

sjon om hvordan man kan lykkes i vanskelige omstillinger, og en oversikt over ledelse og ansvarsforhold i helsetjenesten. Snart kommer en veileder om arbeidsmiljø med viktig kunnskap for å kunne lede på en god måte.

Legeforeningen er opptatt av å styrke kunnskapen om ledelse blant leger generelt og blant ledere i ulike sammenhenger. Tillitsvalgtopplæringen er styrket bl.a. fordi tillitsvalgtarbeid motiverer til ledelse. Legeforeningen har stipender for leger som tar lederutdanning.

For kvinnelige leger arrangerer Legeforeningen sammen med Helse Sør-Øst seminaret «Frist meg inn i ledelse» – et konsept som nå vil tilbys også for primærhelsetjenesten. En ekstern evaluering har vist at dette gir gode resultater.

Overlegeforeningen har lederseminarer og ledernetverk med erfarne ledere. Allmennlegene arrangerer lederkurs. Man forsøkte å skape et forum på tvers av de ulike yrkesforeningene i 2006, men uten at det den gang var tilstrekkelig interesse for arbeidet. Lederforum, lederkompetanse, gode lederstillinger og lederstøtte er noen temaer for videre satsing, gjerne i økt samarbeid med lederne.

Legeidentiteten er nært knyttet til faget. Det er interessant at 23 prosent av topplederne i en av studiene Ingebrigtsen refererer til, arbeidet klinisk ved siden av direktørjobben. Mange land er flinkere enn Norge til å tilrettelegge for denne kombinasjonen. Lederstillinger med gode støttefunksjoner innen økonomi, personalhåndtering og sekretærhjelp, muliggjør kombinasjon med klinisk arbeid og kan bedre rekrutteringen av leger. Samtidig trenger leger anerkjent lederutdanning, som gjerne kan starte i studiet. Gode støttefunksjoner fritar ikke for ansvar og behov for formalisert kompetanse i ledelsesfaget. Man må etablere finansieringsordninger som gjør dette mulig.

Mange kolleger etterlyser en sterkere medisinsk faglig ledelse; også i kommunehelsetjenesten. Man opplever at nærmeste leder er en del av «sykehusadministrasjonen» og ikke den som står på for fagutvikling. Det er frustrerende, men forståelig, da lederen kan slites mellom lojalitet til overordnet ledelse og forventninger fra dem man leder. Tydelig samsvar mellom ansvar og myndighet kan lette krysspresset. Det viktigste endringsbehovet er likevel at styringen av helsetjenesten i mye større grad må inkludere kvalitetskrav og ikke ensidig fokusere på aktivitetstall og diagnoserelaterte grupper (DGR). Det vil inspirere. Leger ønsker å levere god kvalitet, og budsjettene må være rettet inn mot det.

Økt rekruttering av leger med lederkompetanse er avgjørende for kvalitetssatsing i helsetjenesten. Derfor oppfordrer jeg legene til å delta på vår lederkonferanse til våren.

Torunn Janbu
President
Den norske legeforening

Litteratur

1. Ingebrigtsen T. Leger som blir sykehusdirektører. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2015.
2. Janbu T. Leger og ledelse. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 913.

Svangerskap – tryggest på overtid?

I Tidsskriftet nr. 21/2010 kommenterer Haavaldsen og medarbeidere at fosterdødsrisikoen etter termin er svært lav (1). I løpet av én overtidsuke (per definisjon etter 42 fullgatte uker)



dør ett av 400 barn i Norge, og økt morbiditet kommer i tillegg. Norsk folkehelse og svangerskapsomsorg har fremragende resultater, og risikoen er svært lav i forhold til før, men er prisen for denne overtidsuken fremdeles for høy? I andre sammenhenger med dødsfall hos fullbårne barn blir slik risiko omtalt som høy. Det finnes selvsagt ingen fasit, men ulike preferanser.

Derimot er det unødvendig tøv fra en erfaren debattant som Anne Eskild å påstå at Folkehelseinstituttet foreslår at alle gravide skal induseres før termin eller på termindagen og de seks påfølgende dagene («innen svangerskapsuke 41» eller «i uke 41»). Vi har påpekt at Norsk gynekologisk forenings retningslinjer, med første overtidskontroll etter 42 uker og tilbud om induksjon etter 43 uker ved tilsynelatende ukomplisert forløp, er utdaterte. Vi har vist til oppdaterte kliniske retningslinjer fra National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2), som vår svangerskapsomsorg ellers er basert på. NICE konkluderer med at alle gravide bør gis enhver anledning til å gå spontant i fødsel, men etter 41 fullgatte uker (og før uke 42 utløper) bør alle kvinner evalueres og få velge mellom induksjon eller videre ekspektans.

Denne konklusjonen trekker NICE fordi det finnes bevis for at forebygging av overtidighet, med tilbud om induksjon, reduserer perinatal død og skade, samtidig som man øker brukertilfredsheten og reduserer keisersnittsraten og kostnader for samfunnet (2–6). Når Haavaldsen og medarbeidere påstår noe annet, konkluderer de motsatt av helsemyndighetene i Tyskland, Nederland, Frankrike, Canada, USA, Australia, New Zealand og Storbritannia, autoritative kunnskapsbaser som UpToDate, WHO's Repro-

ductive Health Library og Cochrane Library, og på mer hjemlige trakter blant andre Oslo universitetssykehus.

Forfatterne må gjerne ha et annet syn enn norske fødende på risiko og god behandling (6), men mangler kunnskapsgrunnlag for å avvise at induksjon i det minste er et fullgodt alternativ. Har man to fullgode alternativer, må gravide få informasjon og gis innflytelse over helsevalg. I motsatt fall er det definitivt viktig at allmennheten, gravide og media følger debatten i fagmiljøet vårt.

Folkehelseinstituttet ser frem til at Helse- direktoratet ferdigstiller nye nasjonale retningslinjene og håper de bringer et godt tilbud til alle.

J. Frederik Frøen
Folkehelseinstituttet

Litteratur

1. Haavaldsen C, Sarfraz A, Eskild A. Lav fosterdødsrisiko etter termin i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2114.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Induction of labour. <http://guidance.nice.org.uk/CG70> (15.11.2010).
3. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD004945.
4. Mozurkewich E, Chilimigras J, Koepke E et al. Indications for induction of labour: a best-evidence review. Bjog 2009; 116: 626–36.
5. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ et al. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. Ann Intern Med 2009; 151: 252–63.
6. Heimstad R, Romundstad PR, Hyett J et al. Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 950–6.

Fine ord om sykehusreform



Administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst skryter i Tidsskriftet nr. 21/2010 av hvor riktig «redesignen» av sykehustilbudet i Oslo-regionen er, hvor trygg prosessen er, og hvor godt resultatet blir (1). Ikke bare for Oslo, men for hele landet. Frasene er vel kjent for oss som arbeider på Oslo universitetssykehus. Men den flinke direktøren påviser heller ikke nå hvordan reorganiseringen skal føre til de flotte resultatene, f.eks. «forskning og innovasjon i verdensklasse» og at «bruken av utstyr og personell [...] blir mer virkningsfull». Det forblir påstander. Hvorfor Oslos høye innvanderandel og belastende rusmiljøer tilsier den reorganiseringen man nå foretar, slik Mikkelsen argumenterer i ingressen, er uklart. For hvem har reformen vært «etterlenget»? Det er en sannhet med modifikasjoner at «gjennom fusjonen er fagmiljøer samlet». Det motsatte har sannelig også skjedd. Den stadig gjentatte honnørfrasen, «én dør inn», er misvisende: Oslos befolkning vil få lokal- sykehustjenester på Akershus Universitets-