- Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Konstruerte motsetninger

Charlotte Haug treffer noen poenger godt, men bommer på andre i sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 14/2013 (1). Hun har utvilsomt rett i at det er et spenningsforhold mellom legers krav på velordnet arbeidstid og fritid på den ene siden, og pasientenes behov for størst mulig kontinuitet i lege-pasient-forholdet på den annen. Dette dilemmaet burde sannsynligvis bekymre vår profesjon.

Men Haug bommer når hun konstruerer en motsetning mellom kravet om mindre

byråkrati og kravet om å slippe unna administrative oppgaver. Dette resonnementet synes å bygge på en oppfatning om at mengden administrativt arbeid er konstant, og enten må byråkratene gjøre det eller så må helsepersonellet gjøre det selv. Men slik er det jo ikke. Byråkrati skaper byråkrati. Flere ansatte i den statlige helseforvaltningen generer flere rapporteringskrav og mer komplisert økonomistyring i sykehus og kommuner, som disse dermed må bygge opp sitt eget byråkrati for å imøtekomme. Samhandlingsreformens svært arbeidskrevende opplegg for svarteperspill om pasienter og penger mellom sykehus og kommuner er et godt eksempel.

Vi må ha en helseforvaltning, og ikke alt byråkrati er av det onde. Men over en viss grense fører ytterligere administrativ vekst til tap av kvalitet og effektivitet. Den grensen er vi for lengst forbi. Helsearbeidere krever nå ansettelsesstopp i den sentrale helseforvaltningen (2, 3). På lengre sikt er jeg overbevist om at slanking av denne forvaltningen til anslagsvis det halve ikke vil ha merkbare negative konsekvenser, men åpenbare positive. Slike forslag oppfattes gjerne som urealistiske og litt rabiate, men i de utøvende delene av helsetjenesten er det ingen sjeldenhet at man griper til ansettelsesstopp og nedbemanning når det oppfattes som påkrevet.

Selvsagt har Haug rett i at et godt helsevesen koster penger, og at et billigere helsevesen ofte vil være dårligere. Hvor stor del av samfunnets samlede ressurser som skal benyttes på helsevesenet, er et politisk og ikke et faglig spørsmål (2). Men sammenhengen mellom kostnad og kvalitet er på ingen måte entydig. Vi kunne fått mer helse ut av dagens bevilgninger om vi hadde brukt en større andel på direkte pasientrettet arbeid, vist større tillit til fagmiljøenes evne til å gi helsetjenester av høy kvalitet og brukt mindre på overdrevent byråkrati.

Torgeir Bruun Wyller
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er lege og professor ved henholdsvis Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus og Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er medlem av aksjonsguppen i Helsetjenesteaksjonen.

Litteratur

1. Haug C. Verdens aller beste. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1425.
2. Wyller VB, Gisvold SE, Hagen E et al. Ta faget tilbake! Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 655–9.
3. Helsetjenesteaksjonen. <http://helsetjenesteaksjonen.no>

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 12.8.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3034392/>

Har helsepolitikken hamna på eit sidespor?

Eg har lese både lederartikkelen til Charlotte Haug (1) og kommentaren til Torgeir Bruun Wyller med stor interesse. Som pasient og samfunnsdebattant har eg nokre synspunkt på forholdet mellom kvalitet og kostnader.

Den siste tida har det vore stor merksemd på helsevesenet, men det heile har utvikla seg til ein overbodspolitikk. Faren med dette er at ein misser oversikta og hamnar på eit sidespor.

Som pasient har eg opplevd godt fagleg handverk gjennom kontakt med ulike offentlege og private institusjonar, men eg har også opplevd ein del skjemmande utvekslar i form av arrogante og sjølv-opptekne medarbeidarar.

For meg som pasient lyt eg finne meg i at ting kan ta tid. Det er ok når mine plager ikkje er verre enn at eg kan vente, men ikkje om folk med alvorlege, livstrugande plager ikkje får hjelp. Difor ser eg eit akseptabelt offentleg helsetilbod som heilt naudsynt. Pasienten må heile tida prioriterast, og helsevesenet må organiserast som ein solidarisk institusjon.

Nokre politiske parti ser på drift av sjukehus som om det er ein bil-fabrikk ein driv. Dette er heilt forkasteleg, og me må gjere alt me kan for å komme ut av dette feilsporet. Ein må kunne ha fleire tankar i hovudet samstundes, noko som betyr at kravet til økonomiske uteljingar heile tida må vere under kontroll. Det må vere jamvekt mellom kva det skal koste, og kva ein får att, basert på ein samfunnsøkonomisk, og ikkje privatøkonomisk, modell. Difor har eg ikkje noko imot at det vert oppretta private sjukehus, men det må vere eit offentleg ansvar å drive eit helsevesen, så får private vere eit supplement.

Henry Lie
henry.j.lie@gmail.com

Henry Lie (f. 1944) er pensjonist.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Haug C. Verdens aller beste. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1425.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 20.8.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3034392/>

Øk heller samarbeidet

Ole-Erik Iversen tar til orde for faglig boikott av Kina i Tidsskriftet nr. 14/2013 (1).

For å få i stand positive prosesser tror jeg man heller bør satse på å øke og bedre samarbeidet. At fredsprisen ble tildelt Liu Xiaobo i 2010 fra Norge var et ukløkt valg, som selv leger kan lære noe av. Dersom leger mener at kinesisk medisinsk kunnskap er noe som ikke vi i Vesten også kan ha nytte av, må vi iallfall tenke gjennom hvilke fordeler eller ulemper et slikt valg har.

Det er mulig man bør prøve å skille mer mellom politikk og fag. Jeg tror ikke vi er tjent med en legeetat som ser seg selv som en elite på verdensplan. Vi er et lite land og trenger forskning og løsninger også fra andre land.

Ingrid Abelseth
ingrid.abelseth@gmail.com

Ingrid Abelseth (f. 1962) er sykepleier i Sykkylven kommune.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>

Litteratur

1. Iversen O-E. Bør vi boikotte faglig samarbeid med Kina? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1431.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 26.06.2013 <http://tidsskriftet.no/article/3034631/>

Boikott av faglig samarbeid med Kina

Kollega Ole-Erik Iversen foreslår i Tidsskriftet nr. 14/2013 (1) at man overveier faglig boikott av Kina. Grunnen er at Kina praktiserer dødsstraff, forfølgelse av regimemotstandere, manglende menneskerettigheter og deres reaksjon på tildelingen av fredsprisen i 2010. Han ser for seg at brev fra ukjente norske leger med ubegripelige navn – snille, lojale undersåtter fra en nasjon som har tildelt fredspris til en mann som ifølge Kinas lover er en forbryter – vil gjøre inntrykk i gigantimperiet. Dette kan bli gøy. Når vi er ferdig med Kina, går vi løs på Pakistan, Afghanistan, store deler av Midtøsten og Afrika – for ikke å snakke om USA, som også har horder av svin på skogen.

Hva med å protestere mot USAs dødsstraff og torturen på Guantanamo? Kongresser i USA utgår, går jeg ut fra. Mye mer nærliggende enn Kina, og mye lettere å bedømme pga. likheter i levestett og kultur. Hva med Israel som bombet i hjel 450 barn i Gaza for et par år siden? Ingen deltakelse på kongresser der! Hva med muslimske lands undertrykkelse og steining av kvinner? I demokratiet India, Kinas nabo, er det selve styresettet og svimlende klasseforskjeller som sørger for at millioner av mennesker hvert år drepes i fattigdomsrelaterte tragedier: sult, feilernæring og trivielle infeksjoner. Kina med sin autoritære styreform har vært i stand til å bringe millioner av mennesker ut av den dypeste misère.

I den beste av tenkelige verdener ville alle vært som oss. Inntil vi kommer dit, er det mange som mener at samtale er en god metode. At gode relasjoner med Kina, utveksling av mennesker begge veier, både leger og andre, direkte samtale med tusenvis av kinesere, i respekt for deres urgamle tradisjoner og moderne økonomiske mirakel, og med åpne muntlige utsagn om vårt syn på menneskerettigheter, vil være en betydelig bedre metode enn provokasjon.

Rolf Seljelid

ingrid.s.johannessen@gmail.com

Rolf Seljelid (f. 1934) er professor og lege ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Iversen O-E. Bør vi boikotte faglig samarbeid med Kina? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1431.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 29.08.2013 <http://tidsskriftet.no/article/3034631/>

O.E. Iversen svarer:

Det er med tilfredshet jeg konstaterer at mitt kommentarinlegg har medført engasjement. Personlige, direkte kommentarer har bare vært anerkjennende for initiativets poeng og sakens viktighet. Samtidig merker jeg meg at dem som ble særlig utfordret, kollegene som tiljublet Kina for 30–40 år siden, forholder seg tause. Det er vel egentlig mer beklagelig enn overraskende.

De skriftlige debattinnleggene adresserer som ventet dilemmaet: Hva er den beste strategien for å bedre «den urett som blir begått»? Dialog eller konfrontasjon? Svare med samme mynt eller snu det andre kinnet til? Det blir det nok aldri enighet om. Men en bevisstgjøring og penetrasjon av problemstillingen er etter min oppfatning et gode i seg selv.

Seljelids innlegg er engasjert, friskt og poengfylt. Han fremholder at det er urett og overgrep nok i mange land, og elendighet nok til mange boikottaksjoner. Det kan selvfølgelig ikke benektes. Her kunne vi brukt «flasketuten peker på» for å velge land å boikotte. Det treffer imidlertid ikke den situasjon som er mitt utgangspunkt: nemlig når vi skal respondere på kinesiske invitasjoner som omtalt. Da kan vi knytte noen kritiske kommentarer til hvorfor vi sier nei takk. Om det er boikott eller ikke, blir et definisjonsspørsmål, men like fullt en anledning til å ytre en mening. Ingen har brakt tilstrekkelige argumenter til å få meg til endre praksis. Kinesiske invitasjoner vil fortsatt bli møtt med: «Nei takk, fordi ...»

Takk for debatten.

Ole-Erik Iversen

ole.erik.iversen@helse-bergen.no

Ole-Erik Iversen (f. 1945) er professor og overlege ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen og Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Leger og trafikksikkerhet – erfaringer fra Møre og Romsdal

Jørg Mørland påpeker i sin kommentarartikkel om veitrafikkulykker i Tidsskriftet nr. 14/2013 (1) at helsepersonell spiller en viktig rolle i å forebygge trafikkulykker.

I den forbindelse vil jeg dele noen erfaringer vi har gjort oss i Møre og Romsdal. Sommeren 2010 publiserte Helsedirektoratet nye retningslinjer for helsekrav til førerkort. I etterkant økte antall henvendelser til Fylkesmannen om regelverket, og mange leger ønsket kurs om temaet.

Våren 2011 ble det avholdt to kurs beregnet på fastleger og sykehusleger i fylket. Totalt 130 leger møtte opp. Etter kurset opplevde Fylkesmannen en dramatisk økning i antall saker hvor leger meldte fra om personer som ble vurdert til ikke å fylle de helsemessige kravene for å inneha førerkort. Behovet for enklere tilgang til kjørevurdering i regi av Statens vegvesen ble tydelig, og man fikk til en forsøksordning hvor legene i fylket kunne henvise pasienter direkte til kjørevurdering. Fra et svært begrenset antall kjørevurderinger i 2010 opplevde man en økning til i overkant av 170 kjørevurderinger i 2011 og ca. 230 vurderinger i 2012. Min oppfatning er at denne økningen ikke representerer ansvarsfraskrivelse fra legen eller et misbruk av ordningen, men at legene benytter dette som et supplement i de «vanskelige» sakene. Der det klart fremgår at vedkommende pasient ikke fyller helsekravet og heller ikke bør kjøre bil, sendes det direkte melding til Fylkesmannen med begrunnelse.

Den gruppen som etter retningslinjene må gjennomføre kjørevurderinger ved søknad om dispensasjon fra synskravene, har svært lav strykprosent. For de øvrige, som i stor grad er personer med demenslidelser og/eller alderssvækkelse/generell helsevekkelse, er strykprosenten høy, og kjøring er ikke tilrådelig hos over halvparten. I 2011 og 2012 fikk omkring 1 200 personer i Møre og Romsdal tilbakekalt sin førerett på bakgrunn av ikke oppfylte helsekrav. Blant disse dominerer demenslidelser, medikamentbruk og medikament- og rusmisbruk.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (2) viser at i snitt ble 6,5 personer pr. 100 000 (ca. 16 pr. år) drept årlig i trafikken i vårt fylke i perioden 1999–2009. De siste tre årene har dette tallet vært 2,5 (i snitt 6 pr. år). Hva som ligger bak disse tallene, og om det reelt sett er en endring over tid, er selvsagt usikkert. Uansett er undertegnede overbevist om at legene i fylket gjennom sitt gode «folkehelsearbeid» har forhindret pasienter fra å bli alvorlig skadet eller drept i trafikken

>>>