

Nytt og betre, eller berre nytt?

Legar forvaltar stor kjøpekraft på vegne av samfunnet og vi vert difor det naturlege marknadsføringsmålet for dei som utviklar ny medisinsk teknologi.



Bård Lilleeng

Det er noko grunnleggande attraktivt ved ny medisinsk teknologi som lovar betre, tryggare eller enklare handsaming for pasientane. Det er lett å omfavne det ein får presentert som banebrytande framskritt. Dette gjeld uavhengig av om

nyvinninga kjem i form av farmaka, utstyr, implantater, prosedyrer eller teknikkar. Tilbodet frå industrien om nye løysingar er eksponentielt aukande. Fellestrekk ved medisinske nyvinningar er gjerne at dei vert presenterte som gjennombrøt, er dyre og at ein saknar data frå lengre tids bruk.

Det er eit aukande krav frå stadig meir velinformerte pasientar om å få tilgong til den nyaste handsaminga. Mange pasientar sit med omfattande kunnskap om forskningsfronten på området for eiga liing og har klare tingingar med omsyn til kva handsaming dei ynskjer. I denne situasjonen kjem vår gruppe under press. Vi har eit klart ansvar overfor pasienten for å avvente

å endre pågåande handsaming til ein veit at det nye alternativet er betre og like trygt som etablert handsaming. Historien er diverre full av eksempel på at nyvinningar er tekne i bruk utan gode nok data på førehand. Dette har mange gonger medført feil ressursbruk og diverre mindreverdige pasienthandsaming og pasientskader (1).

Profesjonsetikk må vere styrande

Dei seinare åra har «evidence based medicine» vore promotert som vårt beste vern mot å ta i bruk dårleg dokumenterte handsamingsformer. Det ein vakker tanke å skulle basere all sin praksis på erfaring samla gjennom veldesigna randomiserte, dobbeltblinda studier. Men det fordrar at ein kan stole på resultatene. Internasjonalt er det aukande uro over at mykje av «bevisene» er generert i prosjekt der det er tette bånd mellom forskarane og produsenten av produktet ein prøver ut (2). Lexchin et al fant at industrisponsing av studier er assosiert med positive resultater for sponsoren (3). Dei fann vidare at det er lavare frekvens av publisering når studier er sponsa av industrien. Dette understrekar naudsynet av at vi fokuserer på å la vår profesjonsetikk og vår vitenskaplege integritet vere styrande for all vår verksemd. Vi er avhengige av at det ikkje oppstår uvisse rundt grunnlaget for våre valg av handsaming og anbefalingar til pasientane. Og til sist er det vårt ansvar kva handsaming vi administrerar til våre pasientar, uavhengig av anbefalingar og guidelinees.

Kontinuerlig debatt

Innad i vår gruppe er det ulike holdningar til korleis og på kva tidspunkt ein velger å endre sin praksis når det kjem nye løysingar. Undersøkingar av korleis ny teknologi vert implementert viser at utviklinga ofte følger ein s-forma kurve, der det i starten er langsam rekruttering av nye brukarar. Utviklinga går ofte langsamt inntil ca 20 % av aktuelle brukarar har teke nyvinninga i bruk. Ein når då det brattaste punktet på kurven der fleire brukarar raskt kjem til. Kurven flatar så av igjen, og det tek lang tid for dei siste 20 % kjem etter. Dette speglar at vi legar er ulike også her. Og det er kanskje ein styrke. Det betyr at vi ved kontinuerlig debatt i våre fagmiljøer får lufta både entusiasme for innovasjon og skepsis til å endre etablert praksis. Slik kontinuerleg debatt blant fagfolk er sannsynlegvis den beste kvalitetssikringa våre pasientar kan få i ei verd der paradigmene lever på stadig kortare åremål.

Bård Lilleeng

bard.lilleeng@sentralstyret.legeforeningen.no
Sentralstyret

Litteratur

1. Rogers EM. Diffusion of innovations. 4. utgave. New York: Free Press, 1995.
2. Wilson CB. Adoption of new surgical technology. *BMJ* 2006. Jan 14; 332(7533): 112–4.
3. Lexchin J et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003. May 31; 326 (7400): 1167–70.

CPME og anna internasjonalt arbeid

Norge er eit lite land i den medisinske verda. Vi treng å delta internasjonalt for å halde oss oppdatert med kva som skjer internasjonalt og internt i andre land.



Ottar Grimstad

Vi treng å ta med impulsar og gode idear heim og vere orientert så tidleg som råd om internasjonale endringar som vil påvirke oss. Gjennom aktiv deltaing i internasjonale organisasjonar vil vi også kunne yte eit bidrag til å utvikle

prosessar i ei retning våre medlemmer vil vere tent med.

Sjølv om EU-traktaten i utgangspunktet ikkje skulle omfatte organiseringa av helse-tenester, så er det mange vedtak og direktiv frå EU som får følgjer for helsetenestene, og som har viktige følgjer også for norsk helseteneste. Europeiske legar har behov for eit felles organ som kan samordne legar sine standpunkt overfor EU-organa og drive arbeid for å få gjennomslag for desse synspunkta. CPME – Comité Permanent des Medecins Europeens – er ein organisasjon som i utgangspunktet har den viktigaste legeföreninga i kvart EU-land som medlem. Men land som følger EU sine regelverk på dei områda som er relevante for helsetenesta, slik som EØS-landa Norge og Island, er også medlemmer, og nyleg er også Sveits tatt opp som medlem.

Stort saksområde

Mykje av utgreiingsarbeidet blir gjort i arbeidsgrupper sett saman av medlemmer

frå forskjellige land. Arbeidet i desse gruppene skjer oftast over e-post for å spare reiseutgifter. Resultata blir lagt fram for ein av fire faste komitear – organisering av helse-tenester, etikk, utdanning, forebyggjande helsearbeid. Dette er ikkje komitear i norsk forstand men store møter der alle land er representert. Det som blir godkjent i komiteen kan så leggast fram for «board» – eller styret – eit stort fellesmøte der kvart land har ei stemme. Gyldige politikkvedtak krev 2/3 fleirtal. Der er ein valgt president og fire visepresidentar som utgjør Executive committee. Desse leier arbeidet mellom dei tre faste årlege plenums møta. Organisasjonen har eit nokså lite sekretariat på seks personar.

Organisasjonen har vedtak innafor eit stort saksområde. På nettsidene www.cpme.be kan ein finne oversikt over alle politikkvedtak. Viktige saker som det har vore arbeidd mykje med er mellom

anna spørsmål om vilkår knytta til legar si flytting over landegrensar, gjensidig godkjenning av kompetanse, kvalitetsarbeid, pasienttryggleik, europeiske arbeidstidsreglar. Organisasjonen arbeider aktivt for at det planlagte tenestedirektivet i EU ikkje skulle omfatte helsetenester, og har lukkast med det. Men vi må rekne med at EU på ein eller anna måte vil etablere eit eige direktiv eller regelverk for helsetenester, særleg når det gjeld å søke og tilby helsetenester over landegrensene. Det er sett ned ei arbeidsgruppe for å vere i forkant til kva krav og haldningar vi bør ha til eit slikt regelverk. Det er også nyleg sett ned ei arbeidsgruppe for å sjå på det europeiske arbeidet for «e-health» elektronisk helse – særleg ut frå eit lege-pasient og persontryggleiksperspektiv. Eg representerer Norge i denne arbeidsgruppa.

Samarbeid

CPME er berre ein av fleire europeiske legeorganisasjonar. Norge er representert i mellom anna PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors) gjennom YLF, UEMO (European Union of General Practitioners) gjennom APLF, AEMH (European Association of Senior Hospital Physicians) gjennom OF og UEMS (European Union of Medical Specialists) ved leiaren for spesialitetsrådet. Under UEMS fins det også undergrupper

for einskilde spesialitetar der leiar for den relevante norske spesialitetskomiteen er medlem. Det fins også fleire europeiske legeorganisasjonar der vi ikkje er medlemmer. I prinsippet er desse organisasjonane sjølvstendige, men det blir arbeidd for å skape eit sterkare samarbeid mellom dei med CPME som eit samlande fellesorgan. Der er faste møter mellom leiarane av organisasjonane i samband med CPME-møta, Dei andre organisasjonane kan fremme saker gjennom CPME. Ein lager i aukande grad arbeidsgrupper som ikkje berre har representantar frå medlemene i CPME direkte men også frå dei samarbeidande organisasjonane. Det blir også arbeidd med samarbeid omkring sekretariatene. Som ledd i arbeidet for å betre samarbeidet mellom dei europeiske organisasjonane, har sentralstyret utvida den politiske representasjonen i CPME frå å bestå av presidenten og eit sentralstyremedlem (meg) til også å omfatte leiarane i YLF, APLF og OF.

Nordisk og internasjonalt

EFMA (European Forum of Medical Associations and WHO) er ein annan organisasjon for europeiske legeföreningar. Den er ikkje er knytta opp mot EU-systemet og CPME og har mange fleire medlemmer heilt aust til Russland og Uzbekistan. Organisasjonen arrangerer årlege møter med foredrag, informasjonsutveksling og vedtak

av einskilde resolusjonar, men driv ikkje utgreiingsarbeid og aktivt påvirkningsarbeid i same grad som CPME. Her er vi representert med president og generalsekretær.

På nordisk nivå har vi fellesmøter mellom presidentar og generalsekretærer eit par ganger i året og eit felles nordisk sentralstyremøte anna kvart år. Dette er også først og fremst forum for informasjonsutveksling og også til ei viss grad samkøyring av felles standpunkt i andre internasjonale organisasjonar.

Vi er også medlem av WMA – World Medical Organisation. Denne organisasjonen arbeider mest med legeetiske spørsmål og står bak viktige dokumente som Helsinkideklarasjonen om medisinsk forskningsetikk. Her er vi derfor representert med leiar i Rådet for legeetikk i tillegg til president og generalsekretær.

Ut over dette pågår det også eit aktivt internasjonalt fagleg arbeid i regi av fleire av spesialforeningane.

Ottar Grimstad

ottar.grimstad@sentralstyret.legeforeningen.no
Sentralstyret

Hvor representativt er landsstyret?

Landsstyret er valgt for perioden 1.9.2005–30.8.2007 og består av 124 delegerte. Studenter, pensjonister og utlendinger er sterkt underrepresentert. Kvinneandelen er lavere enn i forrige valgperiode.

Av de 124 delegerte var det per 21. april 19 vararepresentanter blant de påmeldte. Totalt er det 69 nye delegerte i forhold til forrige landsstyremøtet. Dermed er det under 40 % av de delegerte ved årets landsstyremøte som var ordinære landsstyreprerentanter i forrige valgperiode. Av disse var over halvparten nye i landsstyret i 2004.

Det er seks medisinstudenter og to alderspensjonister blant delegatene. Landsstyrets eldste er 81 år og representerer Eldre lægers forening, den yngste er 19 år og representerer Norsk medisinstudentforening. De delegerte har gjennomsnittlig 3,7 verv i Legeforeningen – inkludert landsstyret. Det er en økning fra 3,4 verv i 2005. For alle med verv i Legeforeningen, er gjennomsnittet 1,44 verv.

Færre kvinner

Som tidligere år er det fortsatt en klar underrepresentasjon av kvinner og av de yngste og de eldste legene. Medregnet studenter og pensjonister var kvinneandelen i landsstyret 34,4 % i 2005, mens den i år har sunket til 31,5 %.

Sammenlikner vi de 116 yrkesaktive legene med alle yrkesaktive legemedlemmer under 70 år i Norge finner vi at kvinneandelen i fjorårets landsstyret var 33,3 % blant de yrkesaktive legene, mens den i år har sunket til 31 %.

Samtidig har kvinneandelen blant Legeforeningens medlemmer økt. Den er nå 39,6 % blant alle Legeforeningens medlemmer og 37,6 % for alle legemedlemmer under 70 år i Norge.

En gruppe er overrepresentert

Gjennomsnittsalderen er 45,4 år. Dette er 0,2 år lavere enn i fjor, mens gjennomsnittsalderen for alle yrkesaktive legemedlemmer under 70 år er 45 år. Bare 22 delegerte er 35–44 år, mens 51 delegerte er 45–54 år. Dette utgjør hhv. 19 % og 44 % av de delegerte. Blant yrkesaktive legemedlemmer

under 70 år er disse andelene mer like, hhv. 25,5 % og 26,6 %. 6 % av de delegerte er 60 år eller eldre, mot 12,6 % av medlemmene. Denne forskjellen blir enda større dersom vi tar pensjonistene med i sammenlikningen.

Utenlandske leger

Den mest åpenbare underrepresentasjonen i landsstyret gjelder utenlandske leger. Kun tre delegerte eller 2,6 % har utenlandsk statsborgerskap. Til sammenlikning er det 14 % utenlandske statsborgere blant yrkesaktive legemedlemmer under 70 år i Norge.

Anders Taraldset

anders.taraldset@legeforeningen.no
Medisinsk fagavdeling