdanningsstillinger. Den har nå fem LIS-er. Mjøen forteller at de har godt med søkere til LIS-stillingene, og at de opplever stor pågang av henvendelser og nysgjerrighet rundt spesialiteten.

Pasientene på poliklinikken blir henvist fra alle helseregioner i hele landet. Foreningslederen opplever at han får bruk for sin erfaring fra psykiatri og allmennmedisin, særlig når han snakker med smertepasienter.

– For min del kompletterer det de kliniske ferdighetene. Jeg opplever at vi ofte hjelper pasienter med behandling og oppfølging som ikke nødvendigvis innebærer å bruke kniv og narkose.

*Ville det vært mulig å operere inn en stålkjeve, som Jaws fra James Bond? Er det noe en maxillofacial-kirurg kan fikse?*

– Jeg jobber mye med pasientspesifikke implantater. Det er en fusjon av det beste teknologien har å tilby. Det

fungerer slik at vi gjør en digital plan, der vi, vi sammen med produsentene, fremstiller tilnærmet hele underkjeven i titan. Underkjevene er basert radiologiske data. Dette gjør at datamaskinen kan utforme det som sannsynligvis var pasientens opprinnelige anatomiske kjeve, og implantere den. Tilnærmet hele kjeve er det nå mulig å implantere, med eller uten tillegg av mikrovaskulære lapper som støtte.

– For inntil få år siden var jo dette et humoristisk spørsmål, men teknologien går altså dithen at vi nå kan implantere hele kjeve. Og det er det jo noen få av oss som driver med. Men i skandinavisk sammenheng er det ikke så utbredt.

## Norges lengste utdanning?

Maxillofacial-kirurgi har de senere år blitt en ren medisinsk spesialitet. Formalkravet til tannlegeutdanning har nå bortfalt. Det betyr at man kan ta inn LIS-leger som ikke har tannlegebakgrunn.

– Hos oss har vi løst det sånn at de to siste kandidatene har gått på tannlegestudiet fulltid og hatt en deltidsjobb ved avdelingen. Da har de gått vakter som leger. Både på foreningsnivå, og gjennom vår paraplyforening EACFMS (den europeiske foreninga), er vi helt tydelige på at vi mener det er viktig med dobbeltutdanning. Dette for å få komplette klinikere som kan håndtere hele pasientforløpet, avslutter Mjøen. ●

# OVERLEGEFORENINGENS VÅRKURS I OSLO

**9. APRIL – 11. APRIL 2024 – CLARION HOTEL THE HUB**

**Påmeldingsfrist 15. mars 2024**



Alle foto: [www.strawberry.no](http://www.strawberry.no) - clarion-hotel-the-hub

Foto: Unsplash/Marian Rotea (@marianrotea)



Trenger  
du litt faglig  
og kollegialt  
påfyll i vår?

Kurset er åpent  
for alle Ofs medlemmer.  
Pris for ordinært medlem  
(ikke landsråd)  
kr 1200,-  
Reise og opphold  
inkludert

**Påmeldingsfrist:**  
**15. mars 2024**  
Spørsmål?  
Ta kontakt med  
[of@legeföreningen.no](mailto:of@legeföreningen.no)

## Onsdag 10. april

### Kl. 8.30 – 10:25 Utenforskap

Vi ønsker å møte alle pasientene med respekt og en måte som kan bidra til bedre helse. Hvordan kan vi gjøre det bedre?

- **Utenforskap og inkludering i arbeidslivet**  
*Ulf Andersen, Statistikkseksjon NAV*
- **Minoritetsspråkliges erfaringer med tolking i møte med det offentlige**  
*Berit Berg, professor NTNU samfunnsforskning*
- **Hvordan bør vi møte ungdommer som faller utenfor A4-rammen?**  
*Ghulam Abbas, miljøarbeider*

### 10:25 – 10:45 Kaffepause

### 10:45 – 13:00: Hvordan har vi det?

Også vi leger trenger gode arbeidsdager og trygt arbeidsmiljø som styrker oss som leger og mennesker. Har vi det?

- **Mestring som lege**  
*Finn Marum Høivik, fastlege og universitetslektor NTNU*
- **Kollegastøtte; funn og erfaringer fra Ukom**  
*Stine Marit Moen, leder medisin og helsefag Ukom*
- **Selvivaretales, balanse og mestring er sentralt gjennom hele legelivet**  
*Anniken Riise Elnes, utdanningskoordinerende overlege Vestre Viken, Karin Isaksson Rø, seniorforsker Legeforskningsinstituttet og Ingunn Amble, leder Villa Sana*

### 13:00 – 14:00 Lunsj

### 14:00 – Landsrådsmøte

### 19:30 – Aperitiff og festmiddag

## Torsdag 11. april

### 09:00 – 12:00 IT – Teknologi

I helsetjenesten skjer teknologitvillingen raskt. Hvordan får vi det beste ut av nyvinningene? Hvilke fallgruver ser vi?

- **Kunstig intelligens i helsetjenesten – et paradigmeskifte?**  
*Ishita Burua, lege og gründer Livv Health*
- **Er innovasjon i helsevesenet dømt til å mislykkes?**  
*Åsmund Mæhle, konsulent Bouvet ASA*

### 10:20 – 10:40 Kaffepause

- **Utnyttelse av IT-systemer på sykehus**  
*Camilla Beck Olsen, seniorrådgiver Riksrevisjonen*
- **Uteblivna produktivitetssøkninger på den norske e-hälsomarknaden**  
*David Frydinger, advokat Cirio advokatbyrå*

### 12:00 – 13:00 Lunsj

### Kl. 13:00 – 15:30 Beredskap

Verdenssituasjonen er ikke blitt mer stabil det siste året. Hva med oss leger og Legeforeningen midt i alt uroen?

- **Hvorfor skal Legeforeningen engasjere oss i beredskap?**  
*Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen*
- **Tankar etter en pandemi**  
*Anders Tegnell, senior rådgivere Folkhälsomyndigheten, Sverige*

### 14:05 – 14:25 Kaffepause

- **Helseberedskapsmeldingen – er helsetjenesten forberedt på å ta vår del av Totalforsvaret?**  
*Cecilie Daae, leder Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*
- **Hva forventer Forsvaret fra helsetjenesten?**  
*Petter Iversen, sjef Forsvarets Sanitet*

VEL HJEM!

## ARNE REFSUMs LEDER FRA 2009 ▼

# Så enkelt, og så vanskelig

**S**å enkelt er det: Det må være samsvar mellom ressurser som stilles til rådighet, og oppgavene som skal løses. Det viste Econ-rapporten, som ble omtalt i forrige nummer av Overlegen. Selv om Econ har korrigert rapporten noe, står konklusjonene fast.

Når dette samsvaret ikke er tilstede, så blir det problemer. For eksempel lange ventelister og/eller økonomisk underskudd. Dette er egentlig sykehuseiers, dvs Statens problem, og ikke vårt. Det gjøres imidlertid til vårt problem som arbeidstagere, og spesielt legenes, da det ofte er vi som genererer aktivitet og dermed utgifter i sykehusene, og vi blir dermed gjort til syndebygg i svartepersillet, eller så påtar vi oss den offerrollen selv. Det gjør vi alt for ofte.

Samspeillet mellom tilgjengelige ressurser og aktivitet er multifaktorielt, som det heter i genetikken. Jeg skulle ønske det var endimensjonalt, kun avhengig av forholdet inntekter-utgifter. Da skulle sykehusene klart å holde budsjettene. Politikerne, helseøkonomene og rikssynserne fremstiller denne problematikken som så enkel, og stiller seg helt uforstående til at sykehusvesenet ikke klarer å holde budsjettene. De glemmer pasientrettighetsloven, ordningen med fritt sykehusvalg, vurderingsgaranti, behandlingsgaranti (rett til nødvendig helsehjelp), lov om spesialisthelsetjeneste

som krever forsvarlig organisering og drift, utdanning, forskning, nye oppgaver som rus, ambulanse etc.

Med en gang man begynner å filosofere over å lage en endimensjonal sammenheng begynner vanskelighetene. Først i køen eller lønnsom pasient holder ikke, det må jo en alvorlighetsbetraktning med også. Og selv om det utarbeides prioriteringsveiledere som er meget detaljerte, så vil legens skjønn være det som avgjør i mange tilfeller. Vi må forholde oss til ø-hjelp, og til hensiktsmessig drift av operasjonsstuer, slik at driftstiden kan utnyttes maksimalt, ved å smette små inngrep inn mellom store osv. Vi vil riktignok få lange ventelister, noen av pasientene vil benytte fritt sykehusvalg, og sykehuset må betale, budsjettet krymper, og aktiviteten må ytterligere ned. Vi leger engasjerer oss, for det er vi som møter pasienten og de pårørende. Det er der vår lojalitet vil være, som pasientens advokat inn i systemet. Du får aldri økonomisjefen til å ringe pasienten for å fortelle at avtalen (nok en gang) er avlyst fordi budsjettet skal overholdes. Du får heller ikke den samme økonomisjefen til å gå med på at det planlegges med slakk i systemet for å fange opp uforutsette hendelser, for da går jo den planlagte virksomheten ned, og dermed inntektene.

Samhandlingsreformen kommer til å komplisere dette ytterligere, er jeg redd. Det å slå sammen to under-

skuddsområder, begge med for dårlig kapasitet i utgangspunktet, er jo ikke garantert suksess, for å si det forsiktig. Halvparten av sykehusenes DRG-inntekter, dvs. pt. 20% av totalinntektene skal overflyttes kommunene, som så igjen skal betale de samme pengene tilbake til sykehusene dersom de benytter tjenestene. Flott dersom dette betyr at de ferdigbehandlede pasientene kommer raskere ut, men hva skjer når kommunene har brukt opp pengene i oktober? Svært mange kommuner går jo underskudd allerede, og de mangler sykehjemsplasser. Ser vi da for oss at kommunene skal begynne å forhandle rabatter med de forskjellige foretakene på elektiv virksomhet? Hva da med fritt sykehusvalg?

Det synes å være en samstemt politisk tinghet at sykehusene nå skal tvinges til å holde budsjettene. Helse Sør-Øst har satt mange av sine sykehus på observasjonslisten, og hvor omreisende innsatsteam fra RHFet skal hjelpe til med nedskjæringene. Det fremgår at arbeidet skal gå med god medvirkning fra ansatte. Kanskje vi bare skulle passe på at våre tariffavtaler blir respektert, konsekvensene påpekt, men overlate resten til eier, så får de ta ansvar for resultatet. Det vil allikevel være vi som treffer pasientene.

Så vanskelig kan det være! ●



Faksimile Overlegen nr. 3-2009



Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

## Formål

Norsk overlegeforening (Of) arbeider for at overleger vil ta på seg og bli værende i lederfunksjoner. Of prioriterer lederutdanning og lederutvikling.

Ofs landsrådsmøte 2023 vedtok i forbindelse med behandlingen av budsjett for 2024 å øremerke kr. 300.000,- av egenkapitalen til videre- og etterutdanning for ledere etter retningslinjer som godkjennes av styret.

## Stipendkomite

Stipendkomiteen består av to representanter fra Ofs lederutvalg og en fra Ofs styre. Stipendkomiteen vurderer søknader fortløpende og gir tilbakemelding til styret når stipend er innvilget. I tvilstilfeller kan søknader legges fram for styret til endelig avgjørelse.

## Kriterier for å søke stipend

- Lederstipend er et tilbud til medlemmer av Norsk overlegeforening.
- Det kan søkes stipend for lederutdanning som gir studiepoeng eller annen lederutdanning.
- Program med bekreftelse på opptak må vedlegges utfylt søknadsskjema. Alternativt kan det søkes stipend som innvilges under forutsetning av senere opptak.
- Leger som innehar lederstillinger og andre som har interesse for ledelse og/eller innehar tillitsvalgtverv kan søke.
- Mulighet for dekning hos arbeidsgiver må være forsøkt, slik at stipendet fra Of blir et supplement. Det må framlegges skriftlig dokumentasjon på at det er søkt om støtte hos arbeidsgiver, samt svaret fra arbeidsgiver. Det vises i denne sammenheng til arbeidsgivers ansvar når det gjelder videre- og etterutdanning for leger i lederstillinger.
- Totalbeløpet for den enkelte søker er begrenset oppad til kr. 40.000,- i dokumenterte utgifter.
- Stipendet skal primært dekke kostnader/utgifter til selve lederkurset. Utgifter til datautstyr og bredbånd/nettilgang dekkes ikke. Søknad om dekning av eventuelle reiseutgifter og hotell, må skje på grunnlag av dokumenterte faktiske kostnader.

## Mottak av stipend forutsetter

- Bekreftelse på gjennomført kurs/utdanning.
- Innsendelse av utfylt sluttrapport i samsvar med sluttrapportmal.
- Utgifter må dokumenteres med originalbilag. Disse originalbilagene skal først oversendes etter at utdanningen er sluttført.
- Kort presentasjon av kurs/utdanning til publisering i «Overlegen».

Eventuelle spørsmål kan rettes til Norsk overlegeforenings sekretariat. Søknader med vedlegg kan sendes på e-post til [of@legeforeningen.no](mailto:of@legeforeningen.no)

## Informasjon og søknadsskjema etc.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/organisasjonen/lederstipend/>

Returadresse  
Norsk overlegeforening  
Postboks 1152, Sentrum  
0107 Oslo

