

å utvikle bedre og/eller billigere produkter eller produkter som brukerne tror er bedre.

Vel vitende om produsentenes sans for det pekuniære prøvde jeg å påvirke dem til å utvikle et produkt som kunne forebygge føling ved diabetes. Det er særlig to situasjoner som aktualiserer følingsproblematikken, nemlig bilkjøring og søvn. Jeg tenkte at dersom det kunne utvikles et registreringsapparat for blodsukkernivå med jevnlig, rutinerte målinger, slik at apparatet også kunne varsle ved kritisk fallende eller stigende blodsukkerverdier, ville den enkelte diabetiker bedre kunne forebygge kritiske episoder. I min henvendelse til en rekke aktuelle legemiddelfirmaer poengterte jeg at dette burde det være et stort marked for.

Mine henvendelser falt på stengrunn. Det var i det hele tatt vanskelig å komme frem til forsknings- og utviklingsenhetene, og jeg ble møtt med likegyldighet eller direkte negative reaksjoner. Jeg kontaktet også et senter for medisinsk kommunikasjon i Tromsø. Der fikk jeg vite at de holdt på å utvikle et varslingsystem der foreldre kunne følge med på barns blodsukkerverdier. Da jeg på spørsmål opplyste at jeg ikke representerte noen økonomiske interesser, ble det stille. Mine erfaringer kan tyde på at det ikke nødvendigvis er diabetikernes ve og vel som står i sentrum i forsknings- og utviklingsmiljøene, i hvert fall ikke for de profitbaserte.

**Magne Berg**  
Hakadal

## God praksis – hva er det?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 5/2006 klargjør Olav Molven og medarbeidere en del av prosessene omkring vurderingen av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven og sammenhengen med å gi advarsel til helsepersonell pga. uforsvarlig virksomhet (1). De retter særlig oppmerksomheten mot om helsepersonell utfører sin virksomhet riktig i henhold til «god praksis». Det vises imidlertid ikke til noe eksisterende system som skal sikre at «god praksis» er riktig praksis i henhold til helsevesenets overordnede målsetting – å sikre økt livslengde og god livskvalitet.

God praksis er ifølge artikkelforfatterne fra Statens helsetilsyn dels beskrevet i lærebøker, dels i lokale og nasjonale faglige retningslinjer. Slik forfatterne ordlegger seg, får man inntrykk av at Statens helsetilsyn ofte mangler nasjonale retningslinjer og må ta utgangspunkt i «yrkesgruppens fagforståelse» når det skal avgjøres om det er handlet i samsvar med god praksis. Begrepet «yrkesgruppens fagforståelse» er ikke entydig, og det kan være konflikter mellom ulike fagmiljøer. Det er uklart hvordan man i Statens helsetilsyn arbeider for å kartlegge fagforståelsen fra alle rele-

vante fagmiljøer når en leges behandling av en pasient skal vurderes.

En metode for utredning og/eller behandling som gir økt helsegevinst i forhold til eksisterende praksis bør raskest mulig kunne implementeres i offisielle retningslinjer for god praksis. Dette forutsetter selvstendig og effektiv kontinuerlig kvalitetsmessig overvåking av eksisterende praksis, med beregnede resultater for helsegevinsten ved ulike behandlingsalternativer. Innholdet i begrepet «god praksis» er dynamisk og må til enhver tid reflektere den metoden som gir best helsegevinst for pasientene.

Vi savner en forsikring fra Statens helsetilsyn om at den faglige standard i norsk helsevesen er kvalitetssikret og forankret i faglig-vitenskapelig dokumentasjon, hvor kvalitetskontroll gjennomføres systematisk og hvor det utføres ekstern kontroll og revisjon. Et slikt internkontrollsystem (2, 3) er en forutsetning for å utvikle og oppdatere nasjonale faglige retningslinjer. Man må sikre at informasjon om slike retningslinjer når ut til alle som arbeider i helsevesenet. Det er vanskelig å forstå hvordan Statens helsetilsyn kan gi leger advarsel når retningslinjene i liten grad er formidlet til helsepersonell eller kvalitetssikret og dokumentert vitenskapelig. Ifølge en artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2006 hadde Statens helsetilsyn og fylkeslegen sammenfallende vurdering i bare 44 % av sakene som ble vurdert (4). Det synes derfor som om mangelen på klare retningslinjer gir en stor grad av tilfeldighet om en leges handling vurderes som forsvarlig eller ikke.

Statens helsetilsyn har en stor utfordring i å bestemme hvilke faggrupper som har ansvar for å fastsette normer for utredning og behandling av en sykdom og å sikre at god praksis skal utvikles som følge av ny kunnskap og erfaringer nasjonalt og internasjonalt.

**Helge Oftebro**  
Farsund

**Jahn-Olaf Olsen**  
Mandal

**Even Tjørve**  
Lillehammer

### Litteratur

1. Molven O, Holmboe J, Cordt-Hansen K. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 643–4.
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR 2002-12-20 nr. 1731. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2002.
3. The role of government in supervision and monitoring in Norway. Quality in health care. Norwegian Board Of Health Report Series, Report 8/2002. Oslo: Helsedirektoratet, 2002.
4. Bratland SZ. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 166–9.

### O. Molven & J. Holmboe svarer:

Det er positivt at Helge Oftebro og medarbeidere og forhåpentlig også andre benytter uttalelser og avgjørelser fra tilsynsmyndig-

heten til å starte viktige faglige debatter. Oftebro gir oss en anledning til å utdype vårt innlegg når det gjelder den faglige standard vi må veie tilsynssaker opp mot.

Helsetilsynet må vurdere en del forhold/hendelser opp mot hva som må antas å være gjeldende praksis i norsk helsetjeneste. I mange sammenhenger vil dette kunne utledes av nasjonale veiledere fra fagmiljøer eller myndigheter. For mange fagområder legger Helsetilsynet til grunn at oppdaterte norske lærebøker og håndbøker reflekterer dette. I spørsmål der tilsynsmyndigheten mangler denne typen nasjonal standard, må den benytte faglige vurderinger fra toneangivende norske miljøer. Ofte er det universitetsmiljøene. Når Helsetilsynet har behov for å innhente sakkyndige vurderinger i enkeltsaker, legges imidlertid vekt på at den de representerer relativt likeartet tjeneste som de innklagede kommer fra (likemannsprinsippet).

De enkelte tjenesteytere er ikke avskåret fra å benytte behandlingsmetoder som ikke er allment akseptert i det norske fagmiljøet. Imidlertid vil en slik aktivitet ofte måtte bli å betrakte som eksperimentell eller utprøvende. Da vil Helsetilsynet legge til grunn et føre var-prinsipp, som innebærer ekstra krav til vurderingene som gjøres, dokumentasjon av behandlingen og evaluering av denne.

Når det gjelder forståelsen i helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn om hvorvidt handlinger/forhold har vært uforsvarlige eller ikke, viser artikkelen som Oftebro og medarbeidere henviser til at det er 75 % sammenfall i vurderingene (1). En annen sak er at Statens helsetilsyn ikke gir advarsel i alle tilfeller der det er handlet uforsvarlig.

**Olav Molven**  
**Jørgen Holmboe**  
Statens helsetilsyn

### Litteratur

1. Bratland SZ. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 166–9.

## Rådet for legeetikk, rottegift, inhabilitet og sitatfusking

Per Helge Måseide polemiserer i Tidsskriftet nr. 7/2006 mot Rådet for legeetikk for at de har kommet med kritikk av meg for at jeg ikke kontrollerte hvordan jeg ble gjengitt i Dagbladet 11.2. 2004 i den såkalte tiazidsaken (1). I sitt tilsvarende svar skriver Jo Telje på vegne av rådet: «Den aktuelle saken viser jo nettopp at journalisten har feiltolket og spisset et utsagn som Kjeldsen sier han ikke fikk endret» (2).

Det er faktisk verre enn det. I et innlegg i Tidsskriftet nr. 5/2006 refererte jeg det meningsløse sitatet som jeg ble konfrontert med av Dagbladet: «Vanddrivende medisin er veldig bra brukt i små doser og sammen med andre medisiner. Når rotter får i seg det

vanndrivende medikamentet Marevan, blir blodet deres så tynt at de blør i hjel» (3). Dagbladets journalist har selv åpnet for at avisen bevisst unnlot å korrigere denne totale misforståelsen (4) (slik at de hadde et sensasjonsoppslag; min tilføyelse). I alle fall ble Rådet for legeetikk av meg konfrontert med alle detaljer i disse sitatene, inkludert Dagbladets vurderinger, og valgte på tross av dette å kritisere meg (1). For rådet spilte det med andre ord ingen rolle hva jeg hadde sagt eller ikke. Jeg ble i etterkant oppmerksom på og påpekte at rådet, inkludert Jo Telje, arbeidet under inhabil ledelse (5), dvs. at rådets ledelse hadde klare bånd til innklagerne i denne saken. Saken har altså lite å gjøre med uoppmerksomhet fra min side (2), muligens noe med sitatfusk (4), men nå mest med uryddig opptreden av Jo Telje og Rådet for legeetikk (2, 5). Jeg føler at jeg fortjener en uforbeholden unnskyldning – så kan kanskje tilliten gjenopprettes og Rådet for legeetikk fremstå med rent mel i posen.

**Sverre E. Kjeldsen**

Ullevål universitetssykehus

**Litteratur**

1. Måseide PH. Hvem skal kontrollere sitater? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 936.
2. Telje J. Hvem skal kontrollere sitater? Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 936.
3. Kjeldsen SE. Uriktig om rottegiftoppdrag i Dagbladet Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 635.
4. Schjerve H. Uriktig om rottegiftoppdrag i Dagbladet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 635.
5. Kjeldsen SE. Uriktig fremstilling og skjult inhabilitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 191.

*Rådet for legeetikk svarer:*

Rådet for legeetikk vurderte Kjeldsens utsagn i Dagbladet ut fra etiske regler for leger (1) og har senere presisert begrunnelsene (2, 3) og imøtegått beskyldningene om inhabilitet (2). Rådet har ingen tilføyelser utover dette.

**Trond Markestad****Jo Telje**

Rådet for legeetikk

**Litteratur**

1. Telje J. Debatt mellom kolleger må være saklig. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3151.
2. Telje J, Førde R. Uriktig fremstilling og skjult inhabilitet. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 191.
3. Telje J. Hvem skal kontrollere sitater? Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 936.

*Redaksjonen anser nå denne debatten for avsluttet.*