

## Prioritering er mer enn å ordne køen

Legeforeningen har nylig gitt ut en statusrapport om prioritering i norsk helsetjeneste (1). Rapporten synes å være uttrykk for sterk opplevelse av ressursknapphet.

Paradoksalt skjer dette etter en periode med vekst som er relativt unik både historisk og internasjonalt (2). Mens Norge for 10 år siden hadde et middels høyt helse-tjenesteforbruk blant OECD-landene, er vi nå i tetsjiktet, om enn langt bak USA.

Etter min vurdering har opplevelsen av ressursknapphet en enkel forklaring: Den ressursmessige sum av pasientenes ønsker (inklusive potensielle pasienter), pasientrettighetslovens forpliktelser, politikernes løfter, allehånde faglige retningslinjer og fagfolkens ønske om bedre bemanning, utstyr og bygninger, er langt større enn tilgjengelige ressurser enten vi måler disse i kroner (186 milliarder i 2006) eller personell. Dersom Stortinget mot formodning skulle etterbevilge det nåværende gapet mellom ønsker og ressurstilgang, vil alle parter trolig raskt venne seg til den nye romslighet med nye ønsker og ny ressursknapphet til følge.

Følelsen av kritisk ressursknapphet vil neppe være til å unngå med mindre alle parter for det første forstår hvorfor situasjonen oppleves så vanskelig, og dernest er villige til å iverksette prioriteringer som skaper balanse mellom vedtatte tiltak og faktisk ressurstilgang. Etter min vurdering har vi i dagens Norge et misforhold mellom hva samfunnet har lovet å tilby og de ressurser som er stilt til disposisjon. En slik påstand kan neppe bevises strengt vitenskapelig, men det er lett å peke på eksempler som understøtter den.

Tittelen på Legeforeningens rapport – *Lang, lang rekke* – kan gi inntrykk av at utfordringen ligger i å ordne køen bedre. Den er nok langt større: Å si nei til en lang rekke diagnostiske, behandlingsmessige og andre tiltak som både er nyttige og ønskelige sett med pasientens øyne. Legeforeningen foreslår fortjenstfullt at dens medlemmer skal fremme forslag om prioritering i norsk helsetjeneste, og antyder at dette skal skje etter spesialitet. Dersom et slikt arbeid arbeidet skal resultere i noe mer enn en «ønskeliste til jule-nissen», vil det være nødvendig å vedta hvilke prinsipper prioriteringen skal skje etter og dernest foreslå hvilke tiltak som skal prioriteres bort. Man kunne tenke seg at den enkelte medisinske spesialitet fikk i oppgave å kostnadsberegne de tiltak man ville prioritere opp samtidig som man anførte kostnadsdekning ved å angi hvilke nedprioriteringer innen egen spesialitet som skulle gi rom for de prioriterte tiltak. Legeforeningens sentralstyre kunne deretter vurdere forslagene fra alle spesialitetene og sy sammen en liste av tiltak som

bør prioriteres opp og hvordan disse skal finansieres ved å ta bort eksisterende tiltak.

### Ivar Sønbo Kristiansen

Institutt for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få? Oslo: Den norske legeforening, 2007. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=120932&subid=0> (8.8.2007)
2. Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D. Prioritering og helse – bør det innføres makspris på leveår? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 54–7.

## Fakultetets ansvar ved uredelighet i medisinsk forskning

Dag Bratlid skriver i Tidsskriftet nr. 13–14/2007 om tre eksempler på uredelig eller kritikverdigg forskning (1). Han viser at ansvarlige organer i de beskrevne tilfellene kviet seg for å gå inn i prosesser som er ubehagelige og krevende. Jeg synes Bratlids vurderinger er balanserte og er enig i kritikken mot forskningsmiljøer og involverte fakulteter, basert på de opplysninger han gir.

I perioden 1998–2006 var jeg dekanus ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, som er arbeidsgiver for svært mange medisinske forskere i Norge. Fra den tiden husker jeg totalt tre saker. Den første gjaldt en dyptgående konflikt mellom to forskere. På det tidspunktet eksisterte fortsatt Uredelighetsutvalget ved Norges forskningsråd. Forutsetningen for å sette i gang en prosess var at arbeidsgiver ønsket saken utredet, noe fakultetet umiddelbart ga grønt lys til. I den neste saken ble det reist spørsmål om juks i publiseringslisten til en søker til et professorat. Bedømmelseskomiteen nektet å vurdere søknaden pga. disse uregelmessighetene, men søkeren klaget saken inn for fakultetet. Fakultetet innkalte søkeren og gjorde ham oppmerksom på at søknaden inneholdt til dels grove feil. Søkeren mente han hadde misforstått hvordan publiseringslister skulle settes opp og beklaget unøyaktigheter. Fakultetet mente det var umulig å bevise at uregelmessighetene representerte juks, men opprettholdt sitt vedtak om at søknaden ikke skulle vurderes. I praksis var dette en skarp irettesettelse av søkeren (som altså ikke var ansatt ved fakultetet). Vedkommende søkte igjen et professorat ved fakultetet noen år senere, og denne gangen ble det ikke funnet feil ved søknaden. Enkelte fakultetsansatte som ble kjent med søknaden, krevde at søknaden skulle avvise, men dette var ikke fakultetsledelsen enig i, ettersom fusk ikke var bevist. Søkeren ble vurdert, men rakk ikke opp i konkurransen. Den tredje saken var Sudbø-saken, der fakultet og sykehus sammen opprettet en undersøkelseskommi-

sjon og fra første stund lovet at alle fakta skulle på bordet og publiseres, også internasjonalt.

Jeg møtte ingen motstand mot den nulltoleranse overfor forskningsfusk som her er beskrevet. Jeg er ikke i tvil om at det i min periode som dekanus skjedde forskningsfusk som aldri kom på bordet, og legger meg flat for kritikk om at vi kunne gjort mer for å forebygge forskningsfusk. Universitetet i Oslo har i kjølvannet av Sudbø-saken tatt en rekke skritt for å redusere faren for forskningsfusk (2).

### Stein A. Evensen

s.a.evensen@medisin.uio.no  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Bratlid D. Om uredelighet i norsk medisinsk forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1795–6.
2. Benestad HB. Tiltak mot forskningsfusk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 322.

## Til å bli trett av? Langt ifra!

I Tidsskriftet nr. 13–14/2007 har Anna Luise Kirkengen og medarbeidere en tankevekkende kronikk under tittelen *Til å bli trett av* (1). Artikkelen er et kollegialt tilbud om å utvide vår forståelse av vårt yrke. Målet er å øke kunnskapsforrådet omkring menneskets totale funksjon og bedre våre muligheter til å behandle sykdom – rett og slett til å bli dyktigere i vårt fag.

Ofte er det blitt hevdet at basalfagene er selve grunnsteinen i vårt yrke. Vanligvis har man ment at det dreier seg om anatomi, biokjemi, fysiologi og genetik, men er ikke den mest basale kunnskap om mennesket kunnskap om menneskets totalitet? Er ikke interaksjonen mellom psyke og soma det egentlige basalfaget i medisinen? Har mange av oss glemt denne grunnleggende kunnskapen? Er den i vår mekaniserte tidsalder skjøvet til side for tekniske løsninger på komplekse fenomener som også krever andre tilnæringsmåter? Jeg tenker her i første rekke på inter- og intrapsykiske konflikter, på erkjennelsesteoretisk kunnskap, på fordypning i filosofi, litteratur, kunst og antropologi, politiske forhold, menneskesyn og historie. Og mye mer. Blir det da ikke litt fattigslig, litt trangt og ufullstendig når medisinen tviholder på å diagnostisere f.eks. en depresjon som en tilstand man bør behandle med antidepressiver istedenfor å spørre vår triste pasient hva han er lei seg for?

Når en organisme som den menneskelige utsettes for vedvarende psykiske og/eller fysiske påkjenninger, vil den reagere, ofte med «sykdommer», der vi leger kan glede oss over å sette en diagnose, en merkelapp, på tilstanden. Vi kaller den f.eks. en depresjon. Når vi først har satt diagnosen «depresjon», gir behandlingen seg selv i vår enkle

mekanistiske tankegang. Antidepressiver blir «løsningen», den meget enkle «løsningen». Dermed mister vi muligheten til virkelig å undersøke hva denne pasienten egentlig plages av og hva de grunnleggende årsakene er. I de siste årene har det kommet flere og flere pasienter til mitt kontor med tre, fire, ja, opptil fem, ulike antidepressiver som daglig kosttilskudd – forskrevet av velmenende kolleger i og utenfor spesialklinikker, med ekte vilje til å hjelpe sine pasienter. I denne medikamentinduserte tåketilstand er det så å si umulig å få greie på hva de egentlige problemene består i. Spør man hva som er trist i deres liv, har de ofte ingen anelse om hva som er i veien. Det eneste de vet er at de har en «depresjon».

Artikkelen av Kirkengen og medarbeidere er en oppfordring til oss leger om å se på vårt fag med nye øyne, til å flytte blikket fra data-skjerm til pasient. Da vil vi oppdage at faget er mye mer spennende og variert enn vi ante, og at våre terapeutiske muligheter er langt større. Utvider vi den medisinske horisonten, kan vi bli bedre leger, rett og slett (2).

**Dag Coucheron**  
Nesoddtangen

#### Litteratur

1. Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Til å bli trett av. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1797–9.
2. Coucheron D. Tid for terapi. Oslo: Medz forlag, 2005.

## Flere balansekunstnere ønskes

Plasser deg på et sted eller i en situasjon der du kjenner at du har vansker med å holde balansen. Det kan for eksempel være på en høy og svaierende stige, på glatte steiner i en elv eller på stigbrettet på en buss som begynner å gå før du har kommet inn. Ta så frem dette innlegget eller andre deler av Tidsskriftet og les det kritisk. Gjør notater i marginen, alternativt ta opp mobiltelefonen og ring en kollega for å drøfte det du leser. Øvelsen er en illustrasjon på hvordan det er å leve med permanente balanseproblemer.

For noen år siden våknet jeg en morgen uten å kunne stå på beina. Gulvet beveget seg som i en liten jolle i høy sjø. Mine etterfølgende erfaringer med spesialister i helse-tjenesten kan oppsummeres i noen punkter, nevnt kronologisk. Hvert punkt avsluttes med en kortversjon om hvilke beskjeder jeg oppfattet ble gitt:

- Privat nevrolog: Du har neppe balanseproblemer, og uansett vil det bli verre når du blir eldre.
- Nevrologisk poliklinikk ved Sørlandet sykehus: Du arbeider og stresser for mye. Du må revurdere livet ditt og ta det mer med ro.
- Innleggelse ved Sørlandet sykehus: Du har et balanseproblem, men vi er usikre på om det skyldes forhold i sentralnerve-

systemet eller er mer perifert. Bruk disse avhengighetsskapende tablettene. Trapp gradvis opp til fire tabeller per dag.

- Karolinska Sjukehuset, balanseavdelingen (konsultasjon initiert og betalt privat): Du har et balanseproblem. Det er ikke krystallsyken. Du kan bli bra om du spiller badminton.
- Haukeland Universitetsjukehus, Nasjonalt kompetansesenter for vestibulære sykdommer: Øynene dine har vansker med å følge lysende punkter i bevegelse. Vi tar dette som et tegn på at skaden ligger sentralt, og da er det lite å gjøre. Nakken din er noe stiv, så noe av problemet kan også ligge der. Vi har ikke noe å anbefale. Du må selv finne ut hvordan du best kan takle din livssituasjon.

Så fikk jeg ved en tilfeldighet for noen måneder siden høre om Balanseprosjektet i Molde (1). Allerede etter den første konsultasjonen i Molde oppnådde jeg følgende: Min stadige frykt for å falle var redusert betydelig. Jeg hadde lært en strategi for hvordan takle hverdags situasjoner som for meg var særlig utfordrende, og fikk et enkelt og individuelt tilpasset øvingsprogram for å trene opp min evne til balanse og fokusert oppmerksomhet. Jeg gjør små fremskritt hver dag! Britt Fadnes og Kirsti Leira har utviklet en ikke-teknologisk og ikke-medikamentell behandlingsmåte med veiledning av Per Brodal. Deres tilnærming er under systematisk videreutvikling, noe som gjør det ekstra spennende å være pasient. Hermed oppfordrer jeg myndigheter, behandlere og forskere til å valfarte til Moldes balansekunstnere. Her må det være sykmeldinger, penger og menneskelig lidelse å spare.

**Hallvard Håstein**  
Kristiansand

#### Litteratur

1. Fadnes B, Leira K. Balansekode. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.

## Nettbasert legemiddelinformasjon til pasienter

For å bedre informasjonen til pasientene har Sykehuset Telemark satsset mye på å utarbeide enkle og lett forståelige informasjonssedler. Målet er at sedlene skal inneholde den «viktigste» informasjonen for riktig bruk.

Dette gjelder bl.a. nytte kontra «vanlig» forekommende bivirkninger og spesielle symptomer man bør være særlig oppmerksom på for å kunne følge opp behandlingen på best mulig måte og handle riktig hvis komplikasjoner skulle oppstå. Bortsett fra Norsk revmatologisk forenings sedler om legemidler ved revmatiske sykdommer, finnes det lite tilgjengelig produsent-avhengig, balansert materiell som er spesifikt tilrettelagt for

pasienter. Pakningsvedleggene, som er utarbeidet av produsentene, er oftest til liten nytte på sykehus, og de fleste pakningsvedleggene bærer mer preg av å være kopi av Felleskatalogen med omfattende tekst i et for folk flest vanskelig språk.

Sykehusfarmasøyt med klinisk erfaring ved Sykehusapoteket Skien har utarbeidet forslag til informasjonssedler. Også annet helsepersonell bør kunne gjøre dette. Forslagene er sendt til et bredt utvalg av aktuelle fagspesialister ved sykehuset før de til slutt godkjennes av legespesialist og blir lagt ut på sykehusets intranettside. Der er de tilgjengelige for hele sykehuset og brukes aktivt av helsepersonell i informasjonsarbeidet, fortrinnsvis i kombinasjon med tilrettelagt muntlig informasjon til den enkelte pasient. Sedlene er blitt svært godt mottatt.

Sykehuset arbeider aktivt med å bedre samhandlingen med helsetjenesten utenfor sykehuset, bl.a. ved å utvikle sykehusets nettsider ([www.sthf.no](http://www.sthf.no)). De omtalte legemiddelinformasjonssedlene er nå lagt ut på disse nettsidene og er dermed tilgjengelige også for primærhelsetjenesten og for pasienter utenfor sykehuset. Sedlene gir en gode muligheter for å samordne og bedre legemiddelinformasjonen. Vi mottar gjerne innspill med tanke på å forbedre informasjonssedlene.

**Turid Veggeland**  
Sykehusapoteket Skien

## Påvirker innsikt operasjonshyppighet?

Vi viser til vår artikkel *Påvirker innsikt operasjonshyppighet?* i Tidsskriftet nr. 6/2005 (1). Ved en nærmere gjennomgang av dataene viser det seg at det er feil i de rapporterte resultatene for andelen barn som var født ved keisersnitt. Dataene var samlet på en slik måte at det ikke var mulig å beregne dette. Ved en ny analyse er det riktige resultatet at i den generelle befolkningen med barn var det 12 % hvor ett eller flere av barna var født ved keisersnitt, blant leger generelt var det 21 % ( $p < 0,001$ ) og blant gynekologer 27 % ( $p < 0,05$  sammenliknet med blant leger generelt).

Vi beklager feilen. De riktige tallene nødvendiggjør imidlertid ikke endringer i diskusjonen eller konklusjonen i artikkelen.

**Andreas H. Storeheier**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Olav G. Aasland**  
Legeforeningens forskningsinstitutt

**Vilhjalmur Finsen**  
St. Olavs Hospital

#### Litteratur

1. Storeheier AH, Aasland OG, Finsen V. Påvirker innsikt operasjonshyppighet? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 718–20.