

Maktfordeling på kunnskapsfeltet

I sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 8/2005 om maktfordelingsprinsippet og statlig styring av kunnskap (1) omtaler redaktøren enkelte prinsipielt sett interessante spørsmål som jeg ønsker å kommentere.

Hvem er staten? Staten er i et demokrati folket, dvs. samfunnets mekanismer for dels å organisere offentlig virksomhet og dels å ivareta den utøvende makt som lovgiver (Stortinget) har gitt myndighetene. I Norge utføres det meste av helseforskningen i statlige institusjoner (universiteter, høyskoler og institutter) eller i heleide statlige helseforetak som alle tildeles sine ressurser over statsbudsjettet. På helseområdet er det departementet, Sosial- og helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket som er myndighetsorganer. Kunnskapssenteret har ingen myndighetsfunksjoner.

Hva er statlige forvaltningsorganer? Dette er selvstendige institusjoner som ikke er egne rettssubjekt og derfor er en del av statlig virksomhet. Universitetene, høyskolene og store deler av instituttsektoren er forvaltningsorganer. I debatten om organisering av universitetene var det nettopp synet om å bevare disse som forvaltningsorganer som vant frem. Universitetene er derfor ikke selvstyrende enheter. Universitetene er dermed underlagt departementets alminnelige instruksjonsmyndighet, men loven fastsetter at innholdet i undervisning og forskning ikke kan instrueres. Folkehelseinstituttet, som ivaretar forskning og kunnskapsvirksomhet på en god måte, kan også formelt instrueres av departementet og har en dobbeltrolle som både myndighetsorgan og forskningsinstitutt. Kunnskapssenteret kan iht. vedtekter ikke instrueres i faglige spørsmål.

Hva er Kunnskapssenterets rolle sett i lys av maktfordelingen på kunnskapsfeltet? I grove trekk deles rollene mellom institusjoner som produserer kunnskap (forskningsinstitusjoner), oppsummerer kunnskap (Kunnskapssenteret) og bruker kunnskap i beslutninger (helsetjenesten selv og myndighetene). Det er helt nødvendig at Kunnskapssenteret er uavhengig av både industri, myndigheter, akademia og profesjonsinteresser. Kunnskapssenterets organisasjonsform ivaretar nettopp dette gjennom vedtekter som sikrer faglig uavhengighet. Internasjonalt er det etablert tilsvarende institusjoner for å ivareta den samme rollefordeling.

For å utøve oppgavene våre best mulig, samarbeider vi tett med fagmiljøene i helsetjenesten og ved universitetene. Jeg deler synet på at forskningsmiljøene må styrkes, slik jeg tidligere har gitt uttrykk for (2, 3), sist ved å ta til orde for å doble ressursene i medisinsk og helsefaglig forskning (3).

Det kan i lederartikkelen oppfattes som om Kunnskapssenteret er tilført betydelige

ressurser. Vi har i dag noen færre årsverk (ca. 80) enn de tre miljøene (Senter for medisinsk metodevurdering, HELTEF og Divisjon for kunnskapshåndtering) hadde før fusjonen.

Kunnskap og forskning skal ikke styres. Det er nødvendig med gode mekanismer for kritisk å oppsummere og sammenstille kunnskap. Slik virksomhet skal heller ikke styres, men utøves i god dialog med myndigheter, utøvere og brukere av helsetjenesten.

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Haug C. Statlig styring av kunnskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 991.
2. Hunskaar S, Røttingen J-A. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmenmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2637-9.
3. Røttingen J-A. Ressursene til medisinsk forskning må doubles. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1220-1.

Tiazidsaken og klage til Rådet for legeetikk

Sverre E. Kjeldsen hevder følgende i et leserinnlegg i Tidsskriftet nr. 7/2005: «På Kunnskapssenterets brevpapir ble jeg i full offentlighet anmeldt til Legeforeningen for faglige kommentarer på et medisinsk debattmøte, omskrevet og misforstått av to journalister.» (1).

Som direktør for Kunnskapssenteret har jeg brakt følgende på det rene fra sekretær for Rådet for legeetikk: Den omtalte klage er innsendt til Rådet for legeetikk fra bl.a. Signe Flottorp ved brev av 11.2. 2004 på brevark uten hode/firmalogo, m.a.o. på helt nøytralt papir (Åsmund Hodne, personlig meddelelse).

Kunnskapssenteret har altså ikke sendt inn klagen på Kjeldsen og har heller ingen mening om denne klagen eller rådets vurdering. Klagen er innsendt av tre enkeltleger som privatpersoner, hvorav én er ansatt ved Kunnskapssenteret og de to andre ved to av universitetene.

Jeg vil for øvrig benytte anledningen til å påpeke at Kunnskapssenteret ikke har hatt en rolle i det mye debatterte tiazidvedtaket, siden dette gjentas i debatten av flere. Til orientering arbeider Kunnskapssenteret med en metodevurdering om medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer. Sverre E. Kjeldsen og andre representanter for fagmiljøene er svært viktige som medlemmer i denne utredningsgruppen.

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Kjeldsen SE. «Personangrep og insinuasjoner». Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 919-20.

S.E. Kjeldsen svarer:

John-Arne Røttingen har rett i at formuleringen «på Kunnskapssenterets brevpapir» var upresist; det riktige er at Signe Flottorp *undertegnet* som «forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste og fastlege ved Klemetsrud legesenter i Oslo». Det endrer jo ikke sakens realitet, nemlig at Kunnskapssenteret og flere av dets ansatte stod bak den godt planlagte og nøye gjennomførte personhetsen jeg var utsatt for vinteren 2004 fordi jeg våget å kritisere Regjeringens meget uheldige tiazidvedtak. Det viser seg at tiazidvedtaket dreide seg om et nærmest tilfeldig ad hoc provenykrav uten støtte i relevant fagmiljø i Norge. Det er interessant å vite at selv Kunnskapssenteret nå toer sine hender i denne sammenheng. Det overrasker meg dog at John-Arne Røttingen ikke lar denne saken bero når hans institusjon nå forsøker å forsvare sin berettigelse ved blant annet å invitere meg og andre til å utarbeide en ekspertuttalelse i deres regi vedrørende forebyggende kardiologi i Norge.

Sverre E. Kjeldsen

Ullevål universitetssykehus

Appell til musikkinteresserte leger

Har dere hørt om EMSO? De fleste har nok ikke det. EMSO står for *European Medical Students' Orchestra*, som er et symfoniorkester bestående av medisinstudenter og enkelte ferdige leger fra hele Europa, og som samles ti dager i året til en intensiv symfoniorkestersamling på meget høyt nivå, med konsertavslutning og en eller flere konserter. Orkesteret har møttes hvert år siden 1993. Orkesterets dirigent, australianer David Banney, arbeider halv tid som hudlege og halv tid som profesjonell dirigent. Han har dirigert orkesteret uten vederlag siden 1999.

Arrangeringen av orkestersamlingen har gått på omgang mellom de landene som har hatt deltakere i orkesteret. I 2003 var orkesteret i Praha og i 2004 i Poznan i Polen. I år har en entusiastisk gruppe norske medisinstudenter som har vært orkesterdeltakere gjennom flere år, påtatt seg oppgaven å arrangere samlingen. Orkesteret skal møtes i Oslo 4.-15. august, skal øve og ha konserter ved Rikshospitalet, i Universitetets aula og på Maihaugen, Lillehammer. Medlemmer av orkesteret skal også ha kammerkonsserter ved sykehus i Oslo-området. Det er allerede over 80 påmeldte til årets orkesterprosjekt. Orkesteret har i alle år gitt bidrag til veldedig arbeid, og i år er det besluttet at et eventuelt overskudd fra konsertene skal gå til musikkterapi ved Barne-klinikken, Rikshospitalet.

Under planleggingen av orkestersamlingen har det vist seg vanskelig å få finan-

sieringsstøtte til arrangementet. I andre arrangørland har legemiddelindustrien gitt sponsorstøtte, men så langt har legemiddelindustrien i Norge avslått forespørsler om økonomisk støtte under henvisning til den nye avtalen med Legeforeningen. Deltakerne betaler selvfølgelig deltakeravgift, men selv om Universitetet i Oslo og Rikshospitalet yter generøse bidrag, mangler det fremdeles 50 000 kroner i forhold til budsjettet. Det ville være svært synd om prisnivået i Norge skulle holde deltakere fra mindre velstående land fra å delta i prosjektet.

Vi er mange leger som har spilt musikk i årevis og som gjerne skulle hatt et slikt tilbud i vår tid som studenter og unge leger. Derfor vil vi nå oppfordre alle musikkinteresserte kolleger til å støtte orkesteret med et pengebeløp, forslagsvis 500 kroner, som kan bidra til at arrangementet kan gjennomføres etter planen. Alle beløp er kjærkomne og kan settes inn på EMSOs konto: EMSO Oslo 2005 med konto-nummer 6039.05.87328. For ytterligere opplysninger, besøk EMSOs nettsider på www.emso2005.info.

Marit Hellebostad

Ullevål universitetssykehus

Dagfinn Gedde-Dahl

Olav Kåre Refvem

Øystein Sørbye

Per Harald Årva

Tenåringer og amblyopi behandling

I det siste har det kommet flere rapporter fra USA hvor man bemerker at amblyopi kan behandles i tenårene. I Tidsskriftet nr. 9/2005 (1) er det referert til en randomisert studie publisert i aprilutgaven av *Archives of Ophthalmology*, hvor barn i alder 7–17 år deltok (2). Blant deltakerne var kun 103 i aldersgruppen 13–17 år, mens 404 var i aldersgruppen 7–12 år. 25 % av tenåringene responderte på behandling, og ingen oppnådde visus 1,0. Endelig visus ble sammenliknet med visus før bruk av ny optimal brillekorreksjon. Opplysninger om mange basistakta mangler, slik som hvor mange som tidligere var behandlet før skolealder og hvilket visusnivå deltakerne hadde ved avsluttet eller oppgitt behandling. Uten slik kunnskap om deltakerne og med utgangsvissus registrert uten at optimal brillekorreksjon er brukt i seks uker, kan man ikke konkludere med at tenåringene er behandlet for amblyopi. Forbedringen av visus kan skyldes bedre briller. Det er et kjent faktum at visus kan svekkes med en rekke på synstavlen når lappebehandlingen seponeres, men det er vanlig at den opparbeides ved ny omgang med lappetrening.

Norske Ortoptisters Forening er bekymret for konsekvensen av en forandring i den i dag velfungerende synsscre-

ningen av fireåringer på helsestasjonene (3–5). All klinisk erfaring tilsier at tidlig behandlingsstart gir bedre prognose, flere oppnår visus 1,0. For barnet er det lettere å gjennomføre amblyopibehandlingen i barnehagealder enn i skolealder. Øyeskader, komplikasjoner ved kataraktoperasjoner og aldersrelatert maculadegenerasjon har en overhyppighet på det dominante øyet, det med best visus. Pasienter med amblyopi vil ha en større risiko for å bli sosialt blinde, med større behov fra hjelpeapparat.

Norske Ortoptisters Forening er betenkt over at Tidsskriftet publiserer sammenfatning av rapporter uten at man har sett på rapportens faglige nivå. Synsscreening av fireåringer må beholdes.

Karin Wranne Tangen

Norske Ortoptisters Forening

Litteratur

1. Tenåringer kan behandles for amblyopi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1146.
2. Scheiman MM, Hertle RW, Beck RW. Randomized trial of treatment of amblyopia in children aged 7 to 17 years. Arch Ophthalmol 2005; 123: 437–47.
3. Haugen OH. Behold synsscreening av fireåringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 593.
4. Feiring E. Nytt blikk på synsundersøkelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 70–2.
5. Hem E. Synsscreening av femåringer? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 143.

Smittevern i sykehjem

Tidsskriftet har nylig hatt en temaserie om sykehusmedisin (1). De eldre blir flere, krever mer og lever lenger med til dels komplekst sammensatte medisinske sykdommer som de også skal kunne behandles for i sykehus. Slike pasienter utgjør en økende andel av sykehuspasientene (1, 2). Institusjonsinfeksjoner er relativt hyppig forekommende, og er en viktig medvirkende årsak til at pasienten blir lagt inn i sykehus (3, 4). Infeksjoner utgjør et smittepress både i sykehjem, sykehus og andre helseinstitusjoner som deltar under en pasients behandlingsforløp. Pasienter kan ha nedsatt infeksjonsforsvar på grunn av sin helsemessige tilstand (svelgproblemer, inkontinens osv.) og er infeksjonsutsatt som følge av stor kontaktflate med mange mennesker.

Infeksjoner utløser ofte generelt forverret allmenntilstand og redusert mobilitet, noe som fører til økt omsorgs- og pleienivå og risiko for fallskader og demens. Hyppig forekommende infeksjoner er infiserte liggesår, bløtdelssår, luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, konjunktivitt og postoperativ sårinfeksjon (3, 4). Norovirusinfeksjoner er vanlig vinterstid, det samme gjelder influensa dersom pasientene er uvaksinerte. Det kan være *Clostridium difficile*, som kan erverves under sykehusopphold. Økende forekomst av mer resistente mikrober, f.eks.

meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) og andre resistente bakterier, er et problem i sykehjem og hjemmesykepleien (5). Smitten blir ofte tilfeldig oppdaget, i noen tilfeller etter lengre tid.

Pasienter som vandrer med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* og andre resistente bakterier i helsevesenets forskjellige nivåer, utgjør en relativt stor risiko for smittespredning. Det samme gjelder smittet helse- og pleiepersonell som har deltidsarbeid ved flere helseinstitusjoner. Både pasienter og personell smittet med resistente mikrober blir utsatt for en stor påkjenning ved å være blitt «smitteførende».

Smittevernloven med forskrifter om smittevern i helseinstitusjoner tar dessverre ikke nok hensyn til krav om god kvalitet på hygiene og smittevern for pasienter og personell som befinner seg i langtidsinstitusjoner eller i hjemmesykepleien. Det må rettes mer oppmerksomhet mot et trygt arbeidsmiljø for personell og et godt smittevern for pasienter også i omsorgstjenester utenfor sykehus.

Bjerg Marit Andersen

Avdeling for hygiene og smittevern
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Wyller Bruun T. Sykehjemsmedisin frem i lyset. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 993.
2. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.
3. Andersen BM, Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. J Hosp Infect 2000; 46: 288–98.
4. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2371–3.
5. Andersen BM, Syversen G. Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* i Oslo i 2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1844–7.

■ RETTELSE

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1387

Det er bilde av Randi Sundbøe Brantzæg i Leger i Norge nr. 10/2005, ikke Elisabeth Bratland Johansen.