OVERLEGEN
DESEMBER | 2018
4

Tema:
Sykehuslegers arbeidsforhold

3 Kjære kolleger
4 Vi må ha bedre tilrettelegging av arbeidshverdagen
5 Bent Høie: Det er fortsatt mye ressurser å hente ved å prioritere riktigere
10 Spørreundersøkelse– Sykehuslegers arbeidsforhold 2018
23 Evangeliet etter Evang– om hvordan legene ble en forlatt yrkesgruppe
26 «Hvordan står det til med oss i dag?»
29 Kommentar fra Rambøll
30 Om Rambølls funn og motiverte leger
31 «Ånd må vinna på troll til sist»
32 Hva betyr legers arbeidssituasjon for kvalitet i pasientbehandlingen?
36 Fullt forsvarlig arbeidsmiljø – hva er det?
38 Stavangermodellen– rask avklaring i mottak gir god pasientsikkerhet
42 Seksuell trakassering – kampen er ikke over
43 Of støtter oppropet mot seksuell trakassering
44 Vinner av Forbedringsprisen 2018
46 Leder eller venn?
47 «Haukugla»
50 Framtida er no
52 Undersøkelseskommisjonen etableres
55 Kan arbeidsgiver pålegge ansatte å legge ut for tjenestereiser?
56 «En Malkenes for sykehusene»
56 Er leger immune mot angst?
58 Gangen i tilsynssaken
60 Seniorrettigheter i sykehusene
63 Julesider: Min mormors brune kaker
64 Julesider: Bokomtale
65 Julesider: Julekryssord
66 Spesialistutdanningen må finansieres

Forsidebilde:
Nabbetorp, Gamle Fredrikstad

Frist for innlegg til neste utgave 15.01.2019

Bladet foreligger i nettutgave på foreningens nettside der alle lenker er direkte tilgjengelige

Norsk overlegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Utgiver:
Norsk overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 /
Fax 23 10 91 50
of@legeforeningen.no
www.legeforeningen.no /
overlegeforeningen

Redaktør:
Arild Egge
E-post: arild.egge@ous-hf.no

Redaksjonskomité:
Jon Helle, Arne Laudal Refsum og Edith Stenberg.

Annonser:
Media-Aa Marketing
Postboks 240, 1401 Ski
T: 64 87 67 90/ 900 43 282
arne@aamedia.no

Foto:
Jon Helle, Edith Stenberg, Thomas Barstad Eckhoff, privat, Scanpix, Shutterstock

Forsiden:
Elin Kull Pheiff Thorkildsen

Opplag:
10.200 eks.

Grafisk produksjon:
Merkur Grafisk AS
Postboks 25, Kalbakken, 0901 Oslo

Svanemerket Trykksak 2041 0672

Merkur Grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

TRYKT I NORGE NO-430

Copyright - Gjengivelse av innhold er kun tillatt med skriftlig tillatelse fra forfatter(e) og redaksjon

Kjære kolleger

Jeg har etter mange år i Spesialitetskomitéen deltatt på min siste besøksrunde - med blandede følelser. Komitéarbeidet har vært inspirerende og det har gitt anledning til regelmessig kontakt med gode kolleger, avdelings- og klinikkledere. Viktigst er selvsagt møtene med de mange unge spesialistkandidatene over tid - en har sett en hel «generasjon» blomstre; våre etterfølgere. Dette har vært mange gode møter, og som komitémedlem har man forhåpentlig også bidratt til å løse enkelte lokale problemer knyttet til spesialiseringen.

Komitéreisene har gitt rom for observasjon over tid, diskusjon og refleksjon i gruppen. Vi har sett klare felles utfordringer og negative utviklingstrekk for spesialistutdanningen i en sykehushverdag som har vært i stor endring i min periode. Det er flere forhold som spiller inn, men et stadig økende driftsfokus har nesten undergravd mulighetene for en forsvarlig utdanning. I et kirurgisk fag ser vi det tydelig på *tid til å være på operasjonsstuen* - det er det normale nå at LIS er kanskje bare én dag i uken på stuen og det sier seg selv at det kan bli vanskelig å fullføre på normert tid med annet enn et minstemål av operativ erfaring.

Spesialistutdanningen fornyes fra mars 2019 - og ambisjonsnivået er høyt, hvilket selvsagt er bra. Det er bare det at foretakene ikke blir tilført midler for dette. Den økonomiske realitet vil antagelig ikke være særlig bedre de nest årene; driftsfokuset vil ikke uten «en revolusjon» bli svekket. Når man legger til at kandidatene ikke kan tildeles veiledere før avdelingenes overleger har gått flertrinns veilederkurs, må man kunne kalle dette et prosjekt med høy risikoprofil. Det skulle vært spennende å være med i dette arbeidet videre - men kanskje får en glede seg over at noen andre må sørge for at dette faktisk blir en forbedring.

I 2018 gjennomførte Legeforeningen en landsdekkende undersøkelse av sykehuslegers opplevde arbeidsforhold. Med mer enn 14 000 leger som inviterte deltakere er dette den største undersøkelsen i sitt slag som har vært gjennomført.

Svarene som gis er motstridende, men kanskje likevel som en kunne vente? Legene trives og engasjeres, og vurderer jobben som meningsfull, men vil likevel ikke råde andre å velge yrket. De er stolte av hva de får til, og tilbudet de er med på å skape, men mener samtidig at utviklingen går i gal retning. De får brukt kunnskapene sine, og utfordres faglig, men opplever at de har liten innflytelse og at fagmedisinske råd ikke vektlegges. De rapporterer at samarbeidet på tvers fungerer godt, mens samarbeidet mot ledelsen oppleves dårlig!

Legenes svar *vitner om et sammensatt forhold til eget yrke, egen arbeidsplass og utviklingen.* En fornemmer sykehusenes brytninger og motsetninger gjennom legenes svar. De konfliktfylte svarene lar seg ikke redusere eller oppsummere til en enkel sannhet.
I dette nummeret av Overlegen presenterer vi derfor i stedet hoveddelen av undersøkelsen.

I tillegg til legenes svar har vi flettet inn vurderinger av hvordan denne undersøkelsen leses - av våre egne og fra både ung og eldre kollega. Vi har også fått en av sentral forsker på feltet – Lars Erik Kjekshus – til å kommentere undersøkelsen og funnene i en bredt anlagt artikkel.

Drifts- og budsjettfokus som det styrende prinsipp kan allerede ha endret sykehuset så mye at vi ikke med samme selvfølge anbefaler legeyrket til andre! Det burde være urovekkende for enhver ledelse og stoff til refleksjon i ledergruppen. Dette er et nytt hint om at vår gruppe opplever en fremmedgjøring basert på en verdikonflikt vi faktisk står i. Målstyring og økonomi opp mot legenes fokus på pasienten og fagutvikling; den kliniske hverdag er omskiftende og nesten hele tiden i endring – budsjettbalanse og stødig planøkonomi er nesten ikke forenlig med dette. Nye dyrere medikamenter og nye behandlingsmetoder utfordrer budsjettene, og den helt naturlige variasjon i «pasienttilbudet» det enkelte år er en uunngåelig forstyrrende faktor (en kan minne om økonomenes frustrasjon over «sviktende» antall tracheostomier!).

Som en omreisende LOs Sommerpatrulje har vi notert oss alvorlige konsekvenser for spesialistutdanningen i form av kursnekt eller manglende støtte til kursdeltagelse, ledighold av stillinger - begrunnet i de røde tall som utvikler seg nesten i alle foretaksbudsjetter midt i året. I tillegg utsettes utstyrsanskaffelser fra år til år, grunnet investeringsstopp – noe som opplagt hemmer en spesialistutdanning på et «state of the art»-nivå. Det er med stor undring jeg har kunnet observere slike klare trusler mot spesialistutdanningen i dette vårt «Nordens Kuwait». ●

God lesning. God Jul!

» Av Overlegeforeningens leder **Jon Helle**

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

Vi må ha bedre tilrettelegging av arbeidshverdagen

Arbeidshverdagen på sykehusene i pasientens helsetjeneste er både for travel og ineffektiv. Forbedringer må på plass. Det vil lønne seg.

Spørreundersøkelsene siste året om arbeidsforholdene støtter opp under det vi leger har erfart og sagt lenge; Både ForBedring i regi av RHF-ene, og Rambøll-undersøkelsen på oppdrag fra Legeforeningen, viser at det er for stor belastning på veldig mange ansatte. Ja såpass krevende at få leger vil anbefale sine håpefulle å bli lege. Troen på at det blir bedre er liten. Desillusjonerte leger er dårlige ambassadører.

Ansatte og tillitsvalgte har lenge sagt at det ikke er samsvar mellom oppgaver og ressurser i sykehusene. Lite eller intet skjer. Selv om oppgavene blir flere, pasientene er dårligere og gjerne multisyke, og medikamentbudsjettene stiger, forblir rammen i praksis uendret. Driften må effektiviseres, noe som betyr at de ansatte blir salderingspost. Slikt er ikke bærekraftig.

Både ledere og ansatte i sykehusene vet det er for knappe ressurser. De ansatte klager, og direktører og styreledere uttrykker at det er stramt og bekymringsfullt. Lederne må være lojale mot sine rammer, noe annet er jo «udemokratisk». Politikerne sier det skal komme mer penger, men det virker mest som valgflesk. Ingen blir beroliget av dette. Jeg er redd for at politikere, departement, direktorat og RHF sitter i en båt, og de ansatte i en annen. Aktørene gir ikke hverandre vind i seilene.

Finansieringsordningen for nye sykehusbygg legger noe av premisset for hverdagen vår. RHF-et må spare nok penger så lån for fremtidige bygg kan betjenes. Dette forutsetter årevis med krevende effektiviseringsprosjekt som alle ansatte i hele regionen må være med på. Innstrammingene svir både for pasienter og ansatte.

Når sykehusene endelig bygges, blir de for små, som vi har spådd, fordi den nasjonalt bestemte normen som må følges, er for trang. Dette til tross for at kostnadene pr kvadratmeter er små summer i den store sammenheng. Resultatet kjenner vi daglig: For få senger, mange korridorpasienter, kampen for å skrive ut, for små akuttmottak, for få poliklinikkrom, og få eller ingen kontorer til de ansatte. «Kontorplass» blir i beste fall en sitteplass i et landskap, der «vi deler alle våre lyder og lukter», som en erfaren kollega sa det. Eller i verste fall «clean desk, free seating» uten en eneste fast kvadratcentimeter til den ansatte.

Endringer bærer i stor grad preg av at økonomi trosser pasienttilbud, kvalitet, fagutvikling og trivsel til ansatte. Menneskene som jobber i sykehusene opplever ikke at de blir satset på. Det er ikke nok å peke frem mot nye IKT-systemer eller lene seg på overdreven teknologioptimisme.

Bedre tilrettelegging av arbeidshverdagen handler om mye. En gordisk knute må politikerne ordne opp i: De kan ikke la det ene sykehuset etter det andre bygges for lite. Samfunnet har ikke råd til å bygge for små sykehus lenger. Politikerne må justere modellen for finansiering av bygg. Dessuten må

beslutningstakerne gi de ansatte en sterkere rolle i planlegging av sykehus ved at de får være med på å legge premisser for effektiv drift. God dialog med legene er en forutsetning for å lykkes. Noe annet er å stikke hodet i sanden. Hvis de ansatte vet at deres råd langt på vei blir tatt til følge, kommer man ikke med ønsker i hytt og vær. Jeg tror mange planleggere ønsker legene hjertelig velkommen. Vi må bli involvert og lyttet til i mye tørre grad enn nå.

Byggekostnadene vil nok kunne gå litt opp, men omkostningene i bred forstand vil gå ned. En bedre ivaretakelse av arbeidssituasjonen for den enkelte ansatte vil gi bedre lege-pasient-møter, og mindre venting og større sammenheng i tjenestene. Dette vil igjen styrke den offentlige helsetjenesten og kunne bidra til å redusere to-delingen. Og kanskje blir det morsommere å være kreativ og innovativ. For vi vil alltid måtte tenke nytt.

Skal vi tørre å håpe på noe? Eller blir det bare mer venting på julenissen? Eller på Godot? ●

Uansett: God jul til alle!

Bent Høie:
Det er fortsatt mye ressurser å hente ved å prioritere riktigere

Bent Høie har fått ny stilling. Det er ikke som ledd i at KrF går inn i regjeringen, men han har søkt på stillingen som fylkesmann i Rogaland. Den kampen vant han, i konkurranse med bl.a. tidligere barneminister Solveig Horne fra Frp. «Jeg kan tidligst tiltre om 3 år» sier Høie. «Helt uavhengig av en eventuell regjeringsutvidelse så er jeg jo valgt stortingsrepresentant ut denne perioden».

» Intervjuet av **Arne Laudal Refsum**, overlege, medlem av redaksjonskomitéen

Foto: Edith Stenberg

Vi benytter derfor anledningen til en liten statusoppdatering. Hva er han mest stolt av og hva er han misfornøyd med foreløpig i sin statsrådperiode?

Jeg er mest fornøyd med at begrepet «Pasientens helsetjeneste» begynner å bli rotfestet i hele helsetjenesten. At vi er i ferd med å få en ny tenkemåte hvor vi er opptatt av hvordan pasienten kan ta i bruk sine egne ressurser i møte med helsetjenesten.

Vi har hatt gode erfaringer med pakkeforløp for kreft. Mange kreftpasienter har opplevd at behandlingen har blitt bedre og mer forutsigbar. Nå innfører vi pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Jeg håper de også vil føre til forbedring.

Jeg har flere ganger møtt barn og unge med erfaring fra psykisk helsevern i Forandringsfabrikken. Deres beskrivelse av møtet med BUP var nedslående, men erfaringene deres har blitt brukt aktivt og konstruktivt av helsetjenesten selv, og har ført til forbedring.

Videre har ventetiden gått ned, og pasientens valgfrihet har økt. Det er økt satsing på rus og psykisk helse. Selv om den gylne regel (større vekst i rus og psykisk helsevern enn i somatikk) ikke er oppfylt innen psykisk helsevern, så går det riktig vei. I primærhelsetjenesten skjer det utvikling, vi prøver ut primærhelseteam og oppfølgingsteam, og vi samarbeider med bl.a. Legeforeningen om modernisering og forbedring av fastlegeordningen.

Høie trekker knapt pusten: «Det er nå rekordstore investeringer. Dette gjelder både nye bygg, men også teknologi. Dette vil kreve nye måter å jobbe på, og omstillinger. Så er det klart at det er områder hvor jeg ikke er så fornøyd, som for eksempel IKT. Vi har ikke kommet langt nok med «En innbygger, en journal».

Du har møtt mye motstand mot pakkeforløp for psykisk helse og rus?

Jeg mener den motstanden er betydelig mindre nå. Jeg tror mye av den skyldtes at man så for seg at ordningen fra Danmark skulle overføres til Norge. Nå har fagmiljø, brukere og pårørende vært involvert i utformingen, vi har lært av erfaringene fra Danmark, og jeg mener at det nå er mye entusiasme, og det er ønsker om at det skal komme flere pakkeforløp.

Dette nummeret av Overlegen har fokus på legenes arbeidsmiljø. Rambøll-undersøkelsen viser egentlig det samme som tidligere arbeidsmiljøundersøkelser i sykehusene har vist, nemlig at legene opplever et meget høyt arbeidspress, liten autonomi, og liten mulighet til å påvirke/styre sin egen arbeidsdag.

Jeg forholder meg til den årlige forbedringsundersøkelsen som nå er innført i foretakene, den viser mye av de samme tingene. Det tar jeg på stort alvor.

Jeg har innført et nasjonalt møtested for de regionstillitsvalgte og verneombudene. Forbedringsundersøkelsen er tema i disse møtene. I undersøkelsen kobles HMS for ansatte og pasientsikkerhet. Jeg får positive tilbakemeldinger fra tillitsvalgte om denne koblingen.

Disse undersøkelsene, som nå er like for hele landet og som vil bli gjentatt årlig, blir et nyttig verktøy i arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Kvalitetsforskriften vil forplikte lederne til å bruke resultatene av undersøkelsen med å forbedre begge deler. Fra andre samfunnssektorer som petroleumsvirksomheten og luftfarten har vi erfaring fra at god sikkerhetskultur gir bedre HMS.

Det er rekordstore investeringer i spesialisthelsetjenesten, men allikevel mye uro.

Stort sett blir jo disse investeringene tatt vel imot, men det vil alltid være noen motforestillinger og noe uro. Det kan være plassering av nye sykehus eller størrelsen på disse. Dette er jo store prosjekter med stor risiko, og derfor er det viktig at motforestillingene kommer frem.

I slike store prosjekter er det også viktig at vi lærer av tidligere prosjekter. Helse Sør-Øst har opplyst at de vil endre på parametre som beleggsprosent til 85 prosent på bakgrunn av erfaringene fra Ahus og Østfold, slik at nye sykehus vil bli bygget med større kapasitet og fleksibilitet enn det som har ligget i planene til nå.

Hvordan reagerer du på at store planer og/eller bevilgninger blir møtt med misnøye, som for eksempel ved OUS?

Da jeg tiltrådte som minister forelå det en plan om et gigantisk sykehus på Gaustad. Dette er nå endret, Radiumhospitalet skal bestå og får nybygg, og det skal bygges nytt lokalsykehus på Aker. Dette fører til at Storbylegevakten i Oslo kan realiseres, og bydelene som nå hører til AHUS kan tilbakeføres til Oslo. Dette vil gi bedre samhandling, og jeg oppfatter at planene nå har bred tilslutning fra Oslo kommune. Det målbildet som nå er tegnet opp utløser jo investeringer, og selv om det mange tilpasninger som må skje i fremtiden så

tror jeg dette blir bra. Noen avdelinger og noen funksjoner må flyttes på. Utbyggingsplanene for nye sykehus i Oslo innebærer at Diakonhjemmet og Lovisenberg skal få flere oppgaver og større ansvar.

Vi er innom statsbudsjettet hver gang vi får anledning til å møte deg. Også i år er budsjettfremlegget møtt med kritikk. Både Legeforeningen og Sykepleieforbundet mener veksten er for liten. Legeforeningen sier at det er en halvhjertet innsats for helse, og mener det blir krevende hvis dette budsjettet blir stående. Er det slik at du forventer negativ kritikk slik at du ikke legger vekt på den, siden den kommer hvert år?

Reaksjonene er jo ganske like hvert år. Ser man tilbake til for eksempel 2014, det året med størst vekst, så var uttalelsene også ganske likelydende med årets reaksjoner. Jeg tar dette som et uttrykk for man hele tiden står i tøffe prioriteringer, og at det oppleves belastende. Sykehusene prioriteres høyere enn mange andre felt, og vi finansierer ikke bare de demografiske endringene (vi blir flere og vi blir eldre) men også vekst ut over dette.

Men trekker vi fra demografikostnadene og ditt ønske om økt aktivitet, kortere ventetid og økt kvalitet, da er det ikke nok til å finansiere nye kostbare behandlingsmetoder og nye dyre medikamenter?

Her må det gjøres prioriteringer. Offentliggjøring av helseatlasene når det gjelder dagkirurgisk aktivitet viser at det fortsatt foretas for mange inngrep som det ikke er vist at har effekt, men man påfører jo pasienten risiko for komplikasjoner. Her må helseregionene og fagmiljø gå sammen og se på hva man skal slutte med og hva som har dokumentert effekt. Videre er det fortsatt slik at man mange steder ikke bytter til de billigste medikamentene, selv om det her er fremforhandlet betydelige rabatter. Man må ta ut disse effektene.

Det er for tiden en fastlegekrise. Frykter du ikke en sykehuslegekrise?

Helsedirektoratet gjør nå en ny utredning om legebehovet i fremtiden. Vi har meget høy legedekning pr innbygger i Norge, og den har økt spesielt i sykehusene. Det er ikke slik at alle som utdanner seg som lege, enten det er i Norge eller i utlandet har krav på at det skal stå en stilling og vente på dem når de er ferdige med utdannelsen. Det er heller ikke slik at det er riktig av oss politikere å strupe Lånekassen for utdanning, for å hindre unge mennesker i å ta en utdanning i utlandet de ønsker seg. Den enkelte må vurdere risikoen selv.

Bør ikke Norge være selvforsynt med spesialister? I dag rekrutterer vi en rekke spesialister fra utlandet hvert år.

Utdanningskapasitet i Norge er viktig. Samtidig er norsk helsetjeneste et attraktivt arbeidsmarked for spesialister med utenlandsk utdanning, slik vil det nok fortsatt være.

Overlegeforeningen etterlyste en «Havarikommisjon for helsetjenesten» i 2010. Nå har du etablert Undersøkelseskommisjonen for helsetjenesten, men det er ikke foretatt endringer i resten av tilsynssystemet. Er ikke det snart på tide?

Jeg er ikke enig i at det ikke er foretatt endringer.

Det er svært viktig at helsetjenesten lærer av alvorlige og uønskede hendelser. Jeg har derfor tatt to grep. Det ene er undersøkelseskommisjon og det andre er utvidelse av varselplikten til Helsetilsynet. Varselplikten, som bare har vært for sykehusene, utvides nå slik at de kommunale helse- og omsorgstjenestene og private også får plikt til å varsle tilsynet om alvorlige hendelser. Varselordningen innebærer at Helsetilsynet raskt vurderer varslene, og foretar tilsyn på stedet om det er nødvendig. Pasienter og pårørende k an nå melde inn alvorlige hendelser. Vi har tatt inn i loven at pasienter og pårørende skal inviteres til møte innen 10 dager etter en alvorlig hendelse.

Og så har vi fått undersøkelseskommisjonen som er uavhengig og vil kunne se på faktorer som rammebetingelser, arbeidsmiljø og sikkerhetskultur.

Det som fortsatt vil kreve oppmerksomhet, er hvordan vi kan greie å dreie dette over mot system og ledelse. Vi har hatt en kultur for at dette er et individuelt ansvar, og det må vi se på fremover. ●

→ vurderinger og risiko for trombotiske hendelser veies opp mot blødningsrisiko. *Glemt dose:* Vanlig dose tas som anbefalt ved neste fastsatte tidspunkt. Det skal ikke tas dobbel dose som erstatning for glemt dose. ***Forebygging av VTE etter elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi:*** 10 mg 1 gang daglig. Initialdose gis 6–10 timer etter kirurgisk inngrep, forutsatt etablert hemostase. Behandlingsvarighet: Bestemmes av VTE-risiko avhengig av type ortopedisk inngrep. Større hofteleddskirurgi: 5 uker. Større kneleddskirurgi: 2 uker. *Glemt dose:* Skal tas umiddelbart, og neste dag fortsetter man med 1 daglig dose. ***Forebygging av slag og systemisk emboli:*** 20 mg 1 gang daglig. Behandling bør pågå over lengre tid forutsatt at fordeler ved forebygging av slag og systemisk emboli er større enn blødningsrisiko. *Glemt dose:* Skal tas umiddelbart, og neste dag fortsetter man med 1 daglig dose. Dobbel dose skal ikke tas i løpet av én og samme dag som erstatning for glemt dose. ***Behandling av DVT, LE og forebygging av tilbakefall:*** Ved behandlingsoppstart ved akutt DVT eller LE: 15 mg 2 ganger daglig de første 3 ukene, deretter 20 mg 1 gang daglig ved fortsatt behandling/forebygging av tilbakefall. For å lette overgangen fra dosering med 15 mg til 20 mg etter dag 21, finnes en 4 ukers startpakning. Kort behandlingsvarighet (> 3 måneder) bør vurderes ved DVT eller LE fremkalt av alvorlige forbigående risikofaktorer (f.eks. nylig stor operasjon eller traume). Lengre behandlingsvarighet bør vurderes ved DVT eller LE som ikke har sammenheng med alvorlige, forbigående risikofaktorer, DVT eller LE uten utløsende faktorer, eller en historie med tilbakefall. Når forlenget forebygging (etter fullføring av > 6 måneders behandling for DVT eller LE) er indisert, anbefales 10 mg 1 gang daglig. Ved høy risiko for tilbakefall, f.eks. ved kompliserte komorbiditeter eller tidligere utvikling av tilbakefall ved forlenget forebyggende behandling med 10 mg 1 gang daglig, bør 20 mg 1 gang daglig vurderes. Behandlingsvarighet og dosering bestemmes individuelt etter nøye vurdering av nytte og blødningsrisiko. *Glemt dose:* I fasen med 15 mg 2 ganger daglig (dag 1–21), bør glemt dose tas umiddelbart for å sikre inntaket på 30 mg pr. dag. 2 tabletter med 15 mg kan da tas samtidig. Neste dag bør det fortsettes som anbefalt med 15 mg 2 ganger daglig. I fasen med dosering 1 gang daglig bør glemt dose tas umiddelbart, og neste dag fortsettes med 1 daglig dose. Dobbel dose skal ikke tas i løpet av én og samme dag som erstatning for glemt dose. ***Overgang fra/til andre antikoagulanter:*** *Overgang fra vitamin K-antagonister (VKA) til rivaroksaban:* Ved forebyggende behandling av slag og systemisk emboli bør VKA-behandling avbrytes og rivaroksaban initieres når INR ≤ 3,0. Ved behandling av DVT, LE og forebyggende behandling av tilbakefall bør VKA-behandling avbrytes og rivaroksaban initieres når INR ≤ 2,5. INR skal ikke brukes til å måle antikoagulerende aktivitet for rivaroksaban. Kan gi økt INR-verdi etter rivaroksabaninntak. *Overgang fra rivaroksaban til VKA:* Utilstrekkelig antikoagulering kan oppstå. Vedvarende tilstrekkelig antikoagulering bør sikres ved enhver overføring til alternativ antikoagulant. Rivaroksaban kan bidra til økt INR. Ved overgang fra rivaroksaban til VKA, bør VKA gis samtidig inntil INR ≥ 2,0. De første 2 dagene i overgangsperioden bør standard initiell VKA-dosering benyttes, deretter dosering iht. INR-testing. Ved bruk av både rivaroksaban og VKA bør INR ikke testes før det er gått minst 24 timer siden forrige dose, men før neste dose med rivaroksaban. Så snart rivaroksaban er seponert, kan pålitelig INR-testing tidligst utføres 24 timer etter siste dose. *Overgang fra parenterale antikoagulanter til rivaroksaban:* Hos pasienter som samtidig får parenteral antikoagulant, seponeres antikoagulanten og rivaroksaban gis 0–2 timer før neste planlagte dose av det parenterale legemidlet (f.eks. lavmolekylært heparin) skulle vært gitt, eller når et kontinuerlig administrert parenteralt legemiddel seponeres (f.eks. intravenøs ufraksjonert heparin). *Overgang fra rivaroksaban til parenterale antikoagulanter:* 1. dose med parenteral antikoagulant gis når neste dose med rivaroksaban skulle vært gitt. ***Konvertering:*** *Tabletter 15 mg og 20 mg:* Rivaroksaban kan inititeres eller fortsettes ved behov for konvertering. Ved transøsofageal ekkokardiografiveiledet konvertering hos pasienter som tidligere ikke er behandlet med antikoagulanter, skal rivaroksabanbehandling igangsettes > 4 timer før konvertering for å sikre tilstrekkelig antikoagulering. Før konvertering innhentes en bekreftelse på at rivaroksaban er tatt iht. forskrivning. Beslutning om initiering og varighet av behandling skal ta hensyn til gjeldende retningslinjer for antikoagulasjonsbehandling for pasienter som gjennomgår konvertering. ***Pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer som gjennomgår PCI med innsetting av stent:*** Begrenset erfaring med redusert dose på 15 mg 1 gang daglig (eller 10 mg 1 gang daglig ved moderat nedsatt nyrefunksjon) i tillegg til $P2Y_{12}$-hemmer i ≤ 12 måneder. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Se Kontraindikasjoner. *Nedsatt nyrefunksjon:* Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, pga. økt blødningsrisiko. Bruk ved CrCl < 15 ml/minutt anbefales ikke. Moderat eller alvorlig (CrCl på hhv. 30–49 ml/minutt eller 15–29 ml/minutt) nedsatt nyrefunksjon:

Forebygging av slag og systemisk emboli	15 mg 1 gang daglig
Behandling av DVT, LE og forebygging av tilbakefall	15 mg 2 ganger daglig i de 3 første ukene. Deretter 20 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon fra 20 mg til 15 mg 1 gang daglig skal vurderes dersom blødningsrisiko antas å være høyere enn risiko for tilbakefall. Bruk av 15 mg er basert på farmakokinetisk modellering og er ikke undersøkt ved disse kliniske forholdene. Når anbefalt dose er 10 mg 1 gang daglig, er ingen dosejustering nødvendig.

Ingen dosejustering ved lett (CrCl 50–80 ml/minutt) nedsatt nyrefunksjon. Ingen dosejustering ved moderat nedsatt nyrefunksjon ved forebygging av aterotrombotiske hendelser etter akutt koronarsyndrom eller forebygging av VTE etter elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi. *Barn og ungdom < 18 år:* Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. *Eldre:* Ingen dosejustering nødvendig. ***Administrering:*** Svelges hele. Kan ev. knuses og blandes med vann eller eplepuré umiddelbart før bruk. Knust tablett kan også gis via magesonde med litt vann, etter forsikring om at magesonde er riktig plassert. Magesonde bør etterpå skylles med vann. *Tabletter 2,5 mg:* Tas med eller uten mat. *Tabletter 10 mg:* Tas med eller uten mat. *Tabletter 15 mg:* Skal tas sammen med mat. Mat bør inntas eller enteral føde tilføres umiddelbart etter administrering av knust tablett. *Tabletter 20 mg:* Skal tas sammen med mat. Mat bør inntas eller enteral føde tilføres umiddelbart etter administrering av knust tablett. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv klinisk signifikant blødning. Lesjoner/tilstander, dersom dette anses å være en betydelig risiko for alvorlig blødning. Kan omfatte nåværende eller nylig gastrointestinal ulcussykdom, eksisterende ondartede svulster med høy blødningsrisiko, nylig skade i hjerne eller ryggrad, nylig kirurgisk inngrep i hjerne, ryggrad eller øyeregion, nylig intrakraniell blødning, kjente eller mistenkte øsofagusvaricer, arteriovenøs misdannelse eller vaskulær aneurisme eller større intraspinale eller intracerebrale vaskulære abnormaliteter. Samtidig behandling med alle andre antikoagulanter, f.eks. ufraksjonert heparin, lavmolekylært heparin (enoksaparin, dalteparin etc.), heparinderivater (fondaparinuks etc.), orale antikoagulanter (warfarin, dabigatraneteksilat, apiksaban etc.), unntatt ved bytte av antikoagulasjonsbehandling eller når ufraksjonert heparin administreres for å holde sentralt vene- eller arteriekateter åpent. Leversykdom assosiert med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko, inkl. cirrhosepasienter med Child-Pugh B og C. Graviditet og amming. *2,5 mg:* Samtidig behandling av akutt koronarsyndrom med platehemmende behandling ved tidligere slag eller TIA. Samtidig behandling av koronarsykdom/perifer karsykdom med ASA ved tidligere hemoragisk/lakunært slag, eller ethvert slag i løpet av siste måned. **Forsiktighetsregler:** Klinisk overvåkning av antikoagulasjon anbefales i hele behandlingsperioden. *Nedsatt nyrefunksjon:* Se Dosering. *Blødningsrisiko:* Pasienten skal observeres nøye for tegn på blødning. Brukes med forsiktighet ved økt blødningsrisiko. Administrering skal avbrytes ved alvorlig blødning. Blødninger i slimhinner (dvs. epistaksis, gingival-, gastrointestinal- og urogenitalblødninger, inkl. unormale vaginalblødninger eller økt menstruasjonsblødning) og anemi er sett hyppigere under langtidsbehandling med rivaroksaban sammenlignet med VKA-behandling. I tillegg til klinisk overvåkning kan hemoglobin-/hematokrittester være nyttig for å oppdage skjulte blødninger og fastslå klinisk relevans av synlige blødninger. Ved økt blødningsrisiko må pasienten overvåkes nøye mhp. symptomer på blødningskomplikasjoner og anemi etter behandlingsstart. Ved forebygging av VTE etter elektiv hofte-eller kneprotesekirurgi kan dette gjøres ved regelmessig klinisk undersøkelse, nøye observasjon av operasjonssår med ev. drenasje, og regelmessig hemoglobinmåling. Uforklarlige fall i hemoglobinnivå eller blodtrykk må undersøkes for å lokalisere blødning. Blødningsrisiko kan øke med økende alder. Anbefales ikke ved økt blødningsrisiko som kongenitale eller ervervede blødningsforstyrrelser, ukontrollert, alvorlig arteriell hypertensjon, annen gastrointestinal sykdom utenom aktiv ulcerasjon som potensielt kan føre til blødningskomplikasjoner (f.eks. inflammatorisk tarmsykdom, øsofagitt, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom), vaskulær retinopati og bronkiektasi eller tidligere blødning i lungene. *Pasienter med kunstige klaffer:* Bruk anbefales ikke pga. manglende data. Rutinemessig overvåkning kreves ikke, men rivaroksabannivå målt vha. kalibrerte kvantitative anti-faktor Xa-tester kan være nyttig ved kliniske avgjørelser, f.eks. ved overdosering og hastekirurgi. *Spinal-/epiduralanestesi eller -punksjon:* Risiko for utvikling av epiduralt eller spinalt hematom, som kan gi langvarig eller permanent lammelse, når nevroaksial anestesi (spinal-/epiduralanestesi) eller spinal-/epiduralpunksjon brukes. Risikoen kan øke ved postoperativ bruk av inneliggende epiduralkateter, samtidig bruk av legemidler som påvirker hemostasen eller ved traumatisk eller ved gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Pasienten må overvåkes hyppig mht. symptomer på nedsatt nevrologisk funksjon (f.eks. nummenhet eller svakhet i ben, tarm- eller blæredysfunksjon). Rask diagnostisering og behandling er nødvendig ved nevrologisk utfall. Før nevroaksial intervensjon må lege vurdere nytte/risiko hos antikoagulerte pasienter og hos pasienter som skal antikoaguleres for tromboseprofylakse. Se spesifikk indikasjon for anbefalt tid for fjerning av kateter. *Invasiv prosedyre/kirurgisk inngrep:* Ved behov for invasiv prosedyre eller kirurgisk inngrep som ikke er elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi bør behandling avbrytes minst 24 timer (12 timer ved forebygging av aterotrombotiske hendelser etter akutt koronarsyndrom) før inngrepet, dersom dette er mulig, basert på en klinisk vurdering. Dersom inngrepet ikke kan utsettes, skal økt blødningsrisiko vurderes mot behovet for rask utførelse av inngrepet. Behandling bør gjenopptas så snart som mulig etter invasiv prosedyre eller kirurgisk inngrep, dersom klinisk situasjon tillater dette, og tilstrekkelig hemostase er etablert, noe som bestemmes av behandlende lege. *Hudreaksjoner:* Alvorlige hudreaksjoner, inkl. Stevens-Johnsons syndrom/toksisk epidermal nekrolyse og legemiddelreaksjon med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS-syndrom) er sett. De fleste tilfellene oppstår i de første behandlingsukene. Rivaroksaban bør seponeres umiddelbart ved tegn på alvorlig hudutslett (f.eks. utslett som sprer seg, hissig utslett og/eller blemmer), eller andre tegn på overfølsomhet som oppstår sammen med lesjoner på slimhinnene. *Pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer som gjennomgår PCI med innsetting av stent:* Data vedrørende sikkerhet er tilgjengelig. Data vedrørende effekt er begrenset. Data er ikke tilgjengelig ved slag/TIA i anamnesen. *Spesielt for forebygging av VTE etter elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi:* Effekt og sikkerhet ved bruk til pasienter som gjennomgår hoftefrakturkirurgi er ikke undersøkt. For å redusere mulig blødningsrisiko ved nevroaksial anestesi (epidural/spinal) eller spinalpunksjon, bør innsetting/uttak av epiduralkateter eller lumbalpunksjon helst utføres når antikoagulanteffekten for rivaroksaban er beregnet å være lav. Det bør gå > 18 timer etter siste dose før epiduralkateter fjernes. Deretter bør det gå > 6 timer før neste dose. Ved traumatisk punksjon må administrering utsettes i 24 timer. *Spesielt for forebygging av aterotrombotiske hendelser:* Effekt og sikkerhet er undersøkt i kombinasjon med ASA og klopidogrel/tiklopidin ved akutt koronarsyndrom. Kombinasjon med andre platehemmende midler, f.eks. prasugrel eller tikagrelor, er ikke undersøkt og anbefales ikke. Dobbel platehemmende behandling er ikke undersøkt i kombinasjon med rivaroksaban 2,5 mg 2 ganger daglig ved koronarsykdom/perifer karsykdom. Blødninger i slimhinner (dvs. epistaksis, gingival-, gastrointestinal- og urogenitalblødninger, inkl. unormale vaginalblødninger eller økt menstruasjonsblødning) og anemi er sett hyppigere under langtidsbehandling med rivaroksaban sammen med 1 eller 2 platehemmende midler. Bruk sammen med dobbel platehemmende behandling ved kjent økt risiko for blødning, bør vurderes mot nytte av forebygging av aterotrombotiske hendelser. Ved samtidig behandling med ASA, eller ASA samt klopidogrel/tiklopidin bør NSAID kun gis dersom nytte er større enn blødningsrisiko. Blødningsrisiko øker med alderen. Brukes med forsiktighet til eldre ≥ 75 år eller med lav kroppsvekt (< 60 kg), ved samtidig bruk med ASA alene eller sammen med ASA samt klopidogrel/tiklopidin. Ved elektiv kirurgi, der platehemmende effekt ikke er ønsket, skal platehemmere seponeres som anvist i SPC. Ingen klinisk erfaring med 2,5 mg sammen med ASA alene eller sammen med ASA samt klopidogrel eller tiklopidin ved nevroaksial intervensjon. For å redusere mulig blødningsrisiko ved nevroaksial anestesi (epidural/spinal) eller spinalpunksjon, bør innsetting/uttak av epiduralkateter eller lumbalpunksjon helst utføres når antikoagulanteffekten for rivaroksaban er beregnet å være lav. Eksakt tidspunkt for tilstrekkelig lav antikoagulanteffekt hos den enkelte pasient er ukjent. Platehemmere seponeres iht. SPC. *Spesielt for forebygging av slag og systemisk emboli, behandling av DVT og LE, og forebygging av tilbakevendende DVT og LE:* Anbefales ikke som alternativ til ufraksjonert heparin hos pasienter med lungeemboli som er hemodynamisk ustabile, eller som kan få trombolyse eller lungeembolektomi, da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. Ingen klinisk erfaring med 15 mg/20 mg rivaroksaban ved nevroaksial intervensjon. Eksakt tidspunkt for å oppnå tilstrekkelig lav antikoagulanteffekt hos den enkelte pasient er ukjent. For å redusere mulig blødningsrisiko ved nevroaksial anestesi (epidural/spinal) eller spinalpunksjon, bør innsetting/uttak av epiduralkateter eller lumbalpunksjon helst utføres når antikoagulanteffekten for rivaroksaban er beregnet å være lav. For 10 mg bør det gå > 18 timer etter siste dose før epiduralkateter fjernes. For 15 mg og 20 mg bør det gå > 18 timer og > 26 timer etter siste dose, hos hhv. unge og eldre pasienter, før epiduralkateteret fjernes. Deretter bør det gå > 6 timer før neste dose. Ved traumatisk punksjon må administrering utsettes i 24 timer. *Hjelpestoffer:* Inneholder laktose. Bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. *Bilkjøring og bruk av maskiner:* Ved bivirkninger som synkope og svimmelhet bør pasienten ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Rivaroksaban hverken hemmer eller induserer viktige CYP-isoformer, som CYP3A4. Sterke CYP3A4- og P-gp-hemmere som azolantimykotika eller hiv-proteasehemmere kan øke AUC, C_{max} og farmakodynamiske effekter av rivaroksaban, noe som kan gi økt blødningsrisiko. Samtidig behandling anbefales ikke. Sterke hemmere av bare én av eliminasjonsveiene, enten CYP3A4 eller P-gp, forventes å øke plasmakonsentrasjonen av rivaroksaban i mindre grad. Interaksjoner med klaritromycin, erytromycin eller flukonazol er sannsynligvis ikke klinisk relevant hos de fleste pasienter, men kan potensielt være betydelig hos høyrisikopasienter. Legemidler som øker rivaroksabanplasmakonsentrasjon skal brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Samtidig administrering med dronedaron bør unngås pga. begrensede data. Etter samtidig administrering av enoksaparin (40 mg enkeltdose), er det observert additiv effekt på anti-faktor Xa-aktiviteten, uten tilleggseffekter på koagulasjonsprøver (PT, aPTT). Forsiktighet skal utvises ved samtidig behandling med andre antikoagulanter, pga. økt blødningsrisiko (se også Kontraindikasjoner). Forsiktighet skal utvises ved samtidig bruk av legemidler som påvirker hemostasen; NSAID, ASA, platehemmere eller SSRI og SNRI. Ved risiko for ulcerøs gastrointestinal sykdom kan profylaktisk behandling vurderes. Ved overgang fra warfarin (INR 2–3) til rivaroksaban (20 mg) eller fra rivaroksaban (20 mg) til warfarin (INR 2–3) øker protrombintid/INR (neoplastin) mer enn additivt, mens effekter på aPTT, hemming av faktor Xa-aktivitet og endogent trombinpotensial (ETP) er additive. Ved behov for å teste farmakodynamiske effekter av rivaroksaban i overgangsperioden kan anti-faktor Xa-aktivitet, PiCT og HepTest brukes, da disse ikke påvirkes av warfarin. På 4. dag etter siste warfarindose, viser alle tester (inkl. PT, aPTT, hemming av faktor Xa-aktivitet og ETP) kun effekten av rivaroksaban. Ved behov for å teste de farmakodynamiske effektene av warfarin i overgangsperioden, kan INR-målinger benyttes ved $C_{«trough»}$ for rivaroksaban (24 timer etter forrige inntak av rivaroksaban), da denne testen påvirkes minimalt av rivaroksaban ved dette tidspunktet. Ingen farmakokinetisk interaksjon er sett mellom warfarin og rivaroksaban. Samtidig bruk av sterke CYP3A4-induktorer kan gi redusert plasmakonsentrasjon av rivaroksaban, og samtidig bruk bør derfor unngås med mindre pasienten overvåkes nøye for symptomer på trombose. Koagulasjonsparametre (f.eks. PT, aPTT, HepTest) påvirkes som forventet iht. rivaroksabans virkningsmekanisme. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Kontraindisert. Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Reproduksjonstoksiske effekter vist hos dyr. Kvinner i fertil alder bør unngå å bli gravide under behandling. *Amming:* Kontraindisert. Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Data fra dyr indikerer at rivaroksaban utskilles i morsmelk. Det må vurderes hvorvidt amming skal avbrytes eller om pasienten skal avstå fra behandling. **Bivirkninger:** Kan forbindes med økt risiko for skjult eller synlig blødning fra vev/organer, noe som kan føre til posthemoragisk anemi. Symptomer og alvorlighetsgrad (inkl. dødelig utgang) varierer ut fra lokalisering, grad eller omfang av blødningen og/eller anemien. Blødningsrisiko kan være økt hos visse pasientgrupper, f.eks. ved ukontrollert alvorlig arteriell hypertensjon og/eller ved samtidig behandling med andre legemidler som påvirker hemostasen. Menstruasjonsblødninger kan øke og/eller bli forlenget. Blødningskomplikasjoner kan manifesteres som svakhet, blekhet, svimmelhet, hodepine eller uforklarlig hevelse, dyspné og uforklarlig sjokk. Symptomer på hjerteiskemi som brystsmerter eller angina pectoris kan oppstå som en konsekvens av anemi. Komplikasjoner sekundært til alvorlig blødning, som kompartmentsyndrom og nyresvikt pga. hypoperfusjon, kan oppstå. Det må derfor tas hensyn til muligheten for blødning ved evaluering av tilstanden til enhver antikoagulert pasient. *Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10):* Blod/lymfe: Anemi (inkl. respektive laboratorieparametre). Gastrointestinale: Gingivalblødning, blødning i gastrointestinaltraktus (inkl. rektal blødning), gastrointestinale/abdominale smerter, dyspepsi, kvalme, obstipasjon[1], diaré, oppkast[1]. Hjerte/kar: Hypotensjon, hematom. Hud: Pruritus (inkl. mindre vanlige tilfeller av generalisert pruritus), utslett, ekkymose, kutan/subkutan blødning. Lever/galle: Forhøyede transaminaser. Luftveier: Epistaksis, hemoptyse. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter[1]. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Blødninger i urogenitaltractus (inkl. hematuri og menoragi[2]), nedsatt nyrefunksjon (inkl. forhøyet s-kreatinin, forhøyet s-urea)[1]. Øye: Øyeblødninger (inkl. konjunktival-blødning). Øvrige: Feber[1], perifert ødem, nedsatt generell styrke og energi (inkl. fatigue, asteni), blødning etter inngrep (inkl. postoperativ anemi og blødning fra sår), kontusjon, sårsekresjon[1]. *Mindre vanlige (≥ 1/1 000 til < 1/100):* Blod/lymfe: Trombocytose (inkl. økt blodplatetall)[1], trombocytopeni. Gastrointestinale: Munntørrhet. Hjerte/kar: Takykardi. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Allergisk reaksjon, allergisk dermatitt, angioødem og allergisk ødem. Lever/galle: Nedsatt leverfunksjon, forhøyet bilirubin, forhøyet ALP i blodet[1], forhøyet γ-GT1. Muskel-skjelettsystemet: Hemartrose. Nevrologiske: Cerebral og intrakraniell blødning, synkope. Undersøkelser: Forhøyet LDH[1], forhøyet lipase[1], forhøyet amylase[1]. Øvrige: Uvelhet (inkl. sykdomsfølelse). *Sjeldne (≥ 1/10 000 til < 1/1 000):* Lever/galle: Gulsott, forhøyet konjugert bilirubin (med eller uten samtidig forhøyet ALAT), kolestase, hepatitt (inkl. hepatocellulær skade). Muskel-skjelettsystemet: Muskelblødning. Øvrige: Lokalt ødem[1], vaskulær pseudoaneurisme (mindre vanlig ved forebygging av aterotrombotiske hendelser etter perkutan koronarintervensjon). *Svært sjeldne (< 1/10 000):* Hud: Stevens-Johnsons syndrom/toksisk epidermal nekrolyse, DRESS-syndrom. *Ukjent frekvens:* Muskel-skjelettsystemet: Kompartmentsyndrom sekundært til blødning. Nyre/urinveier: Nyresvikt/akutt nyresvikt sekundært til blødning som er tilstrekkelig til å forårsake hypoperfusjon. *1. Observert ved forebygging av VTE hos voksne som gjennomgår elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi. 2. Svært vanlig ved behandling av DVT, LE og forebygging av tilbakefall hos kvinner < 55 år.* **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Sjeldne tilfeller av overdoser > 600 mg uten blødningskomplikasjoner eller andre bivirkninger er rapportert. Pga. begrenset absorpsjon forventes maksimal effekt og ingen ytterligere økning i gjennomsnittlig plasmaeksponering ved supraterapeutiske doser på ≥ 50 mg. *Behandling:* Medisinsk kull kan vurderes. Ved blødning kan doseutsettelse eller seponering vurderes. Behandling tilpasses individuelt ut fra alvorlighetsgrad og lokalisering av blødning. Egnet symptomatisk behandling kan brukes ved behov, f.eks. mekanisk kompresjon (f.eks. ved alvorlig epistaksis), kirurgiske prosedyrer for blødningskontroll, væskebehandling og hemodynamisk støtte, blodprodukter (pakkede røde blodceller eller ferskfrosset plasma, avhengig av anemi eller koagulopati) eller blodplater. Dersom blødningen ikke kan kontrolleres med nevnte tiltak bør administrering av en spesifikk reverserende prokoagulant vurderes, f.eks. protrombinkompleks konsentrat (PCC), aktivert protrombinkompleks konsentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa). Anbefalingen baseres på begrensede prekliniske data. Gjentatt dosering av rekombinant faktor VIIa skal vurderes og titreres, avhengig av forbedringer i blødningsstatus. Avhengig av tilgjengelighet bør konsultasjon med koaguleringsekspert vurderes ved større blødninger. Rivaroksaban er antagelig ikke dialyserbart pga. høy grad av plasmaproteinbinding. Se Giftinformasjonens anbefalinger B01A F01 på www.felleskatalogen.no. **Pakninger og priser:** Startpakn.: 42 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) kr 1 451,90. ***2,5 mg:*** 56 stk. (kalenderpakn.) kr 759,90. 168 stk. (kalenderpakn.) kr 2 207,20. 100 × 1 stk. (endose) kr 1 328,50. ***10 mg:*** 10 stk. (blister) kr 291,10. 30 stk. (blister) kr 800,70. 100 stk. (endose) kr 2 573,90. ***15 mg:*** 28 stk. (blister) kr 749,70. 42 stk. (blister) kr 1 102,10. 98 stk. (blister) kr 2 523,10. 100 × 1 stk. (endose) kr 2 573,90. ***20 mg:*** 28 stk. (blister) kr 749,70. 98 stk. (blister) kr 2 523,20. 100 × 1 stk. (endose) kr 2 574,00. **Refusjonsbestemmelser:** ***15 og 20 mg:*** *Refusjonsberettiget bruk:* Forebygging av slag og systemisk emboli hos voksne pasienter med ikke-klaffeassosiert atrieflimmer med én eller flere risikofaktorer, slik som kongestiv hjertesvikt, hypertensjon, alder f.o.m 75 år, diabetes mellitus, tidligere slag eller forbigående iskemisk anfall. Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne. Refusjonskode: ICPC: K78, K93, K94; ICD: I26, I48, I80, I82. Vilkår: Ingen spesielle. ***10 mg:*** *Refusjonsberettiget bruk:* Forebyggelse av venøs tromboembolisme hos voksne pasienter som får innsatt hofteledds- eller kneleddsprotese. Refusjonskode: ICPC: –20, vilkår (136); ICD: –20, vilkår (136) Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder. ***2,5 mg:*** *Refusjonsberettiget bruk:* Xarelto administrert sammen med acetylsalisylsyre (ASA) alene, eller sammen med ASA og klopidogrel eller tiklopidin, er indisert til forebygging av aterotrombotiske hendelser hos voksne pasienter etter hendelser med akutt koronarsyndrom med forhøyede verdier av biomarkører for hjertet. Refusjonskode: ICPC: K75, A89; ICD: I21, I22, Z95.5, Z95.8. Vilkår: Ingen spesielle. **Sist endret:** 05.09.2018 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). Basert på SPC godkjent av SLV 08/2018.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

L.NO.MKT.09.2018.2352 XARN0107

NYHET!

Ny behandlingsmulighet for pasienter med kronisk koronarsykdom eller symptomatisk perifer karsykdom

INDIKASJON: Xarelto, administrert sammen med ASA, er indisert til forebygging av aterotrombotiske hendelser hos voksne pasienter med koronarsykdom eller symptomatisk perifer karsykdom ved høy risiko for iskemiske hendelser.

DOSERING: Xarelto 2,5 mg[a] ×2 i kombinasjon med acetylsalisylsyre 75–100 mg ×1.

Sikkerhetsinformasjon: Som med andre antitrombotiske midler må Xarelto brukes med forsiktighet hos de med økt blødningsrisiko. Vær oppmerksom på pasienter med nedsatt nyrefunksjon. *Vanlige bivirkninger (≥ 1/100 til < 1/10):* Blødninger: Gingival, hematom, ekkymose, epistaksis, hemoptyse, øyeblødning, kutan/subkutan blødning, postoperativ blødning fra sår, blødninger i gastrointestinaltraktus og urogenitaltractus. Øvrige: Anemi, gastrointestinale/abdominale smerter, dyspepsi, kvalme, obstipasjon, diare, oppkast, hypotensjon, pruritus, utslett, smerter i ekstremiteter, svimmelhet, hodepine, nedsatt nyrefunksjon, forhøyede transaminaser, feber, perifert ødem, nedsatt generell styrke og energi, kontusjon, sårsekresjon. Xarelto er ikke anbefalt hos de med kunstige hjerteklaffer. **Se preparatomtalen før forskrivning av Xarelto, merk spesielt kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og interaksjoner.**

COMPASS[1] er den største fase III-studien med rivaroksaban (27 395 pasienter). Rivaroksaban 2,5 mg ×2 i kombinasjon med ASA 100 mg ×1 **reduserte risikoen for kardiovaskulær død, hjerteinfarkt og slag med 24 %** (relativ risikoreduksjon, ARR 1,3 %, p < 0,001) sammenlignet med ASA 100 mg ×1. Alvorlig blødning var mer hyppig i rivaroksaban + ASA-gruppen (3,1 vs. 1,9 %, HR 1,70, p < 0,001). Det var ingen signifikant forskjell i intrakraniell eller fatal blødning.

a. Anbefales ikke til pasienter med CrCl < 15 ml/min; brukes med forsiktighet hos pasienter med CrCl 15–29 ml/min og hos pasienter med CrCl 30–49 ml/min som samtidig behandles med andre legemidler som øker plasmakonsentrasjonen av rivaroksaban.

Referanse: 1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, *et al*. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

Xarelto® rivaroksaban

L.NO.MKT.09.2018.2352 XARN0107

Xarelto «Bayer AG»
C **Antitrombotisk middel, faktor Xa-hemmer.** ATC-nr.: B01A F01

T **TABLETTER, filmdrasjerte *2,5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg:*** *Hver tablett inneh.:* Rivaroksaban 2,5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: 2,5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg, 15 mg og 20 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner: *2,5 mg:*** Administrert sammen med acetylsalisylsyre (ASA) alene, eller sammen med ASA og klopidogrel eller tiklopidin, indisert til forebygging av aterotrombotiske hendelser hos voksne etter hendelser med akutt koronarsyndrom med forhøyede verdier av biomarkører for hjertet. Administrert sammen med ASA, indisert til forebygging av aterotrombotiske hendelser hos voksne med koronarsykdom eller symptomatisk perifer karsykdom ved høy risiko for iskemiske hendelser. ***10 mg:*** Forebygging av venøs tromboembolisme (VTE) hos voksne som gjennomgår elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi. Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne. For LE-pasienter som er hemodynamisk ustabile, se Forsiktighetsregler. ***15 mg og 20 mg:*** Forebygging av slag og systemisk emboli hos voksne med ikke-klaffeassosiert atrieflimmer med én eller flere risikofaktorer, slik som kongestiv hjertesvikt, hypertensjon, alder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidligere slag eller forbigående iskemisk anfall. Behandling av DVT og LE, og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne. For LE-pasienter som er hemodynamisk ustabile, se Forsiktighetsregler. **Dosering: *Forebygging av aterotrombotiske hendelser etter akutt koronarsyndrom:*** 2,5 mg 2 ganger daglig. I tillegg skal det tas 1 daglig dose med 75–100 mg ASA, eller 1 daglig dose med 75–100 mg ASA i tillegg til enten 1 daglig klopidogreldose på 75 mg eller 1 standard daglig tiklopidindose. Behandling bør evalueres regelmessig, og risiko for iskemiske hendelser veies opp mot blødningsrisiko. Forlengelse av behandling > 12 måneder tilpasses individuelt, da erfaring < 24 måneder er begrenset. Behandlingsoppstart så snart som mulig etter stabilisering av hendelsen med akutt koronarsyndrom (inkl. revaskularisering sprosedyrer), men tidligst 24 timer etter ankomst på sykehus og på tidspunktet parenteral antikoaguleringsterapi normalt seponeres. Ved akutt trombotisk hendelse/vaskulær prosedyre og behov for dobbel platehemmende behandling bør fortsatt behandling med 2,5 mg 2 ganger daglig vurderes, avhengig av type hendelse/prosedyre og platehemmende regime. *Glemt dose:* Vanlig dose tas som anbefalt ved neste fastsatte tidspunkt. Det skal ikke tas dobbel dose som erstatning for glemt dose. ***Forebygging av aterotrombotiske hendelser ved koronarsykdom eller symptomatisk perifer karsykdom:*** 2,5 mg 2 ganger daglig. I tillegg skal det tas 1 daglig dose med 75–100 mg ASA. Behandlingsvarighet bestemmes individuelt ut fra regelmessige →

Spørreundersøkelse – Sykehuslegers arbeidsforhold 2018

DEN NORSKE LEGEFORENING

Hva er vitsen med arbeidsmiljøundersøkelser?

» Av Arne Laudal Refsum, overlege, medlem av redaksjonskomitéen

Legeforeningen har fått firmaet Rambøll til å gjennomføre en omfattende arbeidsmiljøundersøkelse i norske sykehus. Alle sykehusleger fikk tilsendt undersøkelsen, og 42 % svarte.

Rambøll har stor erfaring med slike undersøkelser fra andre sektorer i samfunnet, og ved å sette oppdraget ut til et anerkjent eksternt firma, er vel håpet at resultatene skal vurderes som riktige og oppriktige, og ikke avfeies med at det er Legeforeningen selv som har utført undersøkelsen.

Bare det sier noe. Det sier mye. Det er ikke lenger slik at en fagforening som Legeforeningen, med nær 100% av legene som medlemmer kan gjøre slike undersøkelser, og bli trodd på, og bli lyttet til. Derfor må vi bruke medlemmenes penger til å hyre inn et eksternt firma til å gjøre undersøkelsen.

Det har også vært gjennomført en undersøkelse i regi av arbeidsgiver på sykehusene i Norge. Legeforeningen har vært representert i referansegruppen for den såkalte Forbedringsundersøkelsen. De nasjonale tallene foreligger ikke enda, men er det noen som egentlig tror at det kommer til å føre til noen endring?

Hva er vitsen?, spurte jeg en gang i sykehusets ledergruppe.

«De ansatte kommer til å svare at de har for stor arbeidsbelastning, de har det for travelt, og de har ikke mulighet til å styre eller påvirke hverdagen sin. Og da sitter vi lederne der, med en forpliktelse til å følge opp resultatene. Vi skal finne punkter til forbedring (meget lett), gjennomføre forbedringen (vanskelig eller umulig). For de ansatte er det nærmest en hån å bli spurt hvert annet år om det samme, rapportere de samme problemene, og så skjer det ingen ting.» Eierne, dvs foretakene, departementet og regjeringen må forplikte seg til å ta resultatet av disse undersøkelsene på alvor, dersom det skal være noen vits.

Vi presenterer her noen hovedpunkter fra undersøkelsen, du finner hele på Overlegeforeningens nettsider. Videre har vi en rekke artikler som omtaler undersøkelsen, slik at vi forhåpentligvis kan gi deg som leser et grundig bilde av hvordan arbeidsmiljøet ditt vurderes. Av andre kloke mennesker.

Så må vi forvente, og våre tillitsvalgte forlange at dette følges seriøst opp, og ikke bare er en pliktøvelse.

Se Overlegen nr. 4-2013
Tema: Arbeidsmiljø

OM SPØRREUNDERSØKELSEN

Målgruppen for undersøkelsen er sykehusleger i alle helseforetakene, samt Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og Martina Hansens Hospital.

Totalt ble 14.070 sykehusleger invitert til å delta i undersøkelsen. Undersøkelsen ble distribuert på e-post og besvart via web-skjema.

For at resultatene skal gjenspeile et representativt utvalg, er de vektet etter kjønn, helseforetak og medlemskap i Yngre legers forening og Overlegeforeningen.

SPØRREUNDERSØKELSEN

Svarprosent: 42 %

Antall svar: 5 856

Periode: 22.2.18 – 14.3.18

Skala: Spørsmålene er besvart via en fempunkts likertskala, fra «1- helt uenig» til «5- helt enig». I rapporten er alle resultat presentert på denne fempunktsskalaen.

DEMOGRAFI

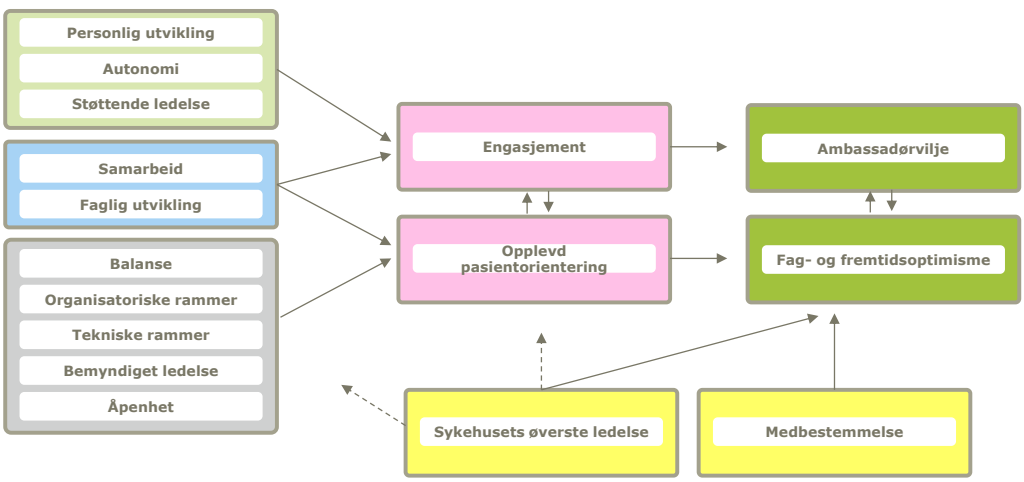
Kvinner:	3 122 (53 %)
Menn:	2 734 (47 %)
Of:	3 012 (51 %)
Ylf:	2 844 (49 %)
30 år og yngre:	543
31 – 40 år:	2 260
41 – 50 år:	1 414
51 – 60 år:	979
Over 60 år:	660

BARE 25%
av legene vil anbefale egne barn å bli lege

Her publiseres utdrag av undersøkelsen.
Fullstendig versjon av undersøkelsen finner du her:
https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/

Innholdet i undersøkelsen bygger på en modell som både har et teoretisk og empirisk grunnlag for hva som påvirker medarbeideres engasjement, trivsel og opplevde rammer for å løse oppgavene godt. Det er gjort tilpasninger av modellen i samarbeid ned Legeforeningen.

Modellen viser hvordan de ulike faktorene i undersøkelsen henger sammen.



STOR VARIASJON PÅ TVERS AV TEMATIKK

De ulike faktorene/temaene i undersøkelsen har relativ stor resultatmessig spredning.

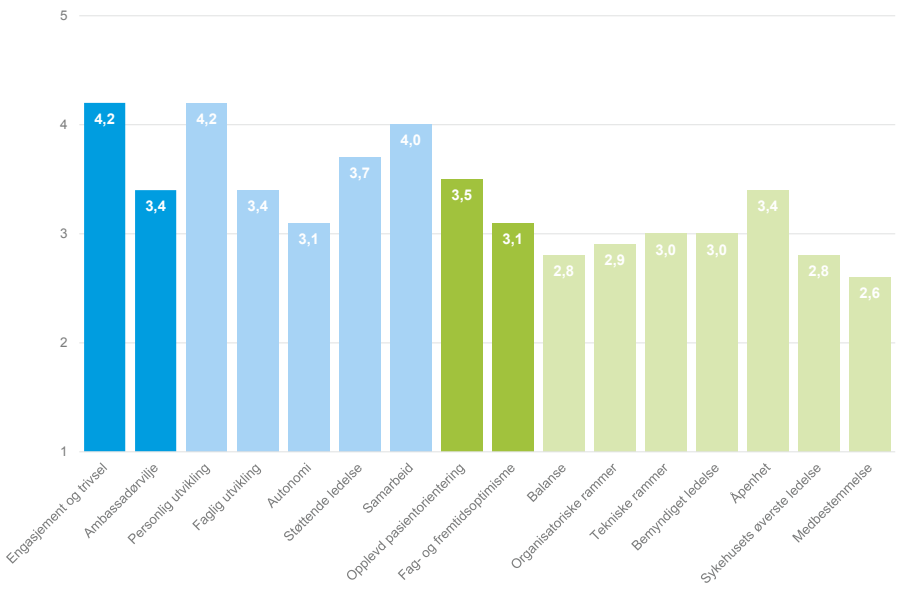
Norske sykehusleger svarer gjennomgående høyt på spørsmål om engasjement for jobben sin.

De beskriver de lokale samarbeidsrelasjonene som gode. Arbeidsoppgavene er faglig utfordrende og de får i stor grad brukt sin kompetanse i jobben.

Sykehuslegene vurderer graden av medbestemmelse som lav. Arbeidsbelastningen beskrives som høy, og jobb-fritidsbalansen er relativ lav.

Sykehuslegene har også en relativ negativ svarstil knyttet til hvordan sykehusledelsen driver sykehuset.

RESULTAT PÅ FAKTORENE I UNDERSØKELSEN



De 10 spørsmålene som legene skårer høyest og lavest

ENGASJERENDE OG UTVIKLENDE ARBEIDSHVERDAG

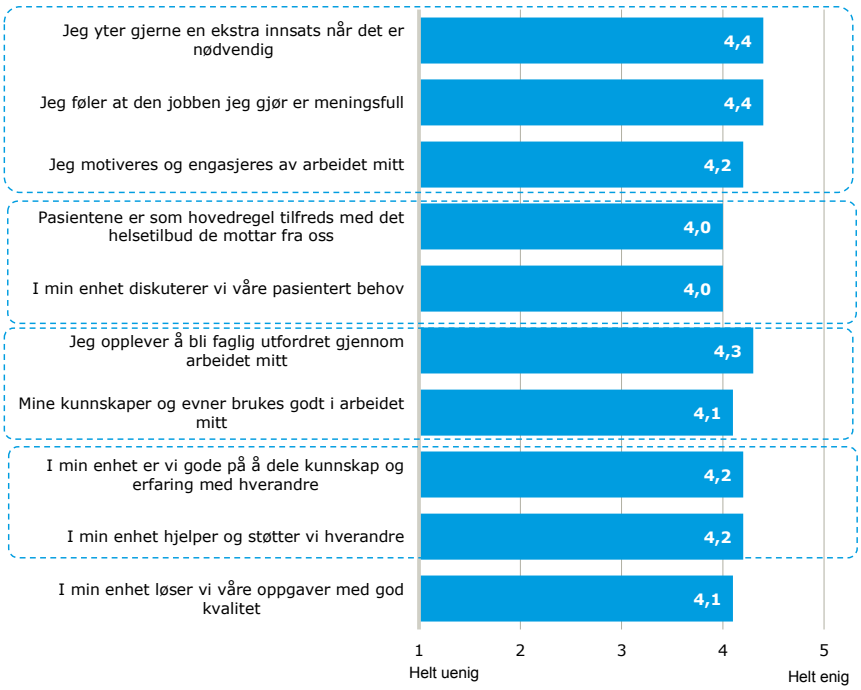
Sykehuslegene svarer gjennomgående positivt på hvorvidt arbeidsoppgavene er motiverende og meningsfulle.

Legene vurderer at de i stor utstrekning diskuterer pasientenes behov, at pasientene er tilfredse med helsetilbudet og at oppgaver løses med god kvalitet.

Arbeidshverdagen preges av faglige utfordringer, samt at kunnskaper og evner brukes godt i arbeidet.

På spørsmål om deling av kunnskap og erfaringer, samt tilgang på hjelp og støtte i hverdagen, svarer legene gjennomgående positivt.

DE 10 SPØRSMÅL SOM VURDERES HØYEST



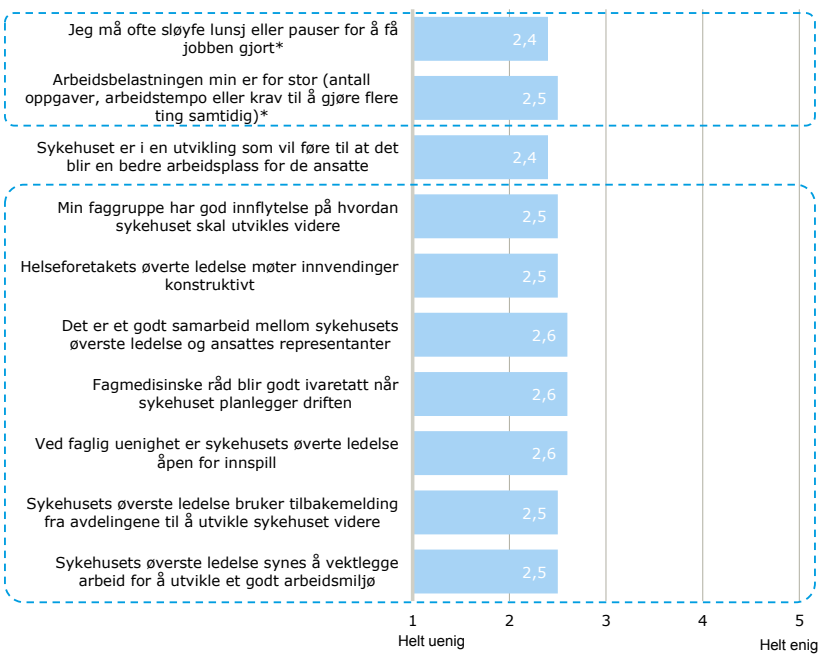
STOR ARBEIDSBELASTNING OG LITEN MEDVIRKNING

Sykehuslegenes svar indikerer en stor arbeidsbelastning i hverdagen. Mange bekrefter at de ofte må sløyfe lunsj eller pause for å få jobben gjort.

Mange av spørsmålene knyttet til samhandling med sykehusets øverste ledelse, kommer ut med lave resultater. Spesielt spørsmål knyttet til fagmedisinsk dialog, samt sykehusledelsens åpenhet i forhold til tilbakemeldinger og råd vurderes negativt.

Mange leger opplever ikke at sykehuset er i en utvikling som fører til at det blir en bedre arbeidsplass. De vurderer også at sykehusledelsen i mindre grad vektlegge utviklingen av et godt arbeidsmiljø.

DE 10 SPØRSMÅL SOM VURDERES LAVEST



* Spørsmålet er snudd: Enkelte av spørsmålene i undersøkelsen har en negativ valør. I rapporteringen av resultatene er scoren reversert, slik at en høyere score skal fortolkes som et gunstig resultat, tilsvarende øvrige utsagn.

SYKEHUSLEGENE OPPLEVER VESENTLIG MINDRE AUTONOMI OG BALANSE ENN ANDRE NORSKE ARBEIDSTAGERE

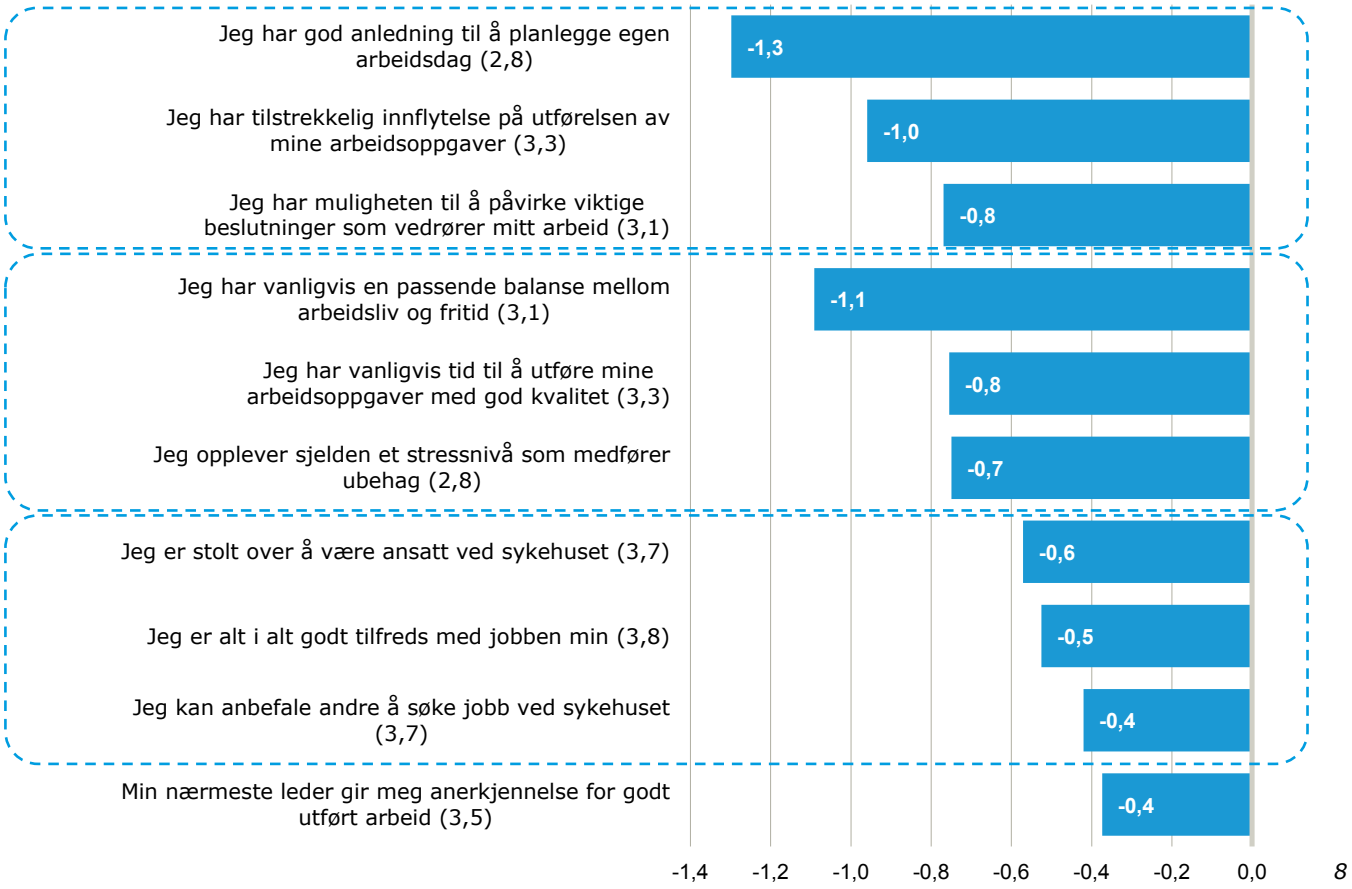
Autonomi: Sykehuslegene opplever mindre anledning til å påvirke egen arbeidssituasjon enn gjennomsnittet av norske arbeidstagere. Normalt svarer kompetansemedarbeidere høyere på denne type tematikk, og i lys av dette må disse resultatene anses som lave.

Balanse: Legene rapporterer høyere arbeidspress enn gjennomsnitt av norsk arbeidsliv. Spesielt rapporterer de lavere jobb-fritidsbalanse. Noe av denne effekten kan sannsynligvis tilskrives vaktordning, men dersom vi korrigerer for dette er fortsatt resultatene lave.

Stolthet/tilfredshet/ambassadørskap: Sykehuslegene er gjennomgående mindre stolte over å jobbe ved sykehuset, sammenlignet med andre arbeidstageres stolthet og ambassadørvilje ovenfor sin virksomhet.

**Norsk referanseundersøkelse blant representativt utvalg av yrkesaktive norske arbeidstakere*

DE 10 SPØRSMÅL MED STØRST FORSKJELL MOT NORSK ARBEIDSLIV*

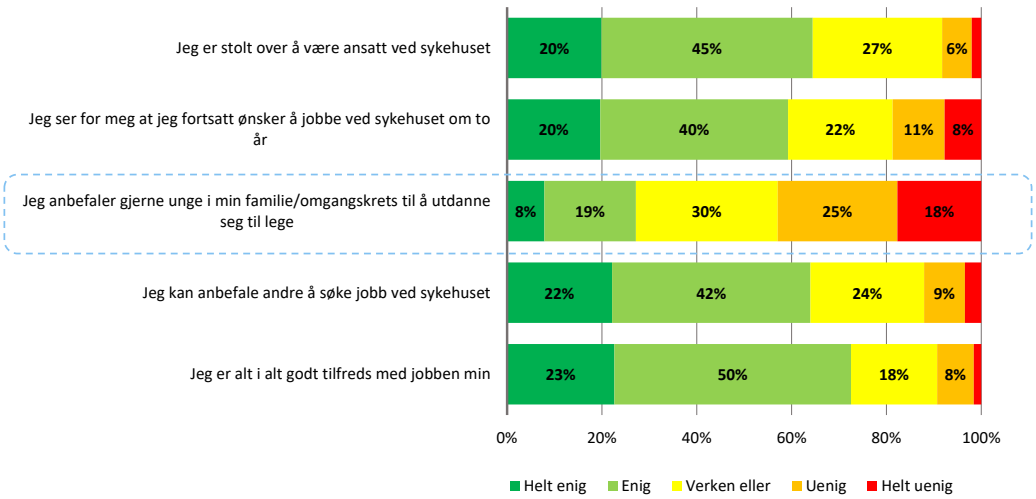


LITEN VILJE TIL Å ANBEFALE LEGEYRKET

Majoriteten av sykehuslegene rapporterer stolthet over å være ansatt ved sykehuset, samt at de kan anbefale andre å søke jobb ved samme sykehus.

Samtidig svarer kun hver fjerde lege at de vil anbefale unge i sin familie/omgangskrets å utdanne seg til lege. Hele 43% svarer «uenig» eller «helt uenig» på påstanden om at de er villige til å anbefale yrket.

GENERELLE SPØRSMÅL OM IDENTIFISERING MED JOBBEN/YRKET

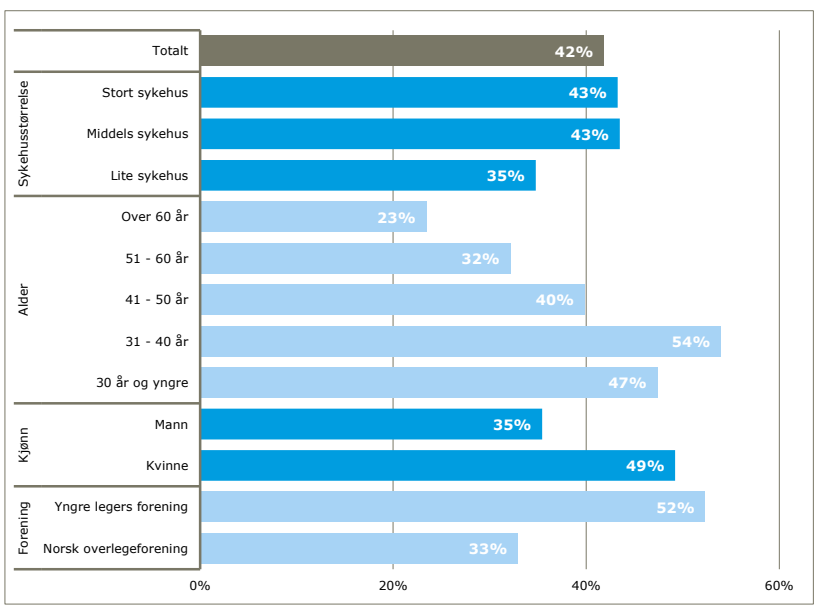


YNGRE LEGER ER MINDRE VILLIGE TIL Å ANBEFALE YRKET

Yngre sykehusleger er i langt mindre grad villige til å anbefale legeyrket, sammenlignet med eldre leger. Det er også langt flere kvinner som svarer negativt på spørsmålet, sammenlignet med menn. I tillegg er leger ansatt ved middels og store sykehus mer tilbøyelig til ikke å anbefale legeyrket, sammenlignet med sine kollegaer ved små sykehus.

Sykehusstørrelse er kategorisert etter opptaksområde:
Lite sykehus: mindre en 50 000
Middels sykehus:
mellom 50 000 og 150 000
Stort sykehus: mer enn 150 000

ANDELEN SOM HAR SVART «UENIG», OG «HELT UENIG» PÅ SPØRSMÅLET «JEG ANBEFALER GJERNE UNGE I MIN FAMILIE/OMGANGSKRETS TIL Å UTDANNE SEG TIL LEGE».



FÆRRE ENN HVER TREDJE SYKEHUSLEGE MENER SYKEHUSET ER I UTVIKLING SOM FØRER TIL BEDRE PASIENTFORLØP

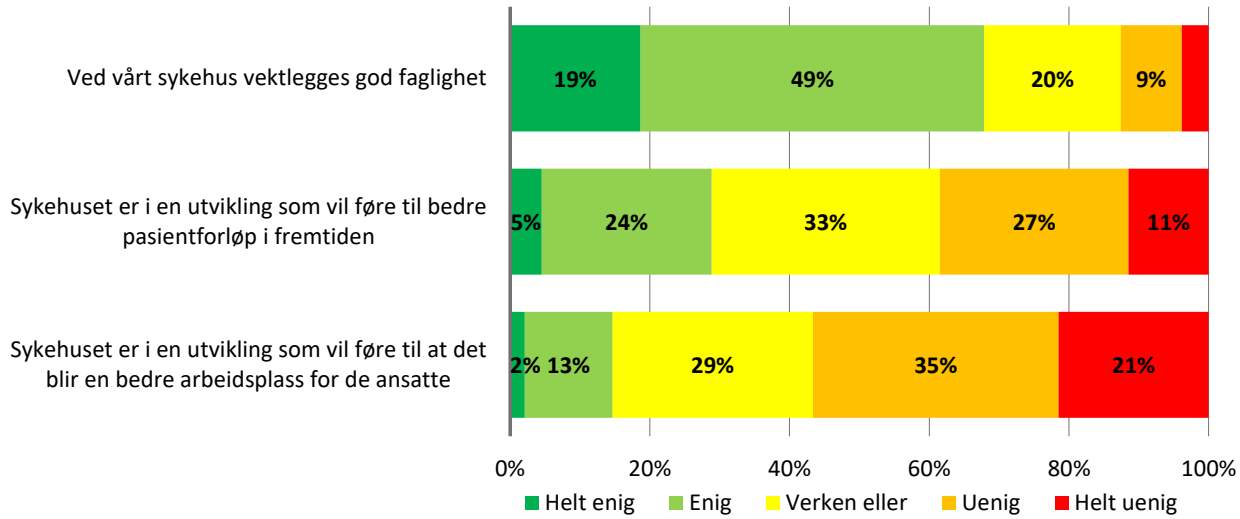
Det ser ut til å være lite optimisme knyttet til utviklingen ved sykehusene. Kun 29 % av legene mener sykehuset er i en utvikling som vil føre til bedre pasientforløp i fremtiden. Tilsvarende mener kun 15 % av legene at utviklingen vil føre til at sykehuset blir en bedre arbeidsplass.

Resultatene er mer positive knyttet til hvorvidt sykehuset vektlegger god faglighet. Her er 68 % enige i påstanden.

Drivere

Noen tema i undersøkelsen er spesielt viktig for «fag- og fremtidsoptimisme». Dette gjelder blant annet «sykehusets øverste ledelse», «medbestemmelse» og «opplevd pasientforløp» (se modell side 4). Dette er altså forhold som har en viktig innvirkning på hvorvidt legene er optimistiske med tanke på fremtiden.

SPØRSMÅL OM FAG- OG FREMTIDSOPTIMISME

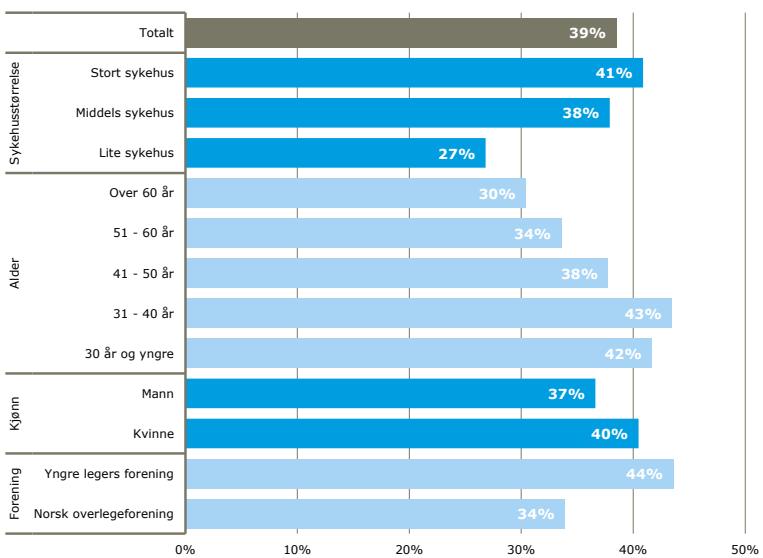


ANDELEN SOM HAR SVART «UENIG», OG «HELT UENIG» PÅ SPØRSMÅLET «SYKEHUSET ER I EN UTVIKLING SOM VIL FØRE TIL BEDRE PASIENTFORLØP I FREMTIDEN».

LEGER VED STORE OG MELLOMSTORE SYKEHUS, SAMT YNGRE LEGER ER MEST NEGATIVE TIL UTVIKLINGEN

Det er stor forskjell på tvers av bakgrunnsvariabler når det gjelder hvorvidt man er optimistiske til hvorvidt sykehusets utvikling vil føre til et bedre pasientforløp i fremtiden.

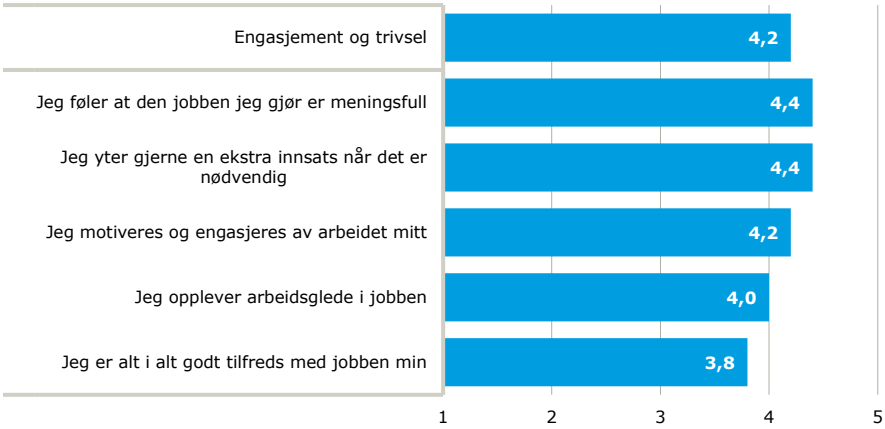
Leger ved små sykehus er i mindre grad negative til utviklingen. Vi ser også en tydelig tendens knyttet til alder, hvor yngre leger er mindre optimistiske med tanke på fremtiden.



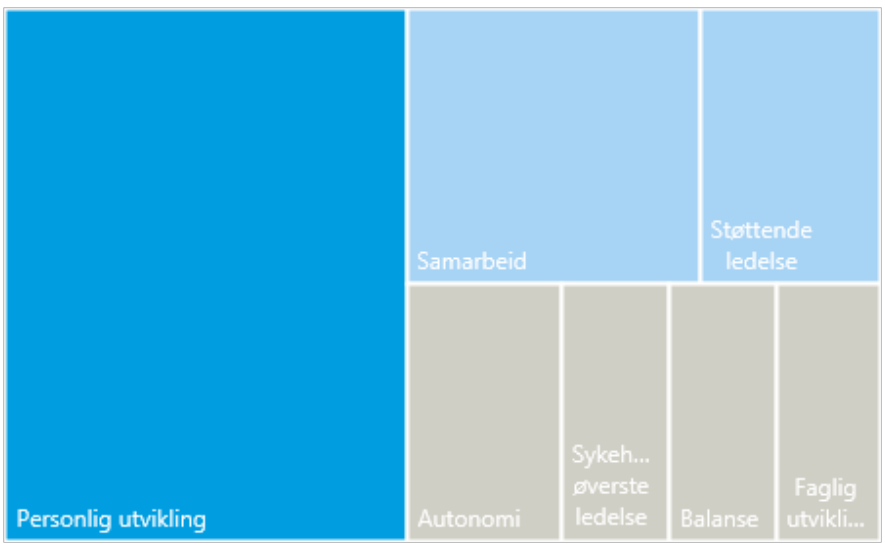
ENGASJEMENT – UTVIKLING OG RELASJONER ER VIKTIGE DRIVERE

Faktoren «Engasjement og trivsel» kartlegger opplevelse av arbeidsglede og positiv energi knyttet til arbeidsoppgavene. Faktoren omfatter også hvorvidt arbeidet oppleves meningsfullt, samt en selvrapportert vilje til ekstra innsats.

Sykehuslegene svarer gjennomgående positivt på disse delspørsmålene som kartlegger engasjement og trivsel i jobben.



Når vi ser på hvilke forhold som henger sammen med «Engasjement og trivsel» ser vi at mulighetene til personlig utvikling i jobben er spesielt viktig. Gode samarbeidsrelasjoner og støttende ledelse er to andre viktige forhold som er sterkt knyttet til grad av «Engasjement og trivsel»

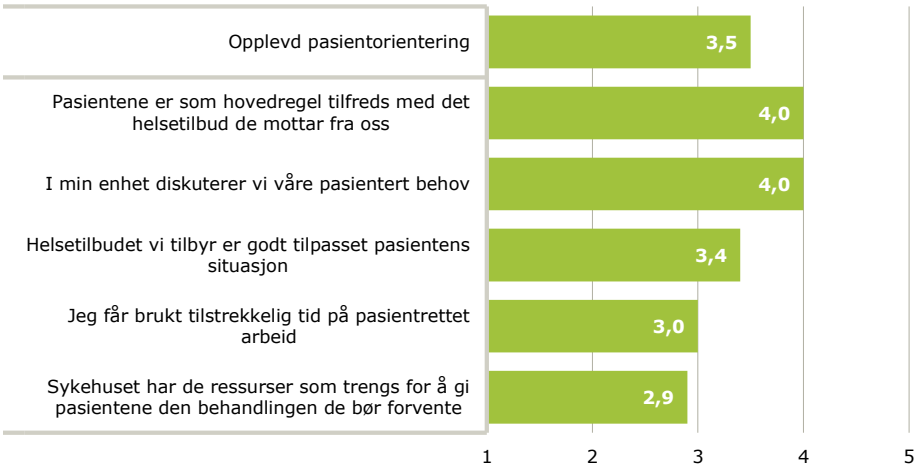


Figuren viser styrken på den relative sammenhengen mellom den aktuelle faktor og «Engasjement og trivsel»

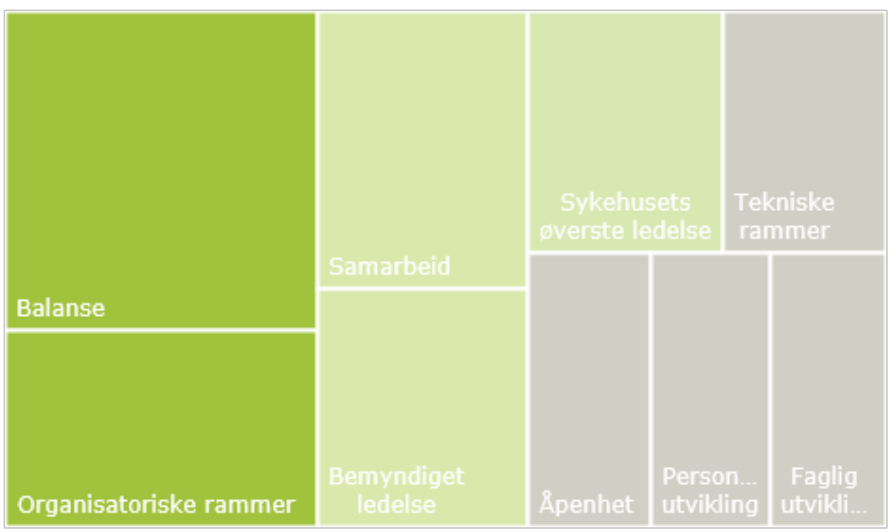
PASIENTORIENTERING – HENGER STERKT SAMMEN MED GUNSTIG ARBEIDSBELASTNING

Faktoren «opplevd pasientorientering» kartlegger hvorvidt sykehuslegene opplever at det gis et helsetilbud tilpasset pasientens sitasjon, og om pasientens behov er i fokus gjennom de prioriteringer som gjøres.

Legene rapporterer at pasientene i stor grad er tilfredse med helsetilbudet de mottar, samt at det lokalt diskuteres hva som er pasientenes behov. På den andre siden opplever de ikke at de får benyttet tilstrekkelig tid på pasientrettet arbeid, eller at sykehuset har ressurser på å gi en behandling som burde forventes.

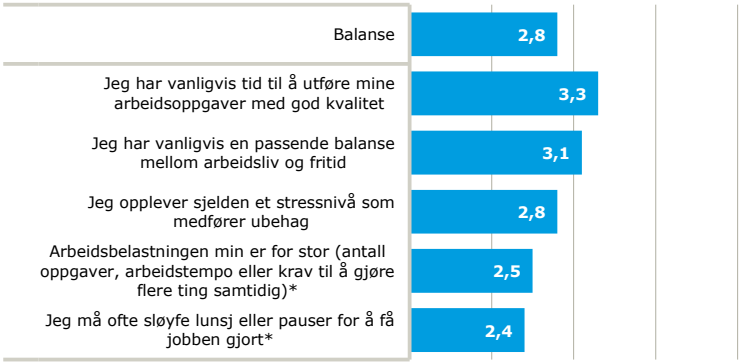


Når vi ser på hvilke forhold som henger sammen med «Opplevd pasientorientering» ser vi at legenes opplevde balanse er en viktig variabel. Leger som rapporterer høyt arbeidspress har gjennomgående mer negativ opplevelse av pasientorienteringen. Organisatoriske rammer gjennom gode støttefunksjoner og god organisering har samme tendens til å henge sammen med god pasientorientering. Samarbeid, en lokal bemyndiget ledelse, samt legenes syn på sykehusets øverste ledelse har også en sterk forklaringskraft på hvordan pasientorienteringen oppleves.



Figuren viser styrken på den relative sammenhengen mellom den aktuelle faktor og «opplevd pasientorientering»

Balanse



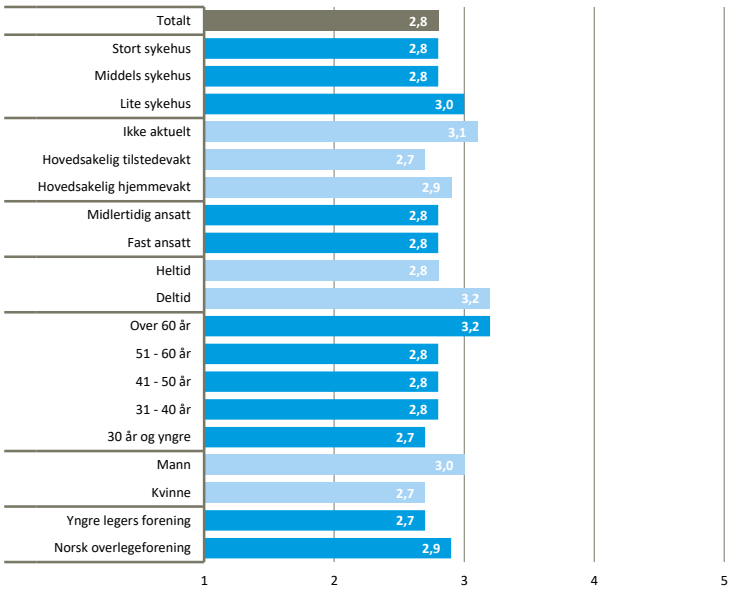
STOR VARIASJON I «BALANSE» PÅ TVERS AV BAKGRUNNSVARIABLER

Balanse er blant de lavest vurderte forholdene i undersøkelsen, og vi finner en rekke forskjeller på tvers av bakgrunnsvariabler.

Det er noe variasjon i balanse på tvers av sykehusstørrelse og vaktordning. Det er imidlertid ingen forskjell mellom ansatte i midlertidige og faste stillinger.

Vi finner de største forskjellene på tvers av alder og hvorvidt man jobber heltid eller deltid. Deltidsansatte har vesentlig høyere balanse, og det samme gjelder leger over 60 år. Menn har høyere balanse enn kvinner.

«BALANSE» FORDELT PÅ BAKGRUNNSVARIABLER

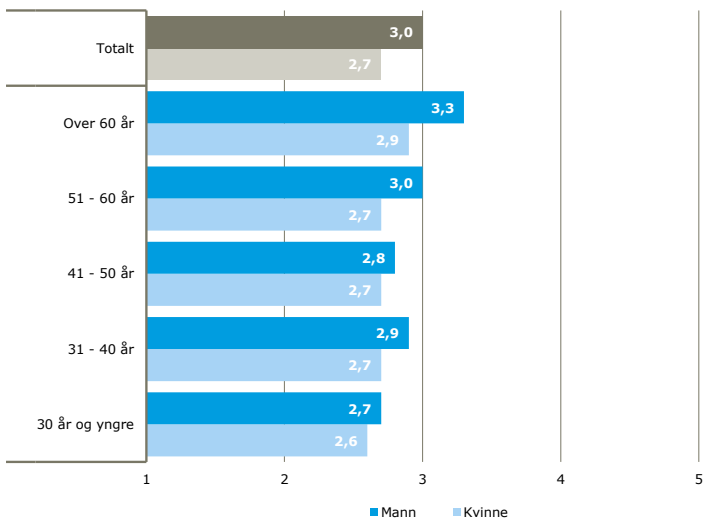


KJØNNSFORSKJELLENE I «BALANSE» ER STØRRE HOS ELDRE ENN YNGRE LEGER

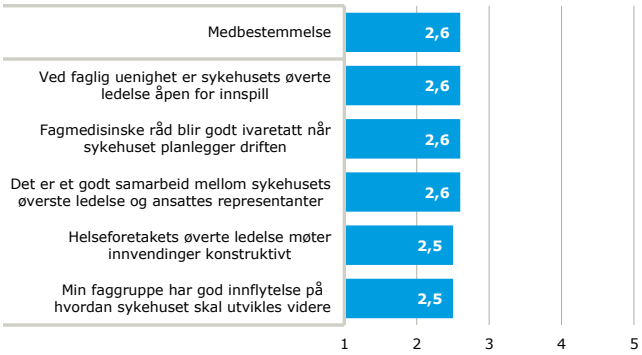
Vi har tidligere sett at balansen er høyere hos menn enn kvinner, og at de eldste sykehuslegene har best balanse. Vi har også sett at variasjonen er større på tvers av alder enn kjønn.

Når vi ser på kombinasjonen av kjønn og alder ser vi at kjønnsforskjellen er vesentlig større hos eldre leger enn hos yngre sykehusleger.

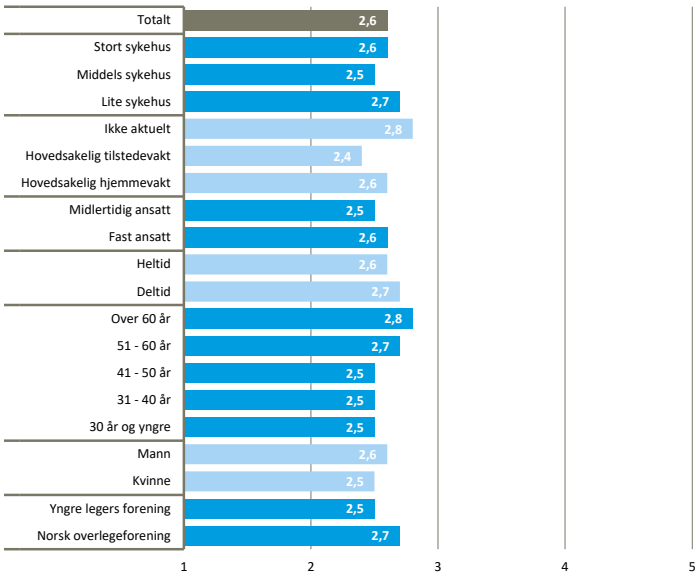
«BALANSE» FORDELT PÅ KJØNN OG ALDER



Medbestemmelse



«MEDBESTEMMELSE» FORDELT PÅ BAKGRUNNSVARIABLER



MEDBESTEMMELSE KOMMER GJENNOMGÅENDE LAVT UT – YNGRE LEGER VURDERER FORHOLDET MEST NEGATIVT

Det er i hovedsak liten variasjon i hvorvidt man opplever å ha medbestemmelsesmuligheter på tvers av bakgrunnsvariabler. Unntaket er alder, hvor de eldste opplever å ha bedre medbestemmelsesmuligheter. Gruppen som ikke har vaktordning vurderer også forholdet høyere.

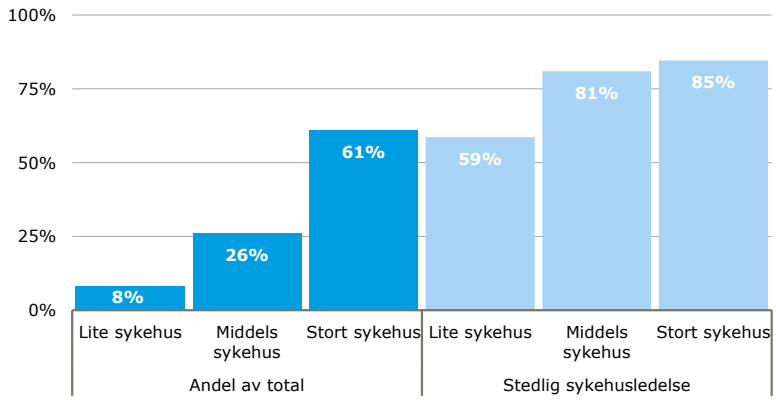
LEGER VED SMÅ SYKEHUS OPPLEVER STØRRE GRAD AV ÅPENHET OG PÅVIRKNINGSMULIGHETER

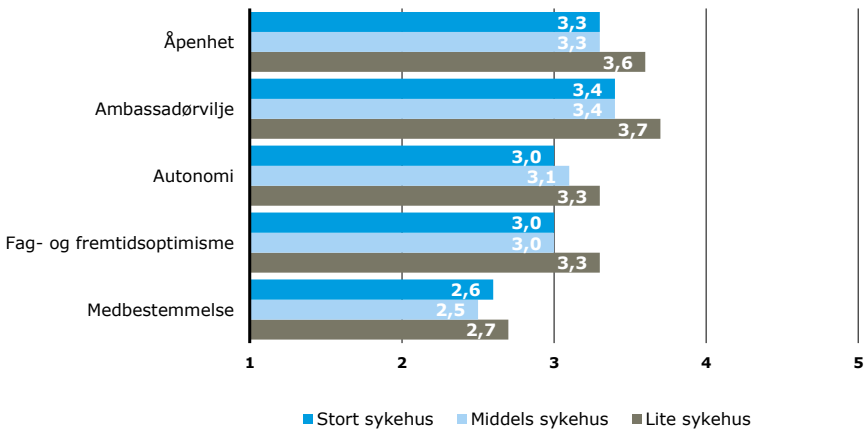
Mer enn 6 av 10 leger arbeider ved store sykehus, mens kun 8 % av legene arbeider ved det som er kategorisert som små sykehus. Det er sjeldnere stedlig sykehusledelse ved de små sykehusene.

Sykehusstørrelse er kategorisert etter opptaksområde:
Lite sykehus: mindre en 50 000
Middels sykehus:
mellom 50 000 og 150 000
Stort sykehus: mer enn 150 000

Leger som arbeider ved små sykehus vurderer en rekke forhold ved jobben som bedre enn leger ved middels og store sykehus. Under vises de fem forhold hvor forskjellen er størst.

Åpenheten og muligheten til å påvirke både egen arbeidshverdag og hvordan sykehuset drives (autonomi og medbestemmelse), vurderes høyere ved de små sykehusene. Man er også mer positiv med tanke på sykehusets fremtid, samt mer villig til anbefale sykehuset og legeyrket til andre.



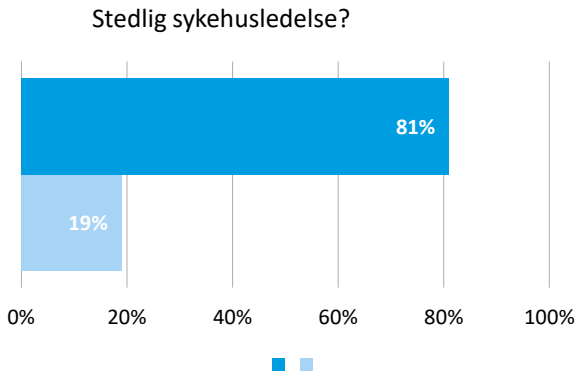


Ledelse

MER POSITIVE RESULTAT DER DET ER STEDLIG LEDELSE PÅ SYKEHUSET

Over 80% av sykehuslegene rapporterer at det er en stedlig sykehusledelse ved deres sykehus.

Der det fines en stedlig sykehusledelse er det langt mer positiv vurdering av spørsmålene knyttet til «Sykehusets øverste ledelse». Spørsmål knyttet til Medvirkning og Bemyndiget ledelse kommer også mer positiv ut her.

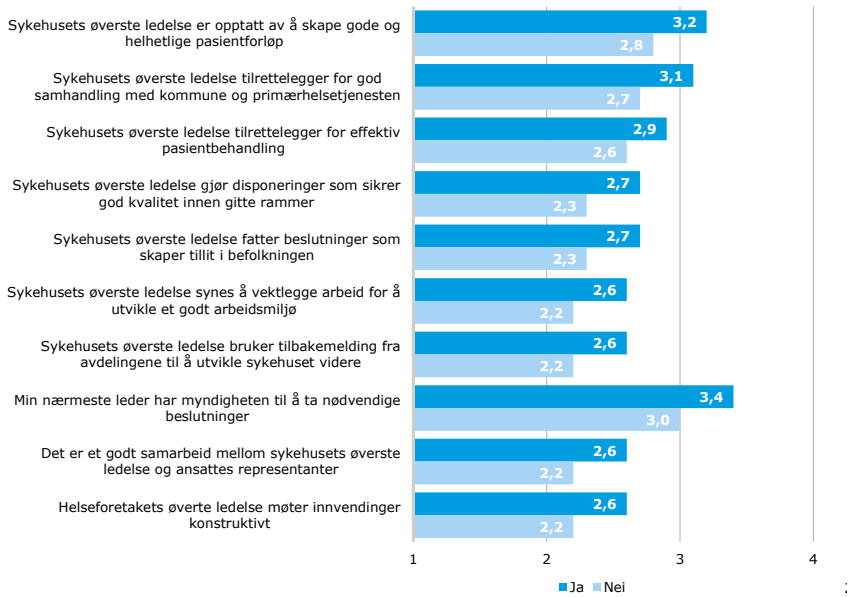


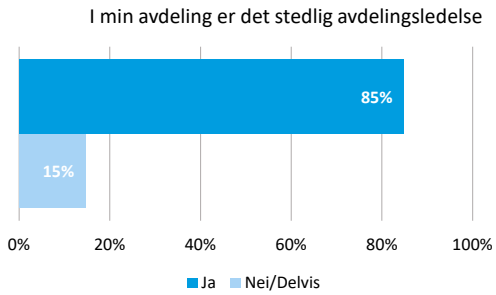
MER POSITIV VURDERING AV LOKAL LEDELSE DER DET ER STEDLIG LEDELSE I AVDELINGEN

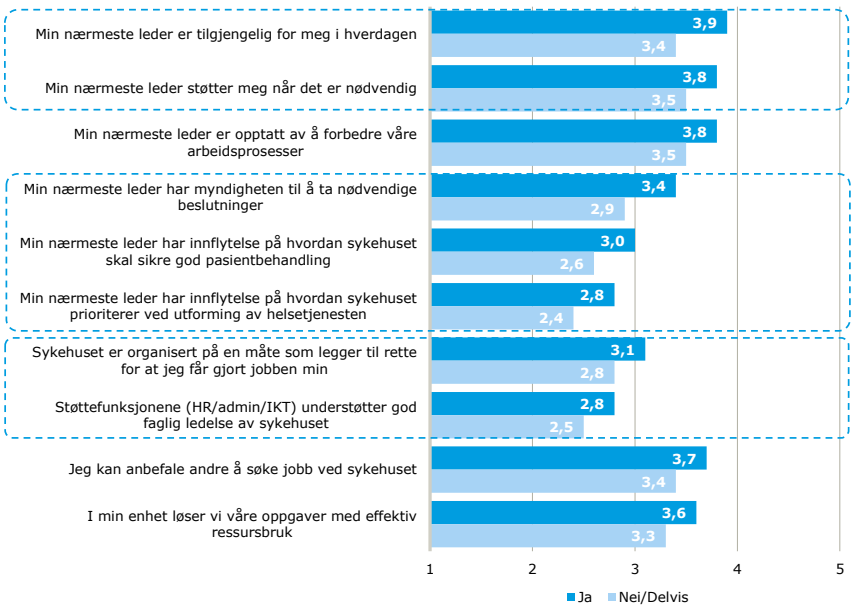
Hele 85% av legene svarer at de har en stedlig avdelingsledelse.

Sykehusleger som har en stedlig avdelingsleder svarer gjennomgående mer positivt på undersøkelsens tema. Spesielt gjelder dette tilgjengelighet og støtte, men også hvorvidt de opplever at avdelingsleder har anledning til å påvirke. Synet på organiseringen og støttefunksjoner vurderes også bedre.

STØRSTE FORSKJELLER MELLOM LEGER MED/UTEN STEDLIG SYKEHUSLEDELSE

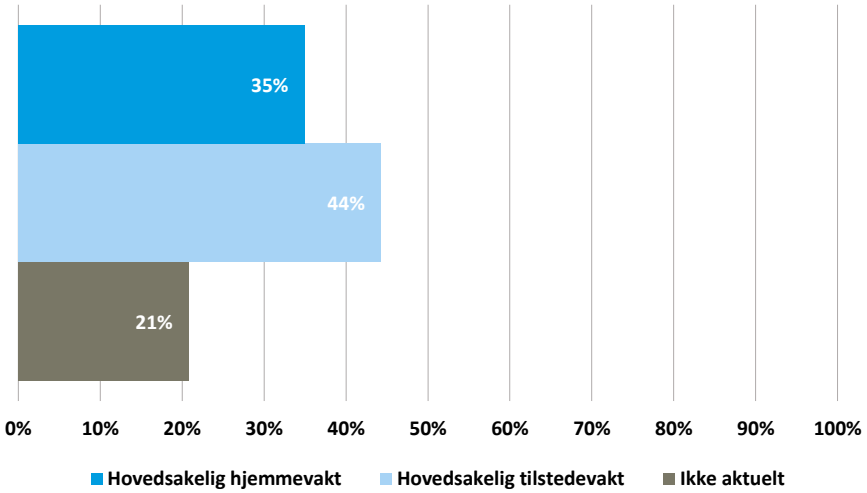






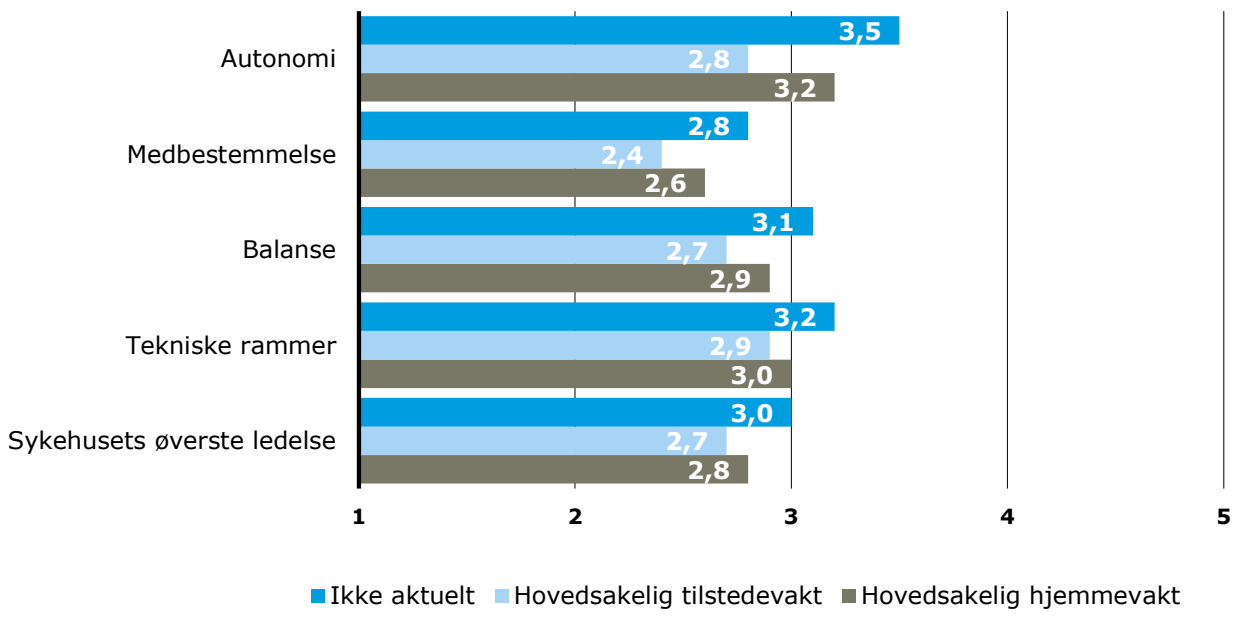
LEGER MED HJEMMEVAKT HAR STØRRE AUTONOMI OG MINDRE ARBEIDSPRESS

Hver tredje sykehuslege svarer at vedkommende hovedsakelig har hjemmevakt.



Leger som hovedsakelig har hjemmevakt opplever gjennomgående forholdene som mer positiv enn øvrige sykehusleger. Spesielt gjelder dette forhold knyttet til Autonomi, Medbestemmelse og Balanse.

Det er verd å merke seg at en vesentlig andel av de som har hjemmevakt er overleger, og tilstedevakt i størst grad innehas av yngre leger. Forskjellen i grad av autonomi og medbestemmelse kan derfor ikke uten videre tillegges vaktordning.



BENCHMARK

Sammenligning mot gjennomsnitt for norske arbeidstagere

	Legeforeningen		Benchmark
Jeg kan anbefale andre å søke jobb ved sykehuset	3,7	▼	4,1
Jeg har tilstrekkelig innflytelse på utførelsen av mine arbeidsoppgaver	3,3	▼	4,3
Jeg har god anledning til å planlegge egen arbeidsdag	2,8	▼	4,1
Jeg har muligheten til å påvirke viktige beslutninger som vedrører mitt arbeid	3,1	▼	3,9
Jeg har vanligvis en passende balanse mellom arbeidsliv og fritid	3,1	▼	4,2
Jeg har vanligvis tid til å utføre mine arbeidsoppgaver med god kvalitet	3,3	▼	4,1
Jeg opplever sjelden et stressnivå som medfører ubehag	2,8	▼	3,5
Jeg er stolt over å være ansatt ved sykehuset	3,7	▼	4,3
Jeg føler at den jobben jeg gjør er meningsfull	4,4	▼	4,5
Jeg motiveres og engasjeres av arbeidet mitt	4,2	▲	4,1
Jeg yter gjerne en ekstra innsats når det er nødvendig	4,4	▼	4,7
Jeg er alt i alt godt tilfreds med jobben min	3,8	▼	4,4
Jeg har mulighet til å utvikle meg i jobben min	4,0	●	4,0
Mine kunnskaper og evner brukes godt i arbeidet mitt	4,1	▼	4,3
Jeg opplever å bli faglig utfordret gjennom arbeidet mitt	4,3	▲	4,2
I min enhet hjelper og støtter vi hverandre	4,2	▼	4,3
I min enhet er vi gode på å dele kunnskap og erfaring med hverandre	4,2	●	4,2
I min enhet har vi en god dialog hvor alle trygt kan gi uttrykk for sine meninger	3,9	▼	4,1
Min nærmeste leder gir meg anerkjennelse for godt utført arbeid	3,5	▼	3,9
Min nærmeste leder støtter meg når det er nødvendig	3,8	▼	4,1
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg i hverdagen	3,8	▼	4,0
Min nærmeste leder er åpen og konstruktiv til nye ideer og forslag	3,6	▼	3,9
Min nærmeste leder er opptatt av å forbedre våre arbeidsprosesser	3,8	▼	4,0

Evangeliet etter Evang

– om hvordan legene ble en forlatt yrkesgruppe

Hvordan har vi endt med et helsevesen hvor de mest sentrale yrkesutøverne uttrykker så motstridende følelser om egen jobb?

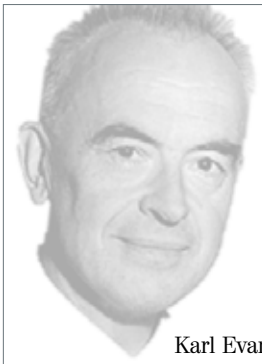
» Av Christian Grimsgaard, styremedlem Of

Legeforeningens undersøkelse av sykehuslegers opplevde arbeidskår dokumenterer at leger er glad i jobben sin, men at de opplever seg lite verdsatt og lite hørt. Det samlede inntrykket er at mange leger sitter med en slags opplevelse av å være forlatt, og mangler håp for en bedre framtid. De vil ikke råde andre til å velge å legge ut på den veien de selv har valgt. Det er sterk kost.

Legenes motsetningsfylte opplevelser speiler motsetninger i sykehusene. Konfliktlinjene har tydelige røtter i alle fall tilbake til 90-tallets utredninger om organisering av helsetjenestene. Disse utredningene ledet fram til reformene etter årtusenskiftet; først innføring av enhetlig ledelse, og dernest Foretaksreformen (2002).

Reformen om enhetlig ledelse ble gjennomført ved endring av bestemmelsene i Lov om spesialisthelsetjenester i 2001. Grunnlaget ble lagt i NOU 1997:2 Pasienten først! I ettertid er det lett å se varslene om de store endringene som skulle komme. Den gang de ble overskygget av debatten om leger eller sykepleiere skulle kunne styre i sykehusene. Men forslagene til endringer var av en mye mer inngripende art.

I oppsummeringen skriver utvalget at *«Det er utvalgets oppfatning at ledere i sykehus fremdeles i alt for liten grad har holdninger og adferd som reflekterer kjernen i det som lederskap dreier seg om»*. Lederne tenker feil, og handler feil. Etter utvalgets oppfatning handler ledelse om *«å ta ansvar for at enhetens mål og rammer er klarlagt, at det utvikles en felles erkjennelse for målene blant medarbeiderne, og for de resultater som da bør skapes, at resultatene følges opp slik man sikrer måloppnåelse»*.



Karl Evang

Fra faglig basert ledelse til management-ledelse

Tore Tønne

I denne perioden ble mål- og resultatstyring konsolidert som styringssystem i staten. Så når utvalget viser til «mål» og resultater, er det nettopp i en slik kontekst det må forstås; mål er mål fra eier, og rammer er budsjettrammene.

I realiteten argumenterte utvalget for en helt ny styring i sykehusene. Sektoren hadde vært styrt fra toppen med klassisk forvaltningsstyre, og med faglige styringshierarkier i sykehusene – vokst fram og konsolidert under Karl Evangs vern i hans mannsalder som helsedirektør (1938-1972). Nå var alt dette feil, både i tanke og handling, og et nytt styresett skulle inn – coorporate governance, eller managament-styring. Få år senere tok sosialøkonomen Tore Tønne over helsedepartementet, og fullførte reformasjonen med å omdanne sykehusene til statsforetak.

Der Evang fremmet fagstyre – med profeter som Hippokrates og Florence Nightingale – og med pasienten som viktigste referanseramme, stod Tønne for et management ideal, med New Labours Anthony Giddens og målstyringens far Peter Drucker som profeter. Og med kunden som referanseramme. Omvendelsene ble satt i system og understøttet av foretaksreform og nasjonalt topplederprogram. Der ble det prediket en helt ny trosretning for en kommende skare av sykehusledere.

På sett og vis lot det seg gjøre å skolere lederne etter et management-ideal, men motsetningene viskes ikke ut. Lederne – som selv måtte bytte trosretning – lyktes ikke med å omvende sine egne ansatte, og å «utvikle en felles forståelse for målene blant medarbeiderne». Tjue år etter Pasienten først! innvarslet en ny tid, går skillelinjene stadig like tydelig gjennom sykehusene – med to trosretninger og verdisett som lever side og side. De mange legene som stadig bekjenner seg til det Evangske evangelium kan nok oppleve seg fremmedgjort og forlatt – men uttrykker samtidig en opplevelse av sterkt samhold og tilhørighet. Blant sine.

PERJETA®
pertuzumab

NYHET!

1 ÅRS BEHANDLING MED PERJETA– BASERT REGIME
innen HER2-positiv tidlig brystkreft, uavhengig av tid for kirurgi (1)

MÅLET ER KURASJON.
MULIGHET FOR Å REDUSERE RISIKOEN HENNES YTTERLIGERE MED PERJETA (2)

FORSIKTIGHETSREGLER (1)

VENSTRE VENTRIKKEL DYSFUNKSJON (LVD)

(inkl. kongestiv hjertesvikt):

Reduksjon i LVEF er rapportert med legemidler som blokkerer HER2-aktivitet. LVEF kartlegges før oppstart med Perjeta og under behandling med Perjeta for å sikre at LVEF er innenfor normalen.

INFUSJONSREAKSJONER

Perjeta er forbundet med infusjonsreaksjoner. Pasienten bør observeres nøye under og i 60 minutter etter 1. infusjon, og under og i 30–60 minutter ved senere infusjoner. Pasienten skal vurderes og nøye overvåkes inntil alle observerte tegn og symptomer opphører. Legemidler og medisinsk nødutstyr for øyeblikkelig hjelp må være tilgjengelig.

FEBRIL NØYTROPENI

Pasienter behandlet med Perjeta, Herceptin (trastuzumab) og docetaksel har økt risiko for febril nøytropeni, spesielt under de første 3 behandlings-syklusene.

DIARÉ

Perjeta kan gi alvorlig diaré, og behandling av diaréen bør da igangsettes. Dersom tilstanden ikke bedres, bør seponering av Perjeta vurderes, inntil diaréen er under kontroll.

Perjeta «Roche»

C

Antineoplastisk middel, monoklonalt antistoff.

ATC-nr.: L01X C13

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, *oppløsning 420 mg:* *Hvert hetteglass inneh.:* Pertuzumab 420 mg, eddiksyre, L-histidin, sukrose, polysorbat 20, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: *Tidlig brystkreft:* Til bruk i kombinasjon med trastuzumab og kjemoterapi ved neoadjuvant behandling av voksne med HER2-positiv, lokalavansert, inflammatorisk eller tidlig stadium brystkreft med høy risiko for tilbakefall. Til bruk i kombinasjon med trastuzumab og kjemoterapi ved adjuvant behandling av voksne med HER2-positiv tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall (høy risiko definert som lymfeknute-positiv eller hormonreseptor-negativ sykdom). *Metastatisk brystkreft:* Til bruk i kombinasjon med trastuzumab og docetaksel hos voksne med HER2-positiv metastatisk eller lokalt tilbakevendende inoperabel brystkreft, som tidligere ikke har fått HER2-rettet behandling eller kjemoterapi for metastatisk sykdom.

Dosering

For bedre sporbarhet av biologiske legemidler, skal produktnavnet og batchnummer på administrert preparat tydelig registreres i pasientjournalen. Behandling bør bare igangsettes av lege med erfaring fra behandling med legemidler mot kreft. Bør administreres av helsepersonell som er forberedt på å håndtere anafylaksi, og gjenopplivningsutstyr bør være tilgjengelig. Pasienter som behandles med pertuzumab må ha HER2-positiv tumorstatus, definert som en score på 3+ ved immunohistokjemi (IHC) og/eller en ratio på ≥2,0 ved in situ hybridisering (ISH), fastslått med en validert test.

Start- og vedlikeholdsdose: Anbefalt startdose er 840 mg administrert som en 60 minutters i.v. infusjon, deretter etterfulgt hver 3. uke av en vedlikeholdsdose på 420 mg administrert over en periode på 30-60 minutter. En observasjonsperiode på 30-60 minutter anbefales etter avslutning av infusjonen og før ev. påfølgende infusjon med trastuzumab eller kjemoterapi. Ved administrering av trastuzumab sammen med pertuzumab, er det anbefalt å følge en 3-ukersplan med enten i.v. infusjon med en startdose av trastuzumab på 8 mg/kg kroppsvekt, deretter etterfulgt hver 3. uke av en vedlikeholdsdose på 6 mg/kg kroppsvekt, eller en fast s.c. dose med trastuzumab injeksjon (600 mg) hver 3. uke uavhengig av kroppsvekt. Pertuzumab og trastuzumab bør administreres før ev. taksan. Ved administrering av docetaksel sammen med pertuzumab, kan startdosen med docetaksel være 75 mg/m^2, for deretter å trappes opp til 100 mg/m^2, avhengig av doseringsregime og toleranse av startdosen. Alternativt kan docetaksel gis som 100 mg/m^2 hver 3. uke fra starten, avhengig av doseringsregime. Ved karboplatin-basert regime er anbefalt dose med docetaksel 75 mg/m^2 (uten doseøkning). Ved administrering av paklitaksel sammen med pertuzumab i adjuvant setting, er anbefalt dose med paklitaksel 80 mg/m^2 1 gang hver uke i 12 ukentlige sykluser. Ved antrasyklin-basert behandlingsregime bør pertuzumab og trastuzumab administreres etter at behandlingsregimet med antrasyklin er fullført. Metastatisk brystkreft: Behandling med pertuzumab og trastuzumab kan fortsette til sykdomsprogresjon eller uhåndterbar toksisitet selv om docetaksel avsluttes. Tidlig brystkreft: Som del av et komplett behandlingsregime for brystkreft i tidlig stadium bør pertuzumab i neoadjuvant setting administreres i 3-6 sykluser i kombinasjon med trastuzumab og kjemoterapi. Som del av et komplett behandlingsregime for tidlig brystkreft, uavhengig av tidspunkt for operasjon, bør pertuzumab i adjuvant setting administreres i kombinasjon med trastuzumab i totalt 1 år (opptil 18 sykluser eller inntil det som oppstår først av sykdomstilbakefall eller uhåndterbar toksisitet). Behandling bør omfatte standard antrasyklin- og/eller taksan-basert kjemoterapi. Pertuzumab og trastuzumab bør startes på dag 1 av den første syklusen som inneholder taksan, og bør fortsette selv om kjemoterapi avsluttes.

Forsinket eller uteglemt dose: Se anbefalinger i tabellen nedenfor.

Tid mellom to sekvensielle infusjoner	Pertuzumab	Trastuzumab	
		i.v.	s.c.
<6 uker	420 mg pertuzumab gis så snart som mulig. Ikke vent til neste planlagte dose. Gå deretter tilbake til opprinnelig tidsplan.	6 mg/kg trastuzumab gis i.v. så snart som mulig. Ikke vent til neste planlagte dose. Gå deretter tilbake til opprinnelig tidsplan.	600 mg trastuzumab bør gis s.c. så snart som mulig. Ikke vent til neste planlagte dose.
<6 uker	840 mg pertuzumab bør gis som en 60-minutters infusjon, etterfulgt av en vedlikeholdsdose på 420 mg i.v. hver 3. uke.	8 mg/kg trastuzumab bør gis i.v. over omtrent 90 minutter, etterfulgt av en vedlikeholdsdose på 6 mg/kg i.v. hver 3. uke	

Dosejustering: Dosereduksjon er ikke anbefalt. Pasienten kan fortsette behandlingen i perioder med reversibel, kjemoterapi-indusert myelosuppresjon, men bør kontrolleres nøye for nøytropenikomplikasjoner i denne tiden. Hvis behandling med trastuzumab seponeres, bør behandling med pertuzumab seponeres.

Venstre ventrikkel dysfunksjon: Pertuzumab og trastuzumab bør holdes tilbake i minst 3 uker ved tegn og symptomer som tyder på kongestiv hjertesvikt (pertuzumab bør seponeres hvis symptomatisk hjertesvikt er bekreftet). ***Metastatisk brystkreft:*** Pasienten bør ha venstre ventrikkels ejeksjonsfraksjon (LVEF) på ≥50% før behandling. Pertuzumab og trastuzumab bør holdes tilbake i minst 3 uker ved et fall i LVEF til <40% eller LVEF på 40-45% forbundet med et fall på ≥10%-poeng under verdien før behandling. Pertuzumab og trastuzumab kan gjenopptas hvis LVEF er gjenopprettet til >45% eller 40-45% forbundet med en forskjell på <10%-poeng under verdien før behandling. Tidlig brystkreft: Pasienter bør ha LVEF på ≥55% før behandling (≥50% etter fullføring av antrasyklin-komponenten av kjemoterapi, dersom det gis). Pertuzumab og trastuzumab bør holdes tilbake i minst 3 uker ved reduksjon i LVEF til <50% forbundet med et fall på ≥10%-poeng under verdien før behandling. Pertuzumab og trastuzumab kan gjenopptas hvis LVEF er gjenopprettet til ≥50% eller til en differanse på <10%-poeng under verdien før behandling.

Infusjonsreaksjoner: Infusjonshastigheten kan reduseres eller infusjonen avbrytes ved utvikling av infusjonsreaksjoner. Infusjonen kan gjenopptas når symptomene opphører. Vurder seponering ved alvorlige infusjonsreaksjoner. Behandling med oksygen, betaagonister, antihistaminer, hurtig i.v. væsketilførsel og antipyretika, kan dempe symptomene. Infusjonen bør avsluttes umiddelbart ved NCI-CTCAE grad 4-reaksjon (anafylaksi), bronkospasme eller ARDS.

Spesielle pasientgrupper: *Nedsatt leverfunksjon:* Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt. Ingen doseringsanbefalinger kan gis. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon. Ingen doseanbefaling kan gis ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, pga. begrensede kinetikkdata. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen relevant bruk ved indikasjonen brystkreft. *Eldre ≥65 år:* Ingen forskjeller i effekt og sikkerhet, med unntak av økt forekomst av diaré. Ingen dosejustering er nødvendig. Begrensede data for eldre >75 år.

Tilberedning/Håndtering: Preparatet inneholder ikke antimikrobielt konserveringsmiddel, og forsiktighet må derfor utvises for å sikre steriliteten av ferdig tilberedt infusjonsoppløsning. Bør tilberedes av helsepersonell. Kun til engangsbruk. Hetteglasset skal ikke ristes. 14 ml av konsentratet i hetteglasset skal trekkes opp og fortynnes i 250 ml natriumklorid 9 mg/ml (0,9%) infusjonsoppløsning i infusjonspose av PVC eller polyolefin. Etter fortynning skal 1 ml av oppløsningen inneholde pertuzumab ca. 3,02 mg (840 mg/278 ml) for startdosen (2 hetteglass er påkrevet), og pertuzumab ca. 1,59 mg (420 mg/264 ml) for vedlikeholdsdosen (1 hetteglass er påkrevet). Posen bør vendes forsiktig for å blande oppløsningen og unngå skumdannelse.

Administrering: Gis som i.v. infusjon. Skal ikke administreres som i.v. støtdose eller bolus. For startdosen er anbefalt infusjonsperiode på 60 minutter. Dersom startdosen tolereres godt, kan etterfølgende infusjoner administreres over en periode på 30-60 minutter.

Kontraindikasjoner

Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler

Testing av HER2: Må utføres ved spesiallaboratorium, for å sikre nøyaktige og reproduserbare resultater og sikre validering av testprosedyrene. *Venstre ventrikkeldysfunksjon (inkl. kongestiv hjertesvikt):* Reduksjon i LVEF er rapportert med legemidler som blokkerer HER2-aktivitet. Pasienter som tidligere har fått antrasykliner eller strålebehandling mot brystregionen kan ha høyere risiko for fall i LVEF. Forekomst av symptomatisk venstre ventrikkel systolisk dysfunksjon (kongestiv hjertesvikt) er høyere ved bruk av pertuzumab i kombinasjon med trastuzumab og kjemoterapi enn ved bruk av trastuzumab og kjemoterapi. *Bruk av pertuzumab er ikke undersøkt ved:* LVEF-verdi <50% før oppstart av behandling, tidligere hjertesvikt (CHF) i sykehistorien, fall i LVEF til <50% ved tidligere adjuvant behandling med trastuzumab, eller tilstander som kan svekke venstre ventrikkels funksjon (slik som dårlig kontrollert hypertensjon, nylig hjerteinfarkt, alvorlig behandlingskrevende hjertearytmi eller tidligere kumulativ eksponering for antrasykliner til >360 mg/m^2 doksorubicin eller ekvivalente doser av andre antrasykliner). LVEF kartlegges før oppstart med pertuzumab og regelmessig under behandling med pertuzumab (f.eks. 1 gang under neoadjuvant behandling og hver 12. uke ved adjuvant eller metastatisk setting) for å sikre at LVEF er innenfor normalen. Hjerterisiko skal vurderes nøye og balanseres mot det medisinske behovet til den enkelte pasient før bruk av Perjeta med et antrasyklin. Det kan forventes at risiko for hjertetoksisitet er høyere ved samtidig bruk enn ved sekvensiell bruk. Se Dosering. *Infusjonsreaksjoner:* Pertuzumab er forbundet med infusjonsreaksjoner. Pasienten bør observeres nøye under og i 60 minutter etter 1. infusjon, og under og i 30-60 minutter etter senere infusjoner. Pasienten skal vurderes og nøye overvåkes inntil alle observerte tegn og symptomer opphører. *Hypersensitivitetsreaksjoner/anafylaksi:* Pasienten bør overvåkes nøye. Seponeres permanent ved reaksjoner av NCI-CTCAE grad 4 (anafylaksi), bronkospasme eller ARDS. Legemidler og medisinsk nødutstyr for øyeblikkelig hjelp må være tilgjengelig. Se Dosering. *Febril nøytropeni:* Pasienter behandlet med pertuzumab, trastuzumab og docetaksel har økt risiko for febril nøytropeni, spesielt under de første 3 behandlingssyklusene. Høyere forekomst av febril nøytropeni er forbundet med høyere forekomst av mukositt og diaré hos disse pasientene. Symptomatisk behandling av mukositt og diaré bør vurderes. *Diaré:* Pertuzumab kan gi alvorlig diaré, og behandling av diaréen iht. standard praksis og retningslinjer bør da igangsettes. Tidlig intervensjon med loperamid, væske og elektrolytterstatning bør vurderes, særlig hos eldre og ved alvorlig eller langvarig diaré. Dersom tilstanden ikke bedres, bør det vurderes å avbryte behandling med pertuzumab, inntil diaréen er under kontroll. Diaré forekommer hyppigst ved samtidig administrering av taksan, og risikoen er større hos eldre ≥65 år.

Graviditet, amming og fertilitet

Graviditet: Begrensede data på bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet. Anbefales ikke ved graviditet og til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kvinner som kan bli gravide må bruke sikker prevensjon under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose.

Amming: Da humant IgG utskilles i morsmelk og potensialet for absorpsjon og skade på spedbarnet er ukjent, må en beslutning tas om ammingen eller behandlingen skal opphøre, basert på en avveining mellom fordelene ved amming for barnet og fordelene ved behandling for moren. *Fertilitet:* Det er ikke utført spesifikke fertilitetsstudier hos dyr. I toksisitetsstudier med gjentatt dosering hos cynomolgus-aper kunne ingen sikre konklusjoner trekkes vedrørende innvirkning på mannlige reproduksjonsorganer. Ingen skadelige effekter ble observert hos seksuelt modne hunndyr av cynomolgus-aper som ble eksponert for pertuzumab.

Bivirkninger

Pertuzumab i kombinasjon med trastuzumab og kjemoterapi: Svært vanlige (≥1/10): Blod/lymfe: Febril nøytropeni, nøytropeni, leukopeni, anemi. Gastrointestinale: Diaré, oppkast, stomatitt, kvalme, forstoppelse, dyspepsi, abdominalsmerte. *Hjerte/kar:* Hetetokter. Hud: Håravfall, utslett, negleforstyrrelser, kløe, tørr hud. Immunsystemet: Infusjonsreaksjon. Infeksiøse: Nasofaryngitt. *Luftveier:* Hoste, epistakse, dyspné. *Muskel-skjelettsystemet:* Myalgi, artralgi, smerter i ekstremitet. *Nevrologiske:* Perifer nevropati, hodepine, dysgeusi, perifer sensorisk nevropati, svimmelhet, parestesi. *Psykiske:* Søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. *Øye:* Økt tåreflom. *Øvrige:* Slimhinnebetennelse, perifert ødem, feber, fatigue, asteni. Vanlige (≥1/100 til <1/10): *Hjerte/kar:* Venstre ventrikkeldysfunksjon. *Immunsystemet:* Overfølsomhet, legemiddeloverfølsomhet. *Infeksiøse:* Paronyki, øvre luftveisinfeksjon. *Øvrige:* Frysninger, smerter, ødem. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): *Hjerte/kar:* Kongestiv hjertesvikt. *Immunsystemet:* Anafylaktisk reaksjon. *Luftveier:* Interstitiell lungesykdom, pleural effusjon. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet:* Cytokinfrigjøringssyndrom.

Overdosering/Forgiftning

Symptomer: Maks. tolererbar dose er ikke fastslått. Enkeltdoser >25 mg/kg (1727 mg) er ikke undersøkt. *Behandling:* Pasienten overvåkes nøye for tegn eller symptomer på bivirkninger og egnet symptomatisk behandling må igangsettes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for monoklonale antistoffer L01X C på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper

Klassifisering: Humanisert rekombinant IgG1 monoklonalt antistoff. *Virkningsmekanisme:* Binder seg spesifikt til det ekstracellulære dimeriseringsdomenet (subdomene II) på den humane epidermale vekstfaktor-reseptor 2 (HER2). Ved binding blokkeres ligandavhengig heterodimerisering av HER2 med andre medlemmer av HER-familien, inkl. EGFR, HER3 og HER4, og ligandinitiert intracellulær signaloverføring via 2 store signalveier (mitogen aktivert protein (MAP) kinase og fosfoinositid 3 kinase (PI3K)) hemmes. Hemming av signalveiene kan gi stopp i cellevekst og apoptose. Pertuzumab fremmer antistoffmediert cellulær cytotoksisitet (ADCC). Mens pertuzumab alene hemmer proliferasjon av humane tumorceller, viser kombinasjonen av pertuzumab og trastuzumab signifikant økt antitumoraktivitet i xenograftmodeller, der tumorcellene har overekspresjon av HER2. *Fordeling:* Vd i sentralt og perifert kompartment er på hhv. 3,11 liter og 2,46 liter. *Halveringstid:* Gjennomsnittlig t1/2: 18 dager. *Metabolisme:* Ikke direkte undersøkt. Antistoffer blir vanligvis nedbrutt ved katabolisering. *Utskillelse:* Gjennomsnittlig clearance: 0,235 liter/dag.

Oppbevaring og holdbarhet

Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Hetteglasset oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys.

Fortynnet oppløsning:

Kjemisk og fysikalsk stabilitet er vist i 24 timer ved høyst 30°C. Bruk ferdig tilberedt oppløsning umiddelbart av mikrobiologiske hensyn.

Andre opplysninger

5% glukoseoppløsning skal ikke brukes til fortynning, da legemidlet er kjemisk og fysisk ustabilt i en slik oppløsning.

Pakninger og priser: 1 stk. (hettegl.) kr 29575,40. **Sist endret: 15.06.2018**

PERJETA®
pertuzumab

Rituxan Allegro.no
Do not copy or distribute. (2018) Roche Norge AS. All rights reserved. NO/PERJ/1808/0012

«Hvordan står det til med oss i dag?»[1]

- En kritisk lesning av rapport om sykehuslegers arbeidsforhold 2018.

Foto: UiO

av **Lars Erik Kjekshus**, Professor, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo »

[1] Referanse til presentasjon av Legekårsundersøkelsen i Tidsskriftet for legeforeningen i 2012 (Andersen, 2012)

Det er enkelt å samle dokumentasjon på at arbeidshverdagen til sykehusleger er krevende. Sykehuspersonell generelt har stor risiko for å bli utsatt for sykdomssmitte og arbeidsforholdene er preget av høyt tempo og stort press både psykisk og fysisk. Utfordringen er å få øye på om det er endringer i arbeidsforholdene i dag som forverrer situasjonen og hvilken effekt dette har for det psykososiale arbeidsmiljøet og legers helse. Sykehuslegers arbeidsforhold er spesielt interessant og viktig da sykehusleger er nøkkelpersonell på sykehus og en temperaturmåler for hvordan arbeidsforholdene oppleves generelt på sykehus.

Tidligere studier av legers jobbtilfredshet har vist at Norske leger har en høy grad av jobbtilfredshet og generell tilfredshet med tilværelsen (Nylenna & Aasland, 2010; Nylenna, Gulbrandsen, Forde, & Aasland, 2005). Det er legeforeningens forskningsinstitutt som særlig har publisert disse studiene fra legekårsundersøkelsene. Samtidig har studier også vist at leger er spesielt utsatt for stress og utbrenthet, særlig i begynnelsen av karrieren (Røvik, 2010), og det er et spørsmål om legekårsundersøkelsen fanger opp endrede rammebetingelser på en tilfredsstillende måte. Rapporten «Sykehuslegers arbeidsforhold 2018» er utført av Rambøll Management Consulting på oppdrag fra Den norske legeforening (Rambøll, 2018) med hensikt i større grad å belyse endrede rammebetingelser som ressurssituasjon, manglende stedlig ledelse og redusert medbestemmelse. Jeg vil kommentere Rambøll-rapporten mer inngående, men vil først starte med noen bakgrunnskommentarer knyttet til legers arbeidsforhold.

Sykefravær

Legeyrket har høy status og regnes som et attraktivt yrke med store personlige og faglige utfordringer. Men leger jobber i en utsatt sektor. Sykefravær blant arbeidstakere i Norge varierer normalt mellom 6 og 7% avhengig av kvartal og sesong. Arbeidstakere i helse- og sosialsektoren har det klart høyeste sykefraværet i snitt, mellom 8 og 10% (SSB, 2018).

Sykehusleger generelt har det laveste sykefravær blant helsepersonell. Dette forklares hovedsakelig med at mannlige leger har spesielt lavt fravær. Legemeldt fravær for mannlige leger var 2,1% og kvinnelige leger 3,9% i andre kvartal 2018 (SSB, 2018). Det langtidsmeldte fraværet som også inkluderer permisjoner (inkl. fødselspermisjoner) var i 2015 på 3% blant mannlige leger mot 10% blant mannlige hjelpepleiere. Blant kvinner er yrkesforskjellen mindre og det langtidsmeldte sykefraværet var på 10% for kvinnelige leger mot 12% for kvinnelige hjelpepleiere (Vold, 2016). Det er forventet at sykefraværet til leger vil øke med økende kvinneandel.

Små endringer i sykefraværsutviklingen har store konsekvenser for sykehusdriften og det høye sykefraværet blant helsepersonell er utvilsom en stor utfordring. Det er en antagelse om at arbeidsforhold har betydning for sykefravær men sammenhengen er kompleks (Bernstrøm & Kjekshus, 2015; Grønstad, 2017; Ingelsrud, 2014;

Kjekshus, Bernstrøm, Dahl, & Lorentzen, 2014). En antagelse som er viktig i denne sammenhengen er at arbeidstakere kan tåle høy arbeidsbelastning når de samtidig har høy egenkontroll (autonomi) (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Vi trenger flere studier som analyserer komplekse sammenheng særlig mellom krav, støtte og egenkontroll (autonomi) i arbeidssituasjonen til leger.

Tidligere studier av legers arbeidsforhold

Legeforeningens forskningsinstitutt, eller Legeforskningsinstituttet som det nå heter, har lang tradisjon med å kartlegge legenes arbeidsforhold. Den mest kjente undersøkelsen er «Legekårsundersøkelsen» som ble startet opp av Olaf G. Aasland, Erik Falkum og Wenche Hvitmyhr i 1992 (Andersen, 2012). Legekårsundersøkelsen bestod av et omfattende paneldatasett herunder et referansepanel på 2000 leger fra et representativt utvalg og et panel med alle medisinerstudenter i 1994. Disse gruppene ble fulgt med gjentatte undersøkelser hvert annet år. I de over 20 årene som legekårsundersøkelsen ble fulgt opp resulterte dette i 11 doktorgrader og opp mot 300 artikler (Andersen, 2012). Hovedkonklusjonen fra denne forskningsgruppen er at legenes kår generelt er blitt bedre (Aasland og Nylenna 2010). Kritikken mot denne forskningen har vært at den ikke har vært rettet inn mot å fange opp endringer i rammebetingelser og at den får en slagside fordi det er et aldrende panel som blir fulgt. Spørsmålet er hvordan det egentlig er å være fersk sykehusspesialist i dag i forhold til hvordan det var i 1994? Dette svarer ikke undersøkelsen på utover at leger blir mer fornøyd med årene. Legekårsundersøkelsen dekker likevel en rekke temaer og har bidratt til en omfattende og bred diskusjon om legers arbeidsvilkår som det er verdt å trekke inn i debatten.

Et gjentagende spørsmål som opptar alle leger er om de får nok tid til pasienter og en trend som oppleves er at administrative oppgaver spiser stadig mer av legenes tid. Dette er trukket frem i legekårsundersøkelsen (Rosta & Aasland, 2016) og er blitt kartlagt tidligere i en rekke studier (Kjekshus, Bjørngaard, & Johnsen, 1999; Røhme & Kjekshus, 2001). Den viktigste, men kanskje selvsagte, erkjennelsen i disse studiene er at det er svært ulikt hvordan sykehusleger jobber avhengig av spesialitet og type sykehus. Hverdagen til en anestesiolog eller gynekolog på et stort sykehus er mer hektisk og akutt enn hverdagen til en geriatriker på et lite sykehus. Og omfanget av pasientadministrative oppgaver og andre administrative oppgaver varierer mellom sykehus og spesialitet. Men trenden er at administrative oppgaver er økende, særlig blant sykehusleger. Samtidig forklares dette med at antall sykehusleger har økt betydelig fra 1994 til 2014 i forhold til annet personell (Rosta & Aasland, 2016).

Hva viser sykehusenes medarbeiderundersøkelser?

En annen kilde til kunnskap om legers arbeidsforhold er sykehusenes medarbeiderundersøkelser. En hovedhensikt med de årlige medarbeiderundersøkelsene som alle sykehus er pålagt er å kunne følge med i utviklingen til enheters arbeidsmiljø. Det gir den enkelte enhet et referansepunkt både med å kunne sammenligne seg med seg selv år etter år, men også å kunne sammenligne sin egen skår med skåren totalt sett for alle sykehus.

Medarbeiderundersøkelsen har primært fokus på den enkelte enhet og ikke på forskjeller mellom de ulike yrkesgrupper, men det lar seg gjøre å ta ut yrkesspesifikke rapporter i medarbeiderundersøkelsene basert på respondentenes egne oppgitte yrkesbakgrunn. Slike rapporter ble tatt ut ved Oslo universitetssykehus i 2015, 2016 og 2018, da på foretaksnivå. Funn fra disse rapportene viser en trend med høyt motiverte leger som opplever høy pasientsikkerhet men som samtidig opplever høy arbeidsbelastning, ikke tilstrekkelig med ressurser og lav medvirkning (N=1461 av 2469 i 2018). Forskere og leger er noe mer motiverte enn andre yrkesgrupper, men gjennomgående er ansatte på sykehus høyt motiverte. Legene skiller seg ut ved i større grad å oppleve å måtte utføre arbeidsoppgaver uten tilstrekkelig ressurser og med stor arbeidsbelastning. Resultatene fra 2015, 2016 og 2018 viser også at legene er mer motiverte i 2018 sammenlignet med tidligere år. Det er ingen signifikant forskjell i opplevd medbestemmelse fra 2015 til 2018. Undersøkelsene er ikke direkte sammenlignbare når det gjelder arbeidsbelastning fordi spørsmålsformuleringene er noe endret i de tre undersøkelsene men viser samme trend med høy opplevd arbeidsbelastning både i 2015, 2016 og 2018.

Hovedfunn fra Rambøll-rapporten «Sykehuslegers arbeidsforhold 2018»

I store trekk er ikke undersøkelsen til Rambøll Management Consulting radikalt annerledes enn medarbeiderundersøkelsene og flere av de samme spørsmålene går igjen, som medbestemmelse, autonomi, åpenhet, samarbeid og organisatoriske rammer. Likevel har Rambøll-undersøkelsen noen spennende nye perspektiver knyttet til fremtidsoptimisme og ambassadørvilje. Sykehuslegene skårer spesielt høyt på engasjement, samarbeid, motivasjon, faglig utvikling, pasientenes behov og helsetilbudet. De skårer spesielt lavt på arbeidsbelastning og medvirkning. Denne trenden kjenner vi igjen fra sykehusenes medarbeiderundersøkelse.

Utfordringen med undersøkelsen er å vite hva som er høy eller lav skår og kunne forstå hva de rapporterte skårene forteller oss om arbeidshverdagen i kontekst. Rambøll-undersøkelsen gir ingen sammenligningsgrunnlag fra tidligere år eller tilstrekkelig grunnlag for å sammenligne opp mot andre yrkesgrupper.

Rambøll har gjennomført en «benchmarking» mot det de sier er et gjennomsnitt av norske arbeidstakere, men det fremkommer ikke hvem dette er eller hvor mange som inngår i denne undersøkelsen. Det synes som det bare er enkelte spørsmål som blir trukket frem som viser at sykehuslegene rapporterer høyere arbeidspress og lavere autonomi enn gjennomsnitt av norsk arbeidsliv. Spesielt variabelen *Medbestemmelse* hadde vært spennende å sett opp mot resten av arbeidslivet, men blir ikke

rapportert i rapporten. Medbestemmelsesbarometeret til Arbeidsforskningsinstituttet viser at ansatte i helsesektoren kommer spesielt dårlig ut når det gjelder opplevd medbestemmelse og støtter funnene til Rambøll-undersøkelsen (Falkum, Ingelsrud, & Nordrik, 2016).

Rambøll tar ut sammenstillinger av betydningen av stedlig ledelse, kjønn, yngre versus eldre leger og variasjon mellom sykehusene. Dette er kanskje de mest interessante resultatene, men som også viser undersøkelsens begrensninger. Undersøkelsen er her lite transparent, og vi vet ikke om det er signifikante forskjeller vi ser og variablene analyseres ikke i en helhetlig modell.

For eksempel betydningen av stedlig ledelse vil jeg tro henger sammen med størrelsen på sykehuset men dette blir ikke fanget opp når det ikke foretas mer avanserte analyser. Innledningsvis i Rambøll-rapporten blir det beskrevet en helhetlig modell som viser hvordan de ulike variablene samlet sett påvirker sykehuslegers ambassadørvilje og fremtidsoptimisme. Dette er en interessant modell som har klare likhetstrekk med det som i litteraturen omtales som Medical Engagement Scale (MES), en modell utviklet av Peter Spurgeon og kollegaer (Spurgeon, Clark, & Ham, 2011). I Rambøll-rapporten omtales modellen som Rambølls kjernemodell som viser hypotetiske sammenhenger som ville kunne testes gjennom en stegvis regresjonsanalyse.

Forklaringen på hvorfor vi ikke senere finner igjen denne modellen og at det ikke gjøres noen stegvis regresjonsanalyse er knapp. På side 4 i rapporten står det at: *«I dialog med legeforeningen er det gjort tilpasninger i undersøkelsens innhold der kjernemodellen antas å ikke fange opp sykehuslegenes arbeidshverdag på en tilfredsstillende måte»*. Dette er ikke en tilfredsstillende forklaring, og mangelen på en stegvis regresjonsanalyse gjør at vi ikke kan avgjøre hvilke faktorer som har signifikant betydning eller relasjonen mellom variablene slik modellen antydet.

For at Rambøll sin undersøkelse skal kunne løfte seg fra en ordinær medarbeiderundersøkelse og bli noe mer enn en overlappende og konkurrerende undersøkelse burde den inneholde mer spennende analyser. Det er variasjoner mellom sykehus, mellom spesialiteter, demografi og geografi som ikke kommer frem og som en stegvis regresjonsanalyse kunne belyst.

Det er som sagt enkelt å samle dokumentasjon på at arbeidshverdagen til sykehusleger er krevende. Men er arbeidshverdagen blitt mer krevende? Og på hvilken måte og hvorfor? Har legenes arbeidshverdag hatt en mindre gunstig utvikling sammenlignet med andre yrkesgrupper? Er det enkelte legegrupper som er spesielt utsatt? Hvordan opplever leger i spesialisering (LIS) de endrede rammebetingelsene som overgang til fast ansettelse og nytt spesialiseringsløp? (Evenshaug, 2018). Hvilken betydning har forklaringsfaktorer som strukturelle, demografiske eller individuelle forklaringer? Dette er viktige spørsmål vi må få svar på.

Oppsummerende betraktninger

Rambøll undersøkelsen gir et nyansert og godt øyeblikksbilde av sykehuslegers arbeidshverdag. Den gir ikke en ensidig fremstilling av misfornøyde leger, men tvert imot er det en presentasjon av svært engasjerte og motiverte medarbeidere som opplever stor arbeidsbelastning og liten medbestemmelse og uten tilstrekkelig med ressurser i sin arbeidshverdag. Dette er viktige funn som kan spore til videre forskning og viktige signaler til en innsiktsfull debatt.

Imidlertid er det synd at Rambøll-rapporten ikke får vist sitt fulle potensiale. Dette knytter seg til manglende referanser til debatten om legers arbeidsforhold og tidligere studier, hensyn til ulikheter i ulike typer spesialitet, endring over tid og identifisering og vekting av kritiske forklaringsfaktorer i arbeidssituasjonen som ville kunne vært belyst med en stegvis regresjonsanalyse og som rapporten innledningsvis lovet. ●

Litteratur:

Andersen, E. J. (2012). Hvordan står det til med oss idag? *Tidsskr Nor Legeforen, 132*(9), 1143.

Bernstrøm, V., & Kjekshus, L. E. (2015). Effect of organisational change type and frequency on long-term sickness absence in hospitals. *Journal of Nursing Management,* 23(6), 813-822.

Evenshaug, R (2018). *Hvilken betydning har midlertidig ansettelse? En studie av arbeidssituasjonen og psykisk helse hos leger i spesialisering.* Masteroppgave i Organisasjon, ledelse og arbeid. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

Falkum, E., Ingelsrud, M. H., & Nordrik, B. (2016). *Medbestemmelsesbarometeret 2016.* Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

Grønstad, A. F. (2017). Exploring work-related attributions of sickness absence during organizational change: A scoping review. *International Journal of Workplace Health Management, 10*(3), 192-212.

Ingelsrud, M. H. (2014). Reorganization increases long-term sickness absence at all levels of hospital staff: panel data analysis of employees of Norwegian public hospitals. *BMC Health Services Research, 14,* 411-418.

Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*(2), 285–308.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York Basic Books.

Kjekshus, L. E., Bernstrøm, V., Dahl, E., & Lorentzen, T. (2014). The effect of hospital mergers on long-term sickness absence among hospital employees: a fixed effects multivariate regression analysis using panel data. *BMC Health Services Research,* 14(1).

Kjekshus, L. E., Bjørngaard, J. H., & Johnsen, A. (1999). *Med stetoskop og diktafon. Om bruk av legenes spesialistkompetanse.* Sintef, Trondheim.

Nylenna, M., & Aasland, O. G. (2010). Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskr Nor Legeforen, 130,* 1028-1031.

Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Forde, R., & Aasland, O. G. (2005). Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scand.J.Prim.Health Care, 23*(4), 198-202.

Rambøll. (2018). *Sykehuslegers arbeidsforhold 2018.* En rapport fra Rambøll Management Consulting på oppdrag fra legeforeningen, Oslo.

Rosta, J., & Aasland, O. G. (2016). Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 – 2014. *Tidsskr Nor Legeforen, 136,* 1355-1359.

Røhme, K., & Kjekshus, L. E. (2001). Når tiden telles - en kartlegging av legers bruk av tid. T*idsskr Nor Lægeforen, 121*(12), 1458-1461.

Røvik, J. O. (2010). *The role of personality in stress, burnout and help-seeking. A ten-year longitudinal study among Norwegian medical students and early career physicians.* (PhD), Universitetet i Oslo, Oslo.

Spurgeon, P., Clark, J., & Ham, C. (2011). *Medical leadership : from the dark side to centre stage.* London: Radcliffe.

SSB. (2018). Sykefravær. Statistikkbanken.

Vold, B. (2016). Årsverkstall for spesialisthelsetjenesten. Færrest lange fravær blant mannlige leger. SSB rapport.

Rambøll Management Consulting gjennomførte våren 2018 en større undersøkelse av norske sykehuslegers arbeidsforhold

Rapporten fra undersøkelsen blir i dette nummeret av medlemsbladet for overleger kommentert i artikkelen HVORDAN STÅR DET TIL MED OSS I DAG, og sett i sammenheng med øvrig kunnskapsgrunnlag.

» Av **Arnt Olaf Storeng**, Organizational Psychologist og Managing Consultant, Rambøll

For ordens skyld ønsker vi å presisere en del forhold som kommer frem i artikkelen.

Vi setter pris på at vår undersøkelse debatteres, og i den sammenheng også problematiseres. Vi merker oss videre at undersøkelsen oppleves å gi et godt og nyansert bilde, og inneholde nye og spennende perspektiver. I et oppdrag som det for Legeforeningen blir det alltid en avveining av hvilke forhold som skal inkluderes, og hvilke problemstillinger som skal forfølges i den store mengden av data som foreligger. Vi er også av den oppfatning at det er flere spørsmål som kunne vært belyst ytterligere, men som av hensyn til å kunne ferdigstille en rapport innen rimelig tid, ikke har latt seg prioritere.

Som det fremgår presenterer undersøkelsen en helhetlig modell for hva som påvirker ambassadørvilje og fremtidsoptimisme blant sykehuslegene. Denne er konstruert gjennom stegvise regresjonsmodeller på data fra undersøkelsen. Modellen er altså et resultat av analyser på resultatene i undersøkelsen, og ikke basert på Rambølls generelle database, slik artikkelforfatteren synes å tro.

Forfatteren synes å misforstå forskjellen på modell og spørreskjema, hvor det er spørreskjemaet som baserer seg på Rambølls kjernemodell, med tilpasning for å passe sykehuslegers hverdag.

Det etterlyses videre nærmere informasjon om i hvilken grad forskjellene mellom ulike demografiske grupper er signifikante. Samtlige kommenterte funn hvor grupper sees opp mot hverandre, er signifikante på .05 nivå.

Når det gjelder benchmark er det kun spørsmålene som inngår i Rambølls kjernemodell som gjør det mulig å sammenligne legene mot resten av norsk arbeidsliv. Tema «Medvirkning» er i større grad tilpasset sykehuslegers arbeidssituasjon, og sammenlignes derfor ikke med et tverrsnitt av norsk arbeidsliv. Benchmarkdata bygger på et representativt utvalg av 1.000 norske arbeidstakere.

Vi er for øvrig enige i at historisk sammenligning er et interessant perspektiv. Formålet er imidlertid først og fremst å kartlegge hvordan sykehusleger opplever situasjonen i dag. Ettersom det er første gang undersøkelsen gjennomføres for Legeforeningen foreligger det ikke historiske data på validerte indikatorer, som gjør sammenligning mulig. ●

Vårkurset 2019 i Trondheim

Sett av tiden 24.–26. april

Kurskomitéene i YLF og OF jobber nå for å lage et spennende program for disse dagene.

Følg med på nettsidene www.overlegeforeningen.no for oppdatert informasjon

Om Rambølls funn og motiverte leger

Resultatene fra Rambøllundersøkelsen kom ikke som en overraskelse på Yngre legers forening, funnene samstemmer med hva vi meddeles av medlemmene.

» Av **Kristin Utne**, nestleder i Ylf

Undersøkelsen viser at legene er engasjerte i sitt arbeid og motiverte for å bidra ekstra når det trengs, men er langt mer negative når det kommer til arbeidsbelastning og graden av autonomi. Undersøkelsen finner også at yngre leger opplever situasjonen som mer negativ enn eldre kolleger.

Noen problemer er felles for alle leger i sykehus: trange lokaler som medfører kroniske logistikkutfordringer, stadig press på tariffestede rettigheter og høyt arbeidspress.

Følelse av stor avstand mellom beslutningstakere og oss som leverer helsetjenester medfører en avmaktsfølelse i hele legegruppen.

Allikevel er de yngre legene mer pessimistiske.

> «Følelse av stor avstand mellom beslutningstakere og oss som leverer helsetjenester medfører en avmaktsfølelse i hele legegruppen»

Dette kan ha sammenheng med at yngre leger oftere står i førstelinje i sykehusene og i mindre grad blir lyttet til av ledelsen.

En annen forklaring er signalene fra både sykehusledere og politisk ledelse, om en fremtid med mindre ressurser og enda større press på tjenesten.

Flere av våre overlegekolleger går nå av ved normal pensjonsalder enn før, og vi som har mange år igjen av yrkeslivet er usikre om vi klarer å stå i jobben i ytterligere 40 år (med ny pensjonsreform er undertegnedes alder ved avgang 73).

Fremveksten av private initiativ, flere leger som starter egne bedrifter, blir konsulenter eller jobber med utvikling av nye it-verktøy kan sees på som spennende innovasjon.

Allikevel er det nok også et symptom på at legene ikke opplever å ha innflytelse på utvikling av tjenesten, at faglige råd ikke tas hensyn til når driften planlegges og at muligheten til å påvirke egen arbeidshverdag oppleves lav. ●

«Ånd må vinna på troll til sist»

Rambøll-undersøkjinga 2018 – ein kommentar frå hornet på veggen

Norske sjukehus hevdar seg godt i internasjonale samanlikningar. Dei presterer høg kvalitet i behandlinga - målt ved dødelighet (Hakkinen 2013; Kittelsen SAC, 2017). Produktiviteten er ikkje best i verda, men i klår betring (Riksrevisjonen 2017). Såleis ser det meste vel og bra ut frå utsida.

» Av **Haldor Slettebø,** overlækjar, Nevrokirurgisk avdeling, OUS

Men om ein går tettare på og kartlegg arbeidsmiljøet frå innsida, blir biletet mindre flatterande. Det har Rambøll altså gjort, på oppdrag frå Den norske legeforening, ved å stilla 66 spørsmål til fleire enn 14000 sjukehuslækjarar.

Resultat av rundspørjinga: Knapt 6000 svara, og fortalde at dei hadde eit motiverande og meiningsfullt oppdrag, godt samarbeid kring nøgde pasientar – sjølv om mange opplevde for stort arbeidspress og manglande tillit til toppleiinga i sjukehuset. Dette samsvarar godt med tidlegare kartleggjingar av arbeidsmiljøet i sjukehusa og med FAFO-rapporten om leiing i sjukehus (2012).

Desse linene skriv eg frå Malawi der dei har 2 lækjarar pr. million innbyggjarar og 0,05 nevrokirurg pr. mill. For Noreg er tala 500 og 20, det vil seia 250-400 gonger høgare! Me ligg altså på topp i verda i lækjartettleik; ifylgje CIA berre slegne av Cuba og Monaco. Dessutan vert nordmenn rekna blant dei friskaste folkeslaga. Likevel strevar mange norske sjukehuslækjarar med for stort arbeidspress. Særleg gjeld dette unge lækjarar som går travle vakter og i liten grad har kontroll over arbeidsbelastninga. Korleis kan dette hengja i hop? Er det Parkinsons lov som styrer oss – altså at arbeidet alltid fyller den tida som står til rådvelde?

Me treng å stogga opp og stilla oss sjølve kritiske og nøkterne spørsmål kring måten me organiserer helsetenesta på:

> «Me treng å stogga opp og stilla oss sjølve kritiske og nøkterne spørsmål kring måten me organiserer helsetenesta på»

Om overdiagnostisering, overbehandling, overkontrollering, overdokumentasjon og overvurdering av kva faget vårt kan utretta – og om alt me gjer for at me sjølve og visse andre skal ha ryggen fri. Mykje av det me gjer i sjukehusa, skapar knapt verdi for pasientane.

Sjølv er eg blant dei mest nøgde i Rambøll-undersøkjinga eller kanskje dei heldigaste: mann over 60, utan vakter, med god balanse mellom arbeid og fritid og eit optimistisk syn på framtida. Ein som har opplevd sjukehusmiljøet som gjevande i ein mannsalder. Her får ein arbeida saman med skarpskodde yrkesbrør og –systrer som ofte finn løysingar og er utviklingorienterte. Møta og ofte hjelpa medmenneske i kritiske situasjonar. I blant vera den som kan løysa eit problem, lindra eller trøysta. Det kjennest som å vera ein ekte deltakar i det verkeleg livet. Rett nok har også eg opplevd, for berre 5 år sidan, dei ugjennomtrengjelege glavalaga mellom grasrota og makta, – laga som gjer det umogeleg å få gjennomslag for heilt enkle og innlysande forbetringar.

Men eg trur, som Garborg, at «ånd må vinna på troll til sist, og vit på den varge villskap.» Til dømes den dagen me får fleire direktørar som Eivind Hansen, Haukeland universitetssjukehus. Han spår at sjukehusa vil vera «ein attraktiv arbeidsplass også i framtida, med stort fagleg utviklingspotensial, som satsar på forsking og legg til rette for spesialisering – og med mange og spanande oppgåver for framtidige lækjarar». ●

Hva betyr legers arbeidssituasjon for kvalitet i pasientbehandlingen?

Sykehuslegers arbeidshverdag er i endring, både ved endrede rammer i helsetjenesten og ved endringer i legers behov og forventninger. Når legeyrket går fra å ses på som en livsstil mot å ses på som en jobb trenger vi å diskutere vår forståelse av denne nye legeprofesjonen [1]. Leger og ledere trenger et felles engasjement for å kunne møte de utfordringer det innebærer for å ivareta god pasientbehandling og god arbeidstilfredshet.

» Av **Karin Isaksson Rø**, Ph.d. instituttsjef, Legeforskningsinstituttet

LEFO
LEGEFORSKNINGSINSTITUTTET

Genèvedeklarasjonen, som er en videreutvikling av den generelle legeeden (Hippokrates ed), ble revidert i 2017. For første gang peker den direkte på at legen har en plikt til å ta vare på egen helse for å kunne yte god pasientbehandling: «Jeg vil ivareta min egen helse, mitt velvære og mine evner, for å kunne gi omsorg av den høyeste standard.»[2] Også i USA har det, gjennom de siste årene, vært pekt på betydningen av at "Care of the patients requires care of the providers" [3].

I spørreundersøkelsen til norske sykehusleger i 2018 (Rambøll- undersøkelsen) kartlegges legers arbeidssituasjon og deres vurdering av pasientbehandlingen. I analysene undersøkte man mulige sammenhenger mellom tilfredshet i arbeidssituasjonen og kvalitet i pasientbehandlingen.

Legene i Rambøll-undersøkelsen rapporterer om stort engasjement i arbeidet og trivsel på jobb. De oppgir at de har gode muligheter for personlig og faglig utvikling, og at de får brukt sin kompetanse i jobben. De formidler at de gjerne yter en ekstra innsats når det er nødvendig, og at jobben opplevles motiverende og meningsfull. I rapporten beskrives også lokalt godt samarbeid og lokalt støttende ledelse.

På den andre siden rapporterer legene også om for stor arbeidsbelastning, med for mange arbeidsoppgaver eller krav til å gjøre flere ting samtidig. De sier at de for eksempel må sløyfe lunsj eller pauser for å få jobben gjort. De savner innflytelse over hvordan sykehuset skal utvikles videre, og opplever at fagmedisinske råd ikke synes å bli hørt av den øverste ledelsen. De opplever at de organisatoriske rammene ikke er gode nok.

> «Forutsetninger for god pasientbehandling er en arbeidshverdag som er tilrettelagt for møter mellom klinikere og pasienter, og mellom ledere og ansatte, slik at kvalitet i behandlingen og tilfredshet i arbeidssituasjonen ivaretas og fremmes»

Legene rapporterer også at det er krevende å få til balansen mellom jobb og fritid. Siden leger nå i økende grad har partner som også er i heltidsarbeid, blir forpliktelsene på hjemmebane større for legen. I tråd med dette ser vi at den yngre generasjonen leger gjerne beskriver arbeidet som en jobb, i motsetning til overleger som oftere beskriver det som en livsstil [4]. En nylig publisert doktorgrad fra Sverige viser at både mannlige og kvinnelige medisinstudenter mot slutten av studiet oppgir mulighet for ivareta en god balanse mellom jobb og hjem som en av de aller viktigste faktorene å vurdere når de skal velge spesialitet [5]. Lange dager, med vaktarbeid, og høy arbeidsbelastning har selvfølgelig betydning for hvordan man kan ivareta denne balansen.

Funnene i denne rapporten overensstemmer med tidligere studier der vi ser at norske leger opplever høy tilfredshet i jobben, også gjennom perioder med utfordringer, som for eksempel stor grad av stress i forbindelse med lokale og sentrale omorganiseringsprosesser [6]. Det å oppleve muligheter for utvikling i jobben, og å føle at jobben er til nytte (særlig i relasjon til pasientbehandling) er også i tidligere studier vist å være viktig for legers engasjement og tilfredshet [7].

I Rambøll-rapporten går man videre fra å se på de enkelte faktorene til å studere sammenhenger mellom opp-

levelse av pasientbehandling og arbeidsmiljøfaktorer. Balansen mellom jobb og fritid, organisatoriske rammer, samarbeid og ledelse er noen av faktorene som viser sammenheng med pasientbehandling. Å finne en sammenheng sier likevel ikke noe sikkert om hva som kommer først eller sist, eller om hvordan man kan bedre både pasientbehandling og legers tilfredshet.

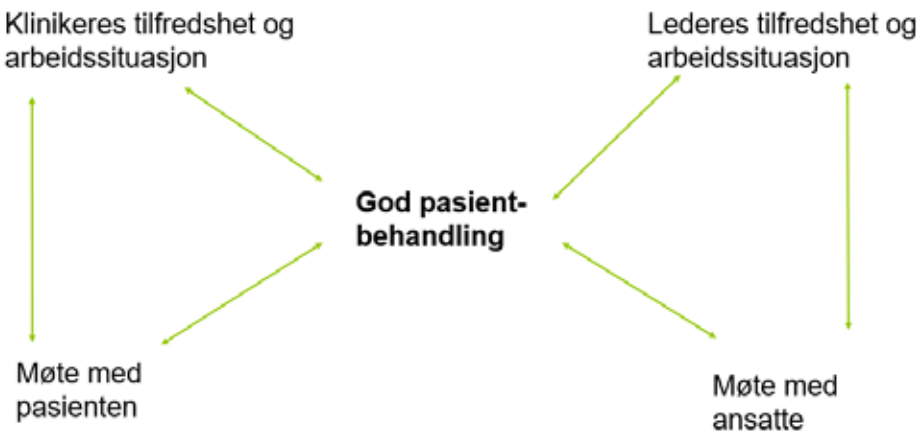
Forutsetninger for god pasientbehandling er en arbeidshverdag som er tilrettelagt for møter mellom klinikere og pasienter, og mellom ledere og ansatte, slik at kvalitet i behandlingen og tilfredshet i arbeidssituasjonen ivaretas og fremmes. Dette kan illustreres med figuren nedenfor:

Samspillet mellom disse faktorene er sjelden lineære eller enkle, og det er sjelden slik at en løsning som passer på en avdeling får samme resultat et annet sted. Ved endringsprosesser må man ta i bruk kunnskap og erfaring fra de som står i den aktuelle situasjonen, for å få en forståelse av hvilke faktorer som må vektlegges i prosessen. Weigl og medarbeidere viste at legers engasjement i slike lokale organisatoriske endringer ga positive endringer i pasientbehandlingen samtidig som det bedret sykehuslegers arbeidssituasjon [8]. Ledelsens fokus på involvering av leger i til dels ganske små endringsprosesser ved Mayo-klinikken viste relativt stor endring for legers engasjement og tilfredshet [9].

Tradisjonelt har leger vært mer opptatt av å engasjere seg i fagutvikling og utvikling av ny og bedre pasientbehandling enn i organisatorisk utvikling. I dagens helsetjeneste er det behov for at leger engasjerer seg og engasjeres i organisatoriske endringsprosesser. For å få det til må endringsarbeid prioriteres av ledere, slik at leger får praktisk mulighet til å delta [10, 11].

En utfordring er at leger/klinikere og ledere ofte har forskjellig forståelse av målsettingen for endringsprosesser. Legen motiveres primært av behandlingskvaliteten for den enkelte pasient eller pasientgruppe, mens ledere primært motiveres av styringsmål for virksomheten – ofte uttrykket i økonomi [10, 12]. For å få til gode endringsprosesser trenger både klinikere og ledere å aktivt prøve å sette seg inn i den andres motivasjon og virkelighetsforståelse. Betydningen av dette ble blant annet vist i en endringsprosess gjennomført på en gynekologisk avdeling i Danmark [11]. Ved at ledere inviterte klinikere til en diskusjon der man kunne bli enige om en felles motivasjon for endring fikk man til prosesser som av klinikere og ledere ble oppfattet som gode og hensiktsmessige. ●

Tilrettelegge organisasjon for å skape god behandlingskvalitet



Referanse:

1. Hertzberg, T.K., et al., *The hospital doctor of today - still continuously on duty.* Tidsskr Nor Laegeforen, 2016. 136(19): p. 1635-1638.
2. Parsa-Parsi, R., *The revised declaration of geneva: A modern-day physician's pledge.* JAMA, 2017. 318(20): p. 1971-1972.
3. Bodenheimer, T. and C. Sinsky, *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider.* The Annals of Family Medicine, 2014. 12(6): p. 573-576.
4. Hertzberg, T.K., et al. *The good doctor - strong and persevering.* Tidsskrift for den Norske laegeforening: 2016. 136, 1631-1634.
5. Diderichsen, S., *It´s just a job: a new generation of physicians dealing with career and work ideals (Thesis), in Department of Public Health and Clinical Medicine and Family Medicine.* 2017, Umeå university: Umeå.
6. Rosta, J., M. Nylenna, and O.G. Aasland, *Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples.* Scand J Public Health, 2009. 37(5): p. 503-8.
7. Lindgren, Å., F. Bååthe, and L. Dellve, *Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development.* The International journal of health planning and management, 2013. 28(2).
8. Weigl, M., et al., *The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study.* BMC health services research, 2013. 13(1): p. 1.
9. Shanafelt, T.D. and J.H. Noseworthy. *Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. in Mayo Clinic Proceedings.* 2017. 92(1):129-46.
10. Bååthe, F. and L. Erik Norbäck, *Engaging physicians in organisational improvement work.* Journal of health organization and management, 2013. 27(4): p. 479-497.
11. Storkholm, M.H., et al., *Money's (not) on my mind: a qualitative study of how staff and managers understand health care's triple Aim.* BMC Health Services Research, 2017. 17(1).
12. Skirbekk, H. and P. Nortvedt, *Making a Difference: A Qualitative Study on Care and Priority Setting in Health Care.* Health Care Analysis, 2011. 19(1): p. 77-88.

Ref. 1. https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1 (04.07.2018) **2.** Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (07.06.2018). **3.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (07.06.2018). **4.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (07.06.2018). **5.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (07.06.2018). **6.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (07.06.2018).

▼ **Xultophy «Novo Nordisk»**

C ***Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.*** ATC-nr.: A10A E56

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn *100 enheter/ml + 3,6 mg/ml:*** *1 ml inneh.:* Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosetrinn. 1 dosetrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosetrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. ***Glemt dose:*** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. ***Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:*** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. ***Overgang fra basalinsulin:*** Behandling med basalinsulin skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra behandling med basalinsulin er anbefalt startdose 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. ***Som tillegg til orale glukosesenkende legemidler:*** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosetrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. *Barn og ungdom <18 år:* Bruk ikke relevant. *Eldre ≥65 år:* Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. ***Tilberedning/Håndtering:*** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosetrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosetrinn. Dosetelleren viser antall dosetrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderampullen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. *Blandbarhet:* Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. ***Administrering:*** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injisereres uavhengig av måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. *Hypoglykemi:* For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselsymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselsymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarsler på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. *Hyperglykemi:* Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hyperglykemi. Ubehandlede hyperglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. *Kombinasjon med pioglitazon:* Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. *Øyesykdom:* Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. *Antistoffer:* Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. *Akutt pankreatitt:* Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjennopptas. *Thyreoidea:* Thyreoideabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom. Preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. *Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:* Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. *Dehydrering:* Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. *Feilmedisinering:* Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosetrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. *Ikke-undersøkte populasjoner:* Overføring til preparatet fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hyppigere monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksisitet og teratogenisitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. *Amming:* Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amming pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekst hos diende rotter. *Fertilitet:* Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. *Svært vanlige (≥1/10):* Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi[1]. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, obstipasjon, dyspepsi, gastritt, magesmerte, gastroøsofageal refluksssykdom, abdominal distensjon. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet[2]. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Gulping/raping, flatulens. Hud: Hudutslett, kløe, ervervet lipodystrofi[3]. Immunsystemet: Urticaria, overfølsomhet. Lever/galle: Gallesten, kolecystitt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjertefrekvens. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Øvrige: Perifert ødem. [1] Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall. [2] Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmefølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling. [3] Inkl. lipohypertrofi, lipoatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen. **Overdosering/Forgiftning:** Begrensede data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. *Symptomer:* Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). *Behandling:* Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevisstheten, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. *Virkningsmekanisme:* Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosesenkende effekt av insulin degludec skyldes at opptaket av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multiheksamerer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukosesenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insulineffekt. Kardiovaskulær sikkerhet av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukosesenking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. *Absorpsjon:* Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. *Proteinbinding:* Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. *Halveringstid:* Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. *Metabolisme:* Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryseelementet. Skal ikke fryses. La pennehetten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennehetten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd. **Pakninger og priser:** 3 × 3 ml[1] (ferdigfylt penn) kr 1474,80.

Refusjon:

[1]A10A E56_1Insulin degludec og liraglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		*Vilkår nr*	*ICD*		*Vilkår nr*
T90	Diabetes type 2	225	E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

Sist endret: 28.06.2018 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 07.06.2018 **Pris per** september 2018

NO/XT/0718/0179 september 2018

novo nordisk®

changing diabetes®

Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Forhåndsgodkjent refusjon[1] | **Type 2-diabetes**

Xultophy® – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept[1]

Insulatard®
(NPH-insulin)

Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard® eller andre basalinsuliner?
Overgang til Xultophy® fra 20-50 enheter basal-insulin/døgn er under-søkt i klinisk studie[2]

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

16 dosetrinn[4]
Xultophy®

i kombinasjon med metformin

Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

For bedre glykemisk kontroll[3]

Xultophy®
(Insulin degludec + liraglutid)

Xultophy®:
1 injeksjon daglig[4]
Kan tas uavhengig av måltid[2]

1 blodglukosemåling daglig
Juster Xultophy®-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost[4]

Se under for refusjonsbetingelser[1]

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virknings-mekanismer for å forbedre glykemisk kontroll[2]

Indikasjon[3]
Xultophy® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

Kontraindikasjon[5]
Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Refusjonsberettiget bruk[1]
Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon[6]
- **Xultophy®** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- **Kardiovaskulære sikkerhetsstudier** er gjennomført for insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER) respektivt
- **Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- **Glemt dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- **Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- **Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning (≥1/10 brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- **Overføring** til Xultophy® fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy® kan benyttes	Xultophy® anbefales ikke
Alder	**Voksne, inkludert eldre (≥65 år)** Hos eldre (≥65 år): Måling av glukose må intensiv-eres, og dosen justeres individuelt	**Barn/ungdom under 18 år**
Nyrefunksjon	**Lett, moderat eller alvorlig nedsatt.** Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	**Terminal nyresykdom**
Hjertesvikt	**NYHA klasse I-III**	**NYHA klasse IV**
Leverfunksjon	**Mild og moderat nedsatt** Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	**Alvorlig nedsatt**

Unngå feilmedisinering.
Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen før forskrivning av Xultophy®.

NO/XT/0718/0179 september 2018

novo nordisk®
changing diabetes®
Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Fullt forsvarlig arbeidsmiljø – hva er det?

De fleste – for ikke å si alle - leger har et aktivt og bevisst forhold til begrepet «forsvarlig». Vel og merke som begrep i helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet er som kjent et sentralt prinsipp i norsk helserett. Å kjenne til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven er med andre ord en forutsetning for å kunne utøve yrket som lege.

» Av advokat og juridisk rådgiver i Overlegeforeningen, **Liv Marit Fagerli**

Det er ikke like stor bevissthet rundt arbeidsmiljølovens krav til fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Og enda mindre at formålet med fullt forsvarlig arbeidsmiljø er å verne arbeidstaker, ikke pasientene. En annen sak er at også pasientene nyter godt av at leger har et forsvarlig arbeidsmiljø, men det er ikke tema for denne artikkelen. Tema for denne artikkelen er de rettighetene som enhver arbeidstaker – også leger – har til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Avgrensning av team

Arbeidsmiljøloven kapittel 4 inneholder regler som stiller krav til arbeidsmiljøet. Lovens generelle krav er at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig, se arbeidsmiljøloven § 4-1. Det vil føre for langt å gå inn i alle forhold som kan virke inn på arbeidsmiljøet og vurderingen av hva som er fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Jeg har derfor avgrenset artikkelen til å si noe generelt om fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert hvilke krav loven stiller til forsvarlig ledelse, samt den betydningen arbeidstid har for vurderingen av hva som er et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Rettslig standard

Kravet om fullt forsvarlig arbeidsmiljø er det som kalles en rettslig standard. Litt forenklet forklart er en rettslig standard et begrep som brukes for å beskrive at innholdet – i dette tilfellet «fullt forsvarlig arbeidsmiljø»- kan endre seg i takt med samfunnsutviklingen. Hva som er «fullt forsvarlig», må derfor tolkes i lys av de samfunnsnormene som gjelder på det aktuelle området, på den aktuelle tiden.

Begrepet «full forsvarlig arbeidsmiljø» betyr ikke nødvendigvis at all risiko skal elimineres. Men det innebærer en forpliktelse til at virksomhetene innretter seg og organiserer arbeidet på en slik måte at de kan drive et systematisk arbeidsmiljøarbeid, at arbeidsgiveren gir arbeidsmiljøarbeidet nødvendig oppmerksomhet og prioritet, at arbeidet med HMS (Helse, miljø og sikkerhetsarbeid) sikrer medvirkning fra arbeidstakerne og at det blir avsatt nødvendige budsjettmidler til dette arbeidet.

Om arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig, beror på en enkeltvis og samlet vurdering av alle forhold på arbeidsplassen som kan ha innvirkning på arbeidstakerne. Hvis den konkrete vurderingen viser at forholdene ikke er fullt forsvarlige, forutsettes det at man iverksetter tiltak. Et sentralt verktøy for arbeidsmiljøvurderingen er forskrift om systematisk helse, - miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheten

Arbeidsmiljøloven – en vernelov

Arbeidsmiljøloven er en lov som skal verne arbeidstakere. Jeg har undervist på mange kurs for tillitsvalgte opp gjennom årene, blant annet om arbeidsmiljøloven. Mer enn en gang har det vært nødvendig å fremheve at det er helt legitimt å være opptatt av eget vern som arbeidstaker. Det er mange leger og tillitsvalgte som nærmer seg arbeidsmiljøloven med det utgangspunkt at det er en viktig lov for vern av pasienter. Som nevnt innledningsvis vil også pasienter nyte godt av at leger har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, men pasienters vern følger av andre lover. Arbeidsmiljøloven er ment å verne leger (og alle andre arbeidstakere) slik at dere har en forsvarlig arbeidssituasjon.

Når ledelsen svikter

Det er veldig mange faktorer som spiller inn i vurderingen av om arbeidsmiljøet er forsvarlig i arbeidsmiljølovens forstand. Det er for eksempel lovregulert at arbeidstakere ikke skal utsettes for trakassering og annen utilbørlig opptreden. Dette står i arbeidsmiljøloven § 4-3 (2). Det er også slik at arbeidstaker skal – så langt som mulig – beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. I dette ligger også at leger skal beskyttes mot vold fra pasienter, pårørende eller andre aktører. Her har arbeidsgiver et særlig ansvar for å etablere systemer og prosedyrer for å ivareta den ansatte.

Av den grunn er det også utarbeidet utallige HMS prosedyrer rundt i det ganske land. Jeg har bistått leger der det dessverre har vært nødvendig å gå

inn i sykehusets prosedyre for oppfølging av ansatte etter alvorlige hendelser, rutiner for håndtering av vold og trusler mot pasient, ansatte og andre. Jeg har sett at prosedyreverket i konkrete saker har vært på plass. Men det hjelper dessverre så lite når arbeidsgiver ikke har et system for å følge egne HMS-prosedyrer.

For at legen skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, forutsetter det forsvarlig ledelse. Jeg kan nesten ikke understreke nok hvor viktig rolle leder har i arbeidet med arbeidsmiljøet. Og motsatt – i de saker der det går riktig galt, har det dessverre ofte sviktet på ledelse. Det grelleste eksempelet jeg selv har sett, er der en lege ble utsatt for vold – etter alt å dømme på grunn av jobben som lege – og hvor arbeidsgiver ved ledelsen sviktet fullstendig i oppfølgingen av legen. Arbeidsgiver sviktet både etter at legen hadde mottatt trusler, og etter at truslene ble gjort alvor av ved voldsutøvelse.

Det hjelper lite med HMS prosedyrer som i detalj beskriver arbeidsgivers plikter, herunder å politianmelde trusler mot egne ansatte – hvis arbeidsgiver ikke opptrer i tråd med egne retningslinjer. I det konkrete tilfellet ble arbeidsgiver orientert om truslene mot legen, og legen ba arbeidsgiver gjentatte ganger om å anmelde truslene. Arbeidsgiver anmeldte likevel aldri truslene, stikk i strid med egne prosedyrer.

Legen ble deretter utsatt for grov vold. Aktuell arbeidsgiver har også til dels detaljerte regler om håndtering av ansatte som blir utsatt for vold. Men arbeidsgiver fulgte heller ikke disse prosedyrene.

Det er heldigvis ikke ofte leger utsettes for vold i tilknytning til jobben som lege, men det skjer dessverre fra tid til annen. Vi kan ikke vite sikkert at voldsutøvelsen i denne konkrete saken hadde blitt avverget dersom arbeidsgiver hadde fulgt opp truslene på forsvarlig måte. Men det er ingen tvil om at legen ble utsatt for ekstra – og unødvendig – belastning ved arbeidsgivers unnfallenhet. Det er heller ingen tvil om at det var en tilleggsbelastning etter voldsepisoden at arbeidsgiver heller ikke da utviste nødvendig omsorg for legen som arbeidstaker. Dette er som sagt det grelleste eksempelet jeg selv har sett der ledelsen sviktet på alle punkter i å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø og i å utøve forsvarlig ledelse.

I saker som dette er det naturlig å bringe også vernetjenesten inn i saken. Arbeidsmiljøloven kapittel 6 har regler om verneombud og dets oppgaver, og kjerneoppgaven til verneombudet er saker som angår arbeidsmiljøet.

Ledelse

At ledelse er et viktig virkemiddel på veien mot forsvarlig arbeidsmiljø, har også lovgiver tatt på alvor. Av den grunn står det eksplisitt i arbeidsmiljøloven § 4-1 (2) at «Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, arbeidstidsordninger (.....) skal være slik at arbeidstaker ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas.» Ledelsen skal altså være slik at arbeidstaker ikke utsettes for uheldige psykiske eller psykiske belastninger.

Dette rommer mye. Blant annet plikten til å ha HMS prosedyrer på plass, samt å sørge for at prosedyrene er kjent og ikke minst – at de etterleves. Det innebærer også en plikt til forsvarlig konflikthåndtering. Forsvarlig konflikthåndtering innebærer minimum å ta tak i og undersøke de konflikter ledelsen blir kjent med. I tillegg til å iverksette relevante tiltak der det er behov for videre oppfølging.

Arbeidstidsordninger

Et forsvarlig arbeidsmiljø innebærer også forsvarlige arbeidstidsordninger. I sykehusene er det avtalt arbeidstidsordninger som angir en ytre grense for hvor mye legen kan arbeide per dag og per uke mv. Dette kalles i overenskomsten for vernebestemmelser. I tillegg jobber en del leger også tilfeldig overtid og uforutsette vakter. Dette har selvsagt en side til forsvarlighet etter helsepersonelloven. Men arbeidsmiljøloven har som tilleggskrav at arbeidstidsordningene skal være forsvarlige. Dette fremgår av arbeidsmiljøloven § 4-1 (2), og § 10-2 (1).

Kravet til forsvarlige arbeidstidsordninger innebærer at det må foretas en kartlegging og vurdering av aktuelle risikofaktorer. I dette ligger at det for den enkelte lege kan være begrensninger i adgangen til å jobbe etter vernebestemmelsenes ytre grenser dersom det vil medføre uheldige psykiske eller fysiske belastninger. I juridisk litteratur (blant annet i norsk lovkommentar av Tron Dalheim) er det fremhevet at de negative virkninger må bedømmes skjønnsmessig for den enkelte arbeidstaker. Så vel den psykiske som fysiske belastning må tas i betraktning. Arbeidstidsordningen må ses i sammenheng med arbeidssituasjonen for øvrig, ved at arbeid som innebærer en ekstra belastning for arbeidstaker, kompenseres gjennom eksempelvis hyppige pauser og kortere arbeidstid.

Arbeidstidsordningen omfatter både arbeidstidens lengde og plassering. Kravet om at arbeidstidsordninger skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger er ubetinget og kan ikke fravikes. Bestemmelsen gjelder også for arbeidstakere i ledende og i særlig uavhengige stillinger, jf. § 10-12 første og annet ledd.

Avsluttende kommentarer

Også planlegging og utformingen av arbeidet skal være fullt forsvarlig. Dette uttrykkes blant annet ved arbeidsmiljøloven § 4-1 (2). I tillegg står det i samme lov § 4-2 (2) at i utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger.

Forrige nummer av Overlegen (nr 3/2018) hadde seniorpolitikk som tema. Blant annet ble noen sentrale tall fra vårens Questback undersøkelse presentert. Et av funnene var at drøyt 42 prosent av de som svarte på undersøkelsen oppga at arbeidsoppgavene for eldre leger aldri/nesten aldri ble tilpasset. Jeg sier ikke med dette at arbeidsmiljøet av den grunn ikke er «fullt forsvarlig», det gir undersøkelsen ikke holdepunkter for å si noe om. Det jeg imidlertid sier, er at også arbeidsoppgaver kan inngå i vurderingen av om arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig. ●

Stavangermodellen
– *rask avklaring i mottak gir god pasientsikkerhet*

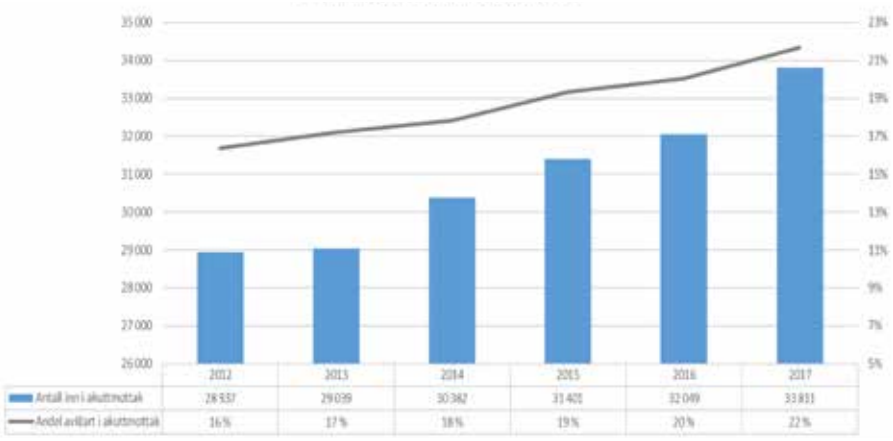
Foto: Sturlason

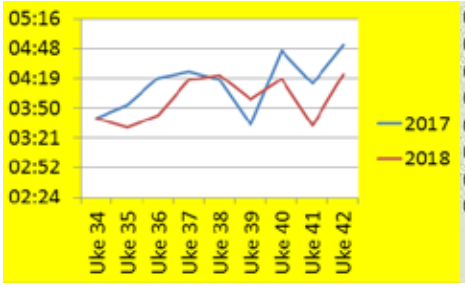
» Av **Arne Laudal Refsum**,
overlege, medlem av redaksjonskomitéen

- **Mange korridorpasienter og stort overbelegg tvang SUS til å endre driften.**
- **Langsiktig strategi for å utdanne leger i forbedringsarbeid en av suksessfaktorene**
- **Styrket vaktkompetanse i front. Erfarne LIS leder avklaringsmottaket**
- **Helseministeren vil belønne økt poliklinisering og dermed færre innleggelser**
- **Foreløpig taper man betydelige DRG-inntekter på ordningen**

Det er en stor økning i antall pasienter som henvises akuttmottaket ved Stavanger universitetssjukehus (SUS), og dette belaster hele organisasjonen. I tillegg skal sykehuset etter hvert over i nye bygg. Det har derfor vært helt nødvendig å se på driften på nytt, dels for å snu pasientstrømmene, dels for å gjøre de mer effektive.

Antall inn og andel avklart i akuttmottak

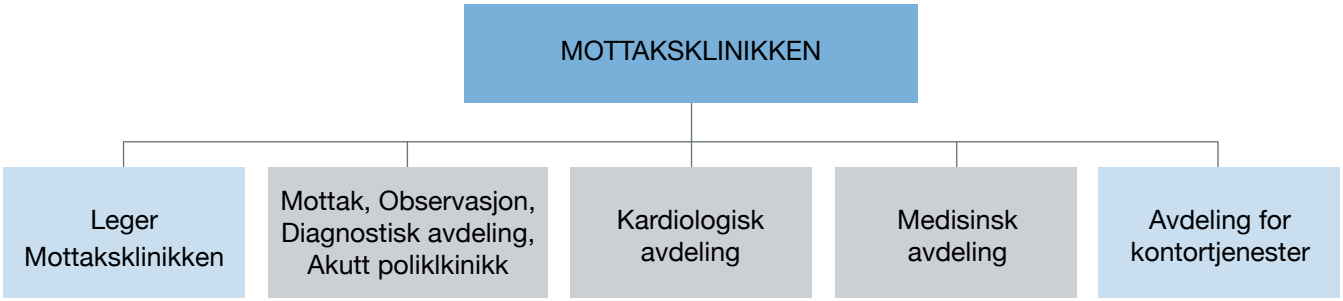




Oppholdstid, gule pasienter

Oppholdstid, grønne pasienter

Hvem er Mottaksklinikken



Eierskap og vaktordninger:
Mottaksavdelingen ved SUS, Stavanger universitetssjukehus, tilhører Mottaksklinikken. Dette er en stor klinikk, med 1200 ansatte, ca 850 årsverk og 140 leger. Klinikksjef Erna Harboe er tindrende klar på at et slikt eierskap er nødvendig for å få til god drift av mottaket. Det er medisinsk avdeling, inklusive kardiologisk avdeling som har flest pasienter gjennom mottaket. De er avhengig av en sammenhengende behandlingslinje fra mottak til sengepost, ev til poliklinikk eller dagpost, for å få det hele til å fungere. Her skjer det en triagefunksjon først, ledet av triagevakten som er en erfaren kardiologisk LIS Deretter kommer de pasientene det er aktuelt for til avklaringsmottaket som nå er bemannet med erfaren LIS eller overlege fra de andre medisinske subspesialitetene i tidsrommet 10-20. Pasienten vurderes for følgende alternativ: sendes hjem uten videre oppfølging, videre oppfølging hos fastlege, overføring til kardiologisk dagpost eller til «Døgn til dag»-poliklinikken (KDP) i løpet av noen uker eller innleggelse. Det hele skal være trygt og faglig fundert, med en godt utviklet metodebok, som inneholder lettfattelige behandlingsalgoritmer. Det har ikke vært noen økning i reinnleggelser eller dødsfall blant pasientene de har sendt hjem.

Litt mer om Mottaksklinikken

- Ca 850 årsverk – ca 1100 ansatte
- Ca 140 leger i Mottaksklinikken: 59 LIS leger, 16 turnusleger, 61 overleger
- **11 sengeposter**: OBA, Diagnostisk senter, Infeksjon avd, 2I (isolater), Nyreavd, Gastroavd, Lungeavd, Geriatri, Kardiologisk 3H/3G, MIO/MIKO
- **10 poliklinikker:** Medisinsk/lunge, Gastro, Kardiologisk, Reisemedisinsk, Infeksjons, Geriatrisk, Nyre, Diagnostisk, Endokrinologisk, Sykelig overvekt (SOP)
- **4 dagposter:** Kardiologisk dagpost, Medisinsk dagpost, Invasiv dagpost/seksjon, Dialyse seksjonen

Tor Melberg avdelingssjef kardiologi, Erna Harboe klinikksjef Mottaksklinikken, Anita Lyngøy avdelingsoverlege for Observasjonspost og Diagnostisk senter.

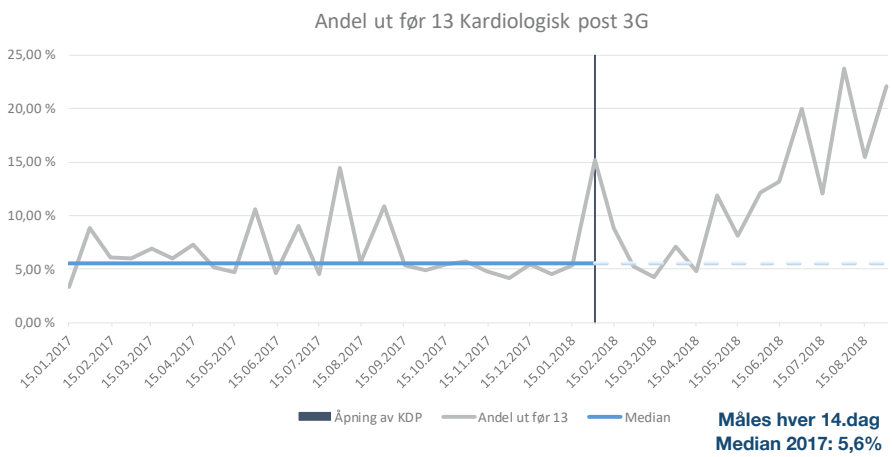
Aktivitetstall for KDP (febr-sept 2018) viser drift på planlagt nivå, uten alvorlige pasienthendelser

Indikator	Verdi
Antall sykehusopphold ved dagpost 3G	1 576
Antall unike pasienter	1 255
Antall dager ventetid før dagpost 3G	8.9
Ingen 30 dagers sykehusmortalitet	
Ingen kardiovaskulære hendelser i tiden fra index henvendelse til KDP (KDP er subakutt kardiologisk dagpost)	

Erna Harboe,
klinikksjef Mottaksklinikken – ca 1100 ansatte derav ca 140 leger

- Født: 1968, gift, 3 barn
- Utdannet Universitetet i Bergen 1996. Turnustjeneste: sykehustjeneste ved Flekkefjord og distrikttjeneste på Stord
- PhD 2009 i klinisk immunologi
- Tillitsvalgt Ylf ved medisinsk avdelig SUS sept. 2006 – sept. 2008.
- Ansattes representant i styret for Helse Stavanger f.o.m mars 2007, gjenvalgt i mars 2009 og desember 2010. Til sammen 6 år.
- Godkjent spesialist i indremedisin august 2008.
- Godkjent spesialist i infeksjonssykdommer februar 2011.
- 2012 – Avdelingsoverlege, medisinsk avdeling, Helse Stavanger HF
- Klinikksjef Mottaksklinikken 2015
- Nasjonalt Topplederprogram (NTP) høsten 2014
- Styremedlem i Diakonhjemmet sykehus fra august 2014 til d.d.

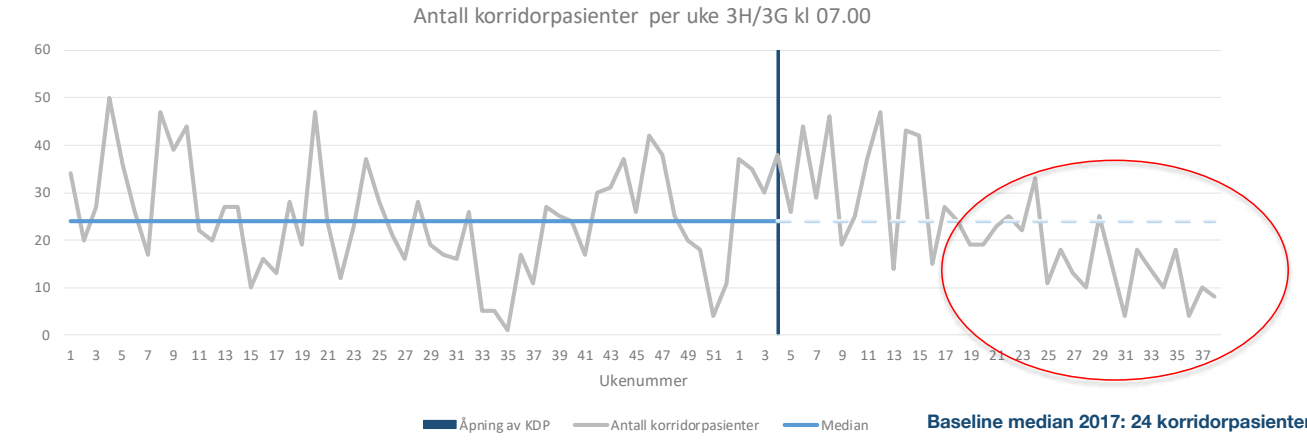
Andel pasienter utskrevet før kl. 13 øker



Måles hver 14.dag
Median 2017: 5,6%

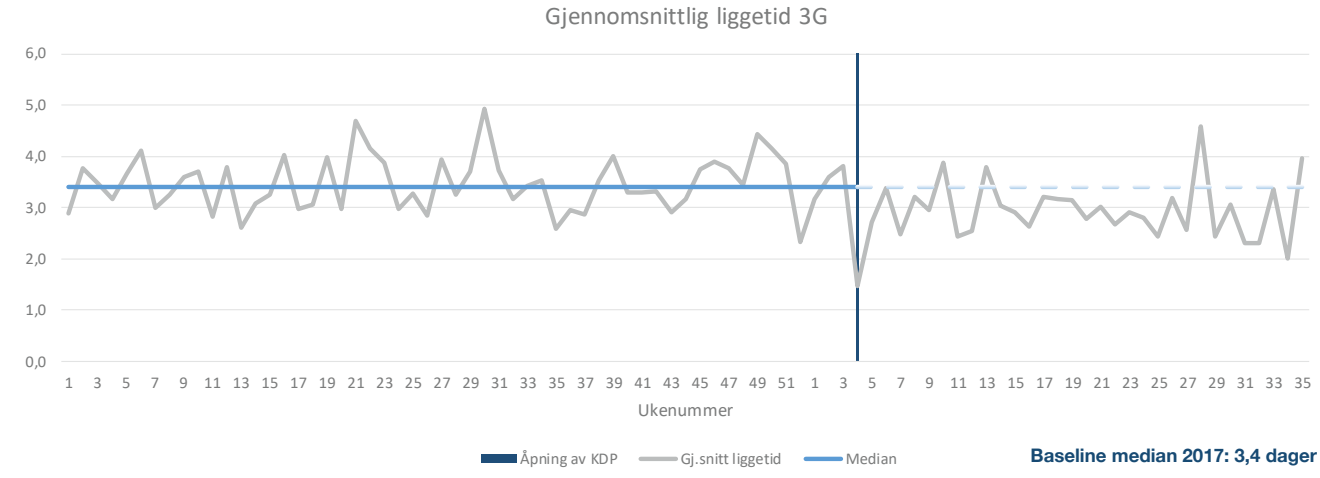
Prioritert visitt:
Et mottak fungerer ikke isolert. Ved SUS har det vært helt nødvendig å få til «prioritert visitt» på sengepostene, slik at pasientene der kommer raskt ut, og på den måten frigjør senger til nye pasienter som kommer inn. Dette tiltaket, kombinert med at legene som går visitt deltar på sengepostens tavlemøter, hvor ikke bare pasientsikkerhet som UVI, liggesår eller ernæringsstatus vurderes, men også det logistiske knyttet til utredning og forventet utskrivelse, og fag og fremdrift er sentrale punkter. Suksessfaktorer er å informere pasienten/pårørende og kommunehelsetjenesten om hjemreise så tidlig som mulig, strukturerte journalnotater, og legekontinuitet.

Resultatmål 1: Antall korridorpasienter 3H/3G er på vei nedover
3H/3G = subakutt kardiologisk sengepost

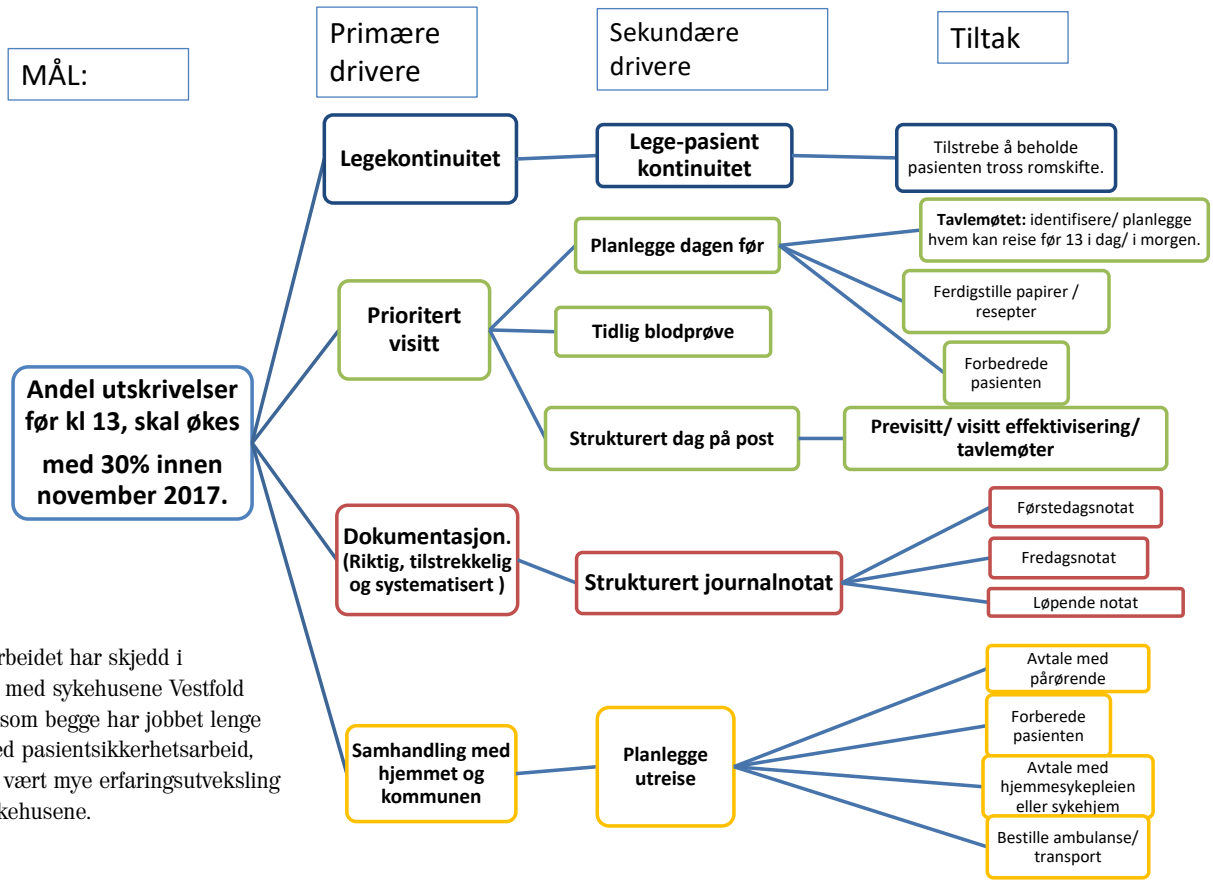


Baseline median 2017: 24 korridorpasienter pr uke

Gjennomsnittlig liggetid for innlagte pasienter på 3GH har gått ned
3H/3G = subakutt kardiologisk sengepost



Baseline median 2017: 3,4 dager



Endringsarbeidet har skjedd i samarbeid med sykehusene Vestfold og AHUS, som begge har jobbet lenge og mye med pasientsikkerhetsarbeid, og det har vært mye erfaringsutveksling mellom sykehusene.

Leger leder omstillingsarbeidet:
Det har vært en viktig faktor at legene har vært helt sentrale i omstillingsarbeidet. Klinikklederen tok selv utdanning i forbedringsarbeid i 2013 og totalt har 6 overleger nå slik kompetanse, mens 3 nye er underveis. LIS-leger brukes i dette arbeidet, for eksempel når de er gravide og må ha lettelser i det vanlige kliniske arbeidet, og gjør da analyser som brukes i videre planlegging. Et eksempel på slikt arbeid er:

Dårlig økonomi:
En slik omlegging er ikke nødvendigvis gunstig økonomisk, dersom man bare ser på DRG-inntekter. Anslagsvis har klinikken tapt 30 millioner kr i 2017. Men man lagt ned 5 senger på sengepostene og ved den tilhørende reduksjonen i pleiepersonale har man skaffet seg rom til å øke antall leger. Helseministeren og Helsedirektoratet har nå varslet endringer i DRG-satsene slik at en poliklinisering som de har fått til ved SUS vil lønne seg, mens satsene for inneliggende reduseres, slik at dette totalt er et 0-sums spill. ●

Hvilke tiltak har vi iverksatt gjennom årene

- Etablering av «Døgn til dag for ØH pasienter» - poliklinikk som innebærer direktebooking av poliklinisk time i akuttmottak har økt andelen ØH pasienter som håndteres i akuttmottaket uten innleggelse fra ca 16% - 24% i perioden 2012-18
- Etablering av brystsmerteenhet i observasjonspost har forenklet diagnostisk avklaring og gitt kortere forløp for denne pasientgruppen
- Stolkrok i akuttmottak gir en bedre ventesituasjon for pasientene og en forventning om diagnostikk, avklaring og oppfølging – ikke nødvendigvis innleggelse – ila høst 18 etableres «Avklaringsmottak»
- Tavlemøter på sengepostene som sikrer sjekkliste for pasientsikkerhetsaspekter og progresjon i utredning /behandling har gitt en betydelig reduksjon i liggetid
- Metodebok på intranett har gitt kunnskapsbasert beslutningsstøtte for polikliniserte forløp for pasientene
- Kurs i klinisk ledelse har gitt bevissthet om rolle i behandlingsteamet rundt pasienten
- Det er utviklet et planverk for høy aktivitet som identifiserer faktorer som bidrar til overbelegg og tiltak innrettet mot disse både i akuttmottak og i sengeposter
- Diagnostisk sengepost/poliklinikk har gitt koordinert og effektiv utredning av pasienter med mistenkt alvorlig sykdom.
- Det er etablert en lege i triage som identifiserer dårlige pasienter tidlig til intensivert oppfølging og egnede pasienter til rask diagnostisk avklaring
- Det er etablert medisinsk og kardiologisk dagpost

Seksuell trakassering – kampen er ikke over

Det siste årets oppmerksomhet mot seksuell trakassering, overgrep og maktmisbruk i helsevesenet har vært viktig og høyst nødvendig. Bevisstheten om problemet har økt, både blant sykehusets ledere, ansatte – og i Legeforeningen. Men vi er ennå ikke i mål. Langt i fra.

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

» Av **Jon Helle**, leder Overlegeforeningen

For snart ett år siden ble oppropet #UtenTaushetsplikt lansert. Kampanjen avdekket at kvinnelige leger og medisinerstudenter ble utsatt for seksuell trakassering i et stort omfang. Oppropet ble lansert i kjølvannet av nettkampanjen #Metoo. Overlegeforeningen kom den gang med en støttende uttalelse, se faksimile. Uttalelsen er fortsatt aktuell.

Som overleger i en faglig hierarkisk sykehusverden er vi i en posisjon hvor vi har mye makt over andre ansatte. Den første viktige erkjennelsen er at vi står i en slik maktposisjon. Og denne makten skal ikke misbrukes, men utøves slik at den sikrer god pasientbehandling og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Fafo-undersøkelsen i april-mai 2018, som Legeforeningen initierte, viste at 16 prosent av de yrkesaktive medlemmene som svarte, hadde blitt utsatt for seksuell trakassering på arbeidsplassen eller i jobbrelaterte arrangement i løpet av yrkeskarrieren. Tallet var 22 prosent blant kvinner og 8 prosent blant menn. 58 prosent svarte at det var fra en legekollega, og 71 prosent av dem var en overordnet. Kun 15 prosent hadde meldt fra til noen.

Resultatene ble publisert i Tidsskriftet for Den norske legeforening 3. september 2018, og tematikken er også berørt i senere numre av Tidsskriftet.

Etter #MeToo og #UtenTaushetsplikt har det forhåpentligvis skjedd noe, nemlig at flere tenker seg om og skjønner hva som kan være krenkende, og at flere våger å si fra og blir tatt på alvor.

«Kampen mot seksuell trakassering i helsevesenet er ikke bare et anliggende for de som utfører den trakasserende handlingen. Den gjelder oss alle»

De fleste overleger vet hva som er respekt i praksis, hva man skal si og gjøre, og hva man rett og slett verken sier eller gjør. Og føler seg trygge på at de klarer det. Vi kan likevel kan plumpe uti det ved å være sleivete, kanskje ment som munterhet, og plutselig hører hva vi har sagt, og skjønner umiddelbart at det skulle vært usagt. Da vet vi at den eneste farbare veien er en ekteføld og uforbeholden unnskyldning eller beklagelse der og da. Jeg tror ikke det er lurt å «frikjenne» seg selv før andre gjør det.

De fleste vet også hvordan nødvendig konstruktiv kritikk og tilbakemelding til kolleger skal gjøres, uten at det blir oppfattet som krenkelse eller trakassering.

Som maktpersoner kan det være vanskelig å se seg selv utenfra. Å ha bevissthet om hvordan våre ord, kroppsspråk og handlinger virker på andre, er likevel en nødvendig øvelse. Vi kan undervurdere negative konsekvenser for andre av den atferden vi har. Det er ikke alltid så lett å se hvordan man selv eventuelt kan oppleves som manipulerende, devaluerende, diskriminerende eller trakasserende. Dette var noe av bakgrunnen for at jeg i et av oppslagene om #UtenTaushetsplikt i Aftenposten 10.desember 2017 uttalte at «... alle må gå i seg selv – personer, organisasjoner og ledelse. Dette er brudd på alt vi har lært om å behandle hverandre med respekt og vise god folkeskikk.»

Et annet problem kan være at det ikke er så lett å oppdage de skjulte trakasserende mønstrene i et arbeidsmiljø. Det kan være ganske subtile forhold, lite synlig for andre, men likevel veldig belastende for dem som utsettes for det. Dette vet vi også mye om fra tillitsvalgtarbeidet.

Når vi først ser at noe er uryddig eller helt galt, hva gjør vi da? Står vi opp og sier fra? Er vi unnfallende? Eller er vi indirekte eller direkte en del av det hele? Kampen mot seksuell trakassering og nedverdigende holdninger i helsevesenet er derfor ikke bare et anliggende for de som utfører den trakasserende handlingen. Den gjelder oss alle.

Vi vet at noen ikke oppfører seg som de skal. Det kan være enkeltpersoner som utnytter sin posisjon, kanskje flere ganger. Eller enkelte miljøer som har en uakseptabel kultur eller tone hvor diskriminering eller trakassering får skje, skjult eller ganske åpent.

Slik skal det ikke være. Hvis den enkelte ikke selv vil, eller klarer, å se og rette opp det uakseptable, påhviler det ledere et stort ansvar å rydde opp, på en måte som sikrer god ivaretakelse og forsvarlig håndtering av begge parter.

Kort sagt: Vi har alle et ansvar for å bidra til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Det må ikke være tvil om standarden vi skal og vil leve opp til. ●

Of støtter oppropet mot seksuell trakassering

Overlegeforeningen ser svært alvorlig på historiene som avdekker at kvinnelige leger og medisinerstudenter er blitt utsatt for seksuell-trakassering på jobb.

3200 leger og medisinerstudenter har undertegnet oppropet #utentaushetsplikt, som viser at seksuell trakassering, overgrep, maktmisbruk, utestengning og utstrakt bruk av hersketeknikker er et problem i helsevesenet.

Alle arbeidstakere har krav på et full forsvarlig arbeidsmiljø, og skal ikke utsettes for adferd hvor deres integritet og verdighet blir krenket.

Helsevesenet lever av tillit. Det gjelder både systemet som sådan, og den enkelte lege. Arbeidsmiljøet i helseinstitusjonene må være preget av den samme tilliten, både mellom ulike yrkesprofesjoner, kjønn og aldersgrupper.

Enhver lege står også i en maktposisjon og bevisstheten om det er i seg selv forebyggende. De historiene som avdekkes i oppropet viser at enkelte mannlige leger utnytter maktforholdet til å trakassere kvinnelige leger. En slik adferd er totalt uakseptabel.

Historiene som blir fortalt er rystende lesning. Det er avgjørende viktig at disse historiene blir tatt på alvor og at de som varsler får trygghet og blir ivaretatt.

Overlegeforeningen støtter oppropet, og er enig i at den omfattende dokumentasjon viser at det kreves endringer i helsevesenet, som gir alle ansatte trygghet for ikke å bli utsatt for trakasserende adferd fra overordnede og kollegaer.

Jon Helle, leder
Norsk overlegeforening
Desember 2017

Vinner av Forbedringsprisen 2018

Forbedringsprisen 2018 ble tildelt overlege Anlaug Vatne ved nyfødtintensiv-avdelingen, Stavanger universitetssjukehus. Prisen deles ut av Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» til personer eller team i helsevesenet som har utmerket seg innen kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og/eller arbeidsmiljø

Foto: Sturlason

» Av **Arne Laudal Refsum**, medlem av redaksjonskomitéen

Foto: Jon Helle

Foto: Stig M. Weston

OVERLEGEN gratulerer med prisen. Du har all mulig grunn til å være stolt. Er du også fornøyd?
Ja, veldig stolt og fornøyd av å bli utvalgt til å vinne en slik pris. Det viktige for oss er at total bruk av antibiotika er redusert med 65 %, bruk av diagnosen klinisk sepsis som vi vet henger sammen med overforbruk av antibiotika, er redusert med 70 %. Det undertegnede er imidlertid mest stolt av, er at vi har redusert CRP takninger på barselavdelingen med 80 %!

Hva har vært prosjektets mål?
Vi så at vi ga 2,8% av terminbarna antibiotika, mens landsgjennomsnittet var 2,2%, og vi så at vi brukte diagnosen klinisk sepsis for ofte. Helseatlaset viste senere at det var 4 ganger høyere risiko for at et nyfødt barn i Stavanger ville bli behandlet med antibiotika sammenlignet med et barn født i Førde. Målet med studien var å redusere unødvendig antibiotika til de barna som ikke har sepsis, og vi satte oss som mål å redusere unødvendig antibiotika til under 1 % innen august 2016.

Hvorfor brukte dere sepsisdiagnosen så ofte?
Nyfødtperioden er den tiden i livet med høyest forekomst av sepsis. Neonatal sepsis er en fryktet tilstand med høy risiko for både mortalitet og morbiditet, og tidlig igangsatt behandling med antibiotika er viktig. Det kan være klinisk vanskelig å skille neonatal sepsis fra andre vanlige nyfødtlidelser. Det er fordi sepsis er en klinisk diagnose, og det er ingen blodprøver som med sikkerhet kan hjelpe oss til å stille diagnosen på det tidspunktet som antibiotika startes.

Hvilke konsekvenser kan dette ha?
Dette gjør at det tradisjonelt sett har vært brukt mye antibiotika til nyfødte barn. Dette kan ha både samfunnsmessige og individuelle konsekvenser. Bruk av antibiotika gir risiko for utvikling av resistente og multiresistente bakterier. Nyfødte barn som blir kolonisert med multiresistente bakterier forblir lengre kolonisert enn det voksne gjør, og de smitter lettere andre for eksempel andre medlemmer av husstanden enn det voksne gjør. For spebarn som har fått antibiotika, har de økt risiko for å få astma og atopi senere i livet, og behandling med antibiotika før barn er 1 år gammel, gir økt risiko for juvenil artritt og overvekt senere i livet.

Foto: Stig M. Weston

Hvordan gikk dere frem?
Initialt testet vi ut ulike ideer for endring i en liten gruppe leger og sykepleiere i småskalatesting. Vi ønsket å lage et verktøy som kunne hjelpe oss klinisk til å skille barn med symptomer på sepsis fra nyfødte barn som ikke har sepsis. Systemet måtte også være så trygt at alle opplevde endringen som trygg og gjennomførbar. Vi startet derfor med systematiske kliniske observasjoner av den nyfødte, der røde flagg i observasjonsskjemaet markerte unormale verdier/funn. Vi brukte det samme observasjonsskjemaet som vi allerede hadde, og la til flere verdier slik at endringen ikke skulle blir for stor. Vi innførte begrepet «timesobservasjoner» på alle barn innlagt med mistanke om sepsis og lagde en rutine for hvordan og når vi skulle gjennomføre timesobservasjonene.

Jeg var så heldig å få ta Fellowship i Skottland i 2016, og lærte der en systematisk metode for design og implementering av kvalitetsforbedringsprosjekter. Vi brukte Forbedringsmodellen som metode i prosjektet vårt.

Var det vanskeligheter underveis?
Det var svært viktig for oss at endringen vi innførte skulle være trygg og sikker. De første månedene registrerte vi timer fra barnet ble innlagt til antibiotika ble startet- det var ingen forsinkelse på oppstart av behandling. Snarere så vi en tendens til at barn som senere viste seg å ha sepsis enten ved positiv blodkultur eller at det tilfredsstilte kriteriene for definisjon av klinisk sepsis, raskere fikk behandling enn før. Denne tendensen var imidlertid ikke statistisk signifikant. Rask igangsatt antibiotikabehandling er svært viktig for prognosen ved neonatal sepsis, dette gjelder for både mortalitet og morbiditet. Vårt forbedringsprosjekt har vist at vi har klart å redusere unødvendig antibiotika samtidig med at sikkerheten til det nyfødte barnet opprettholdes.

Hvordan har det så gått etter hvert?
Etter noen runder med testinger, startet vi opp med prosjektet i mars 2016, og innen august 2016 hadde vi nådd målet vårt om å redusere unødvendig antibiotika. Prosjektet har vist seg bærekraftig gjennom 2016, 2017 og 2018, og det er godt implementert i daglige rutiner og drift. Initialt var resultatene avhengige av at teamet var tilstede i avdelingen, slik er det ikke lengre. NHS beskriver bærekraftighet som når de nye rutinene og endringene har blitt den nye normen. Dette er tilfellet hos oss. Vi har etter at vi innførte de nye rutinene, redusert unødvendig antibiotika med 70 %. Dette resultatet er vi stolte av. Det har vært en generell nedgang i bruk av antibiotika på Nyfødtintensiv avdelinger i hele Norge. Denne nedgangen tror vi imidlertid er en del lavere enn det vi har fått til på Stavanger Universistetsjukehus.

Andre effekter av prosjektet?
Vi jobbet også samtidig systematisk med pasientsikkerhetskultur i avdelingen. Vi har hatt brukergruppe av foreldre som har hatt eller har innlagt barn i avdelingen. Disse har gitt oss nyttige innspill. Vi har jobbet med kultur, tverrfaglighet og å bygge opp et godt arbeidsmiljø og god sikkerhetskultur. Legene og sykepleierne i avdelingen har alle gitt tilbakemelding om at de føler at prosjektet har vært trygt og positivt. Det samme har vært tilfellet der vi har spurt brukerne som her er foreldrene. ●

Leder eller venn?

Å lede tidligere kolleger byr ofte på utfordringer som må håndteres gjennom bevisste valg.

Foto: Handelshøyskolen BI

» Av **Linda Lai**, professor i organisasjonspsykologi og ledelse ved Handelshøyskolen BI

Artikkelen er tidligere publisert som kommentarartikkel om ledelse i Dagens Næringsliv 10. september 2018 (og på dn.no dagen før). Saken gjengis med tillatelse

Ledere rekrutteres ofte fra gruppen de skal lede. Mange har jobbet tett med kolleger over tid. De kjenner hverandre personlig og ser på hverandre som venner. Når en kollega og venn blir leder, endres maktbalansen. Venner har lik makt seg imellom. Ledere og medarbeidere har ikke det.

Vennskap mellom kolleger har positive effekter, som økt åpenhet, inkludering og trivsel, men kan også ha negative effekter. Vennskapet kan ta tid og oppmerksomhet bort fra jobben, føre til favorisering samt skape usikkerhet og en følelse av ekskludering blant andre kolleger. Vennskap mellom ledere og medarbeidere forsterker risikoen for slike negative konsekvenser.

Ledelse av tidligere kollega-venner

En fersk studie, publisert i anerkjente Leadership Quarterly, viser at ledere som er venner med tidligere kolleger, møter flere typer utfordringer.

En type utfordring handler om bli tatt seriøst som leder og unngå å bli utnyttet. Noen ledere opplever at tidligere kollega-venner ikke ønsker å ha dem som leder, og at de selv dermed mister naturlig makt og legitimitet i lederrollen.

Andre ledere opplever at tidligere kollega-venner ber om spesialbehandling og personlige tjenester eller forventer mye tid for å snakke om personlige ting.

En annen type utfordring er knyttet til maktforskjellen og hvordan lederens makt påvirker selve vennskapet. En leder sitter på informasjon han eller hun ikke kan dele med alle sine medarbeidere. En medarbeider som ser på seg selv som en venn, oppfatter ofte manglende deling av informasjon som mistillit eller manglende fortrolighet.

En leder må også kunne være retningsgivende og ta upopulære beslutninger. Mange ledere opplever at dette er noe av det aller vanskeligste overfor tidligere kollega-venner.

Ledere som har tidligere kollega-vennskap, velger ofte en av tre strategier. Hvilken identitet de har som leder ser ut til å være mest avgjørende.

«Leder, ikke venn»-strategien

En strategi er «Leder, ikke venn». Noen velger å avslutte tidligere vennskap og gå fullt og helt inn i lederrollen. De kan likevel ha et godt forhold til sine tidligere kolleger, men det personlige vennskapet avvikles.

Ledere som velger denne strategien har ofte en sterk, personlig identitet som leder. De er ofte maktmotiverte og oppgavefokuserte samt har klare mål og høye ambisjoner for sin lederkarriere. De refererer ofte til seg selv som «leder» eller «sjef».

«Veksle mellom roller»-strategien

En annen strategi er å «Veksle mellom roller». Dette innebærer å skille klart mellom rollen som leder og rollen som venn.

Noen ledere gjør dette ved å skille mellom arbeidstid og fritid. Andre kommuniserer forventninger til medarbeider-venner og setter grenser.

Ledere som velger denne strategien har en rollebasert lederidentitet. Å være leder er en jobb de har påtatt seg. For å lykkes med å skille rollen som leder og venn, er de imidlertid avhengige av at medarbeider-venner klarer å gjøre det samme.

«Ledelse gjennom vennskap»-strategien

En tredje, og mindre hensiktsmessig, strategi er «Ledelse gjennom vennskap». Ledere som velger denne strategien prøver å smelte lederrollen sammen med vennerollen, og har ofte en svak identitet som leder.

Mange ser ikke på seg som ledere og har sterk beslutningsvegring. De vil være venner med alle og abdiserer fra lederrollen og ansvaret den medfører. De forveksler relasjonsbasert ledelse med kompisledelse.

Mange ledere er ikke forberedt på utfordringene som venter overfor tidligere kollega-venner og velger strategi helt ubevisst.

Ved rekruttering bør man derfor teste ut hvilke refleksjoner lederkandidater har rundt utfordringer med tidligere kollega-venner samt valg av strategi.

Flere organisasjoner bør også i større grad vurdere rekruttering på tvers fremfor fra grupper der kolleger har dannet vennskap som kan være til hinder for god ledelse. ●

Referanse: Unsworth, K.L., Kragt, D. og Johnston-Billings, A.: Am I a leader or a friend? How leaders deal with pre-existing friendships, Leadership Quarterly. https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.07.003

TARIFFKURS PÅ DANSKEBÅTEN
(Oslo-København-Oslo)

Landsrådet og tillitsvalgte!

6. – 8. februar 2019

Tillitsvalgte og landsrådsrepresentanter
blir igjen invitert av Of til tariff-kurs på Danskebåten.
Det er sendt ut invitasjon til den enkelte,
se også www.overlegeforeningen.no
evt. https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/moter-og-aktiviteter/tariffkurs/#28452

Merk tidsrommet, sett av tid.

Kurset vil som vanlig evaluere forhandlingssituasjonen og planlegge vårens forhandlinger.

Helle H. Hein, professor i økonomi ved CBS har holdt foredraget sitt: «Primadonnaer, trenger vi dem» en rekke ganger her i Norge. Arbeidstagerne deles inn etter motivasjonen til arbeidsoppgavene i 4 grupper. Primadonna, prestasjonstripper, pragmatiker og lønnsmottager. Dersom man ikke gir arbeidstakeren rom nok til å utøve faget, vil han/hun kunne regrediere nedover i motivasjons-pyramiden.

I dette nummer av bladet offentliggjøres Rambøllundersøkelsen, og sykehuslegene svarer negativt på grad av autonomi og på mulighet til å ha innflytelse på arbeidshverdagen.

Når man kombinerer denne oppfattelsen av egen hverdag på jobb for mennesker som kanskje er Norges best utdannede yrkesgruppe, og som har ansvar for liv og død, da er det betenkelig. Det varsler ikke godt for fremtiden når yngre leger gjennomgående svarer mer negativt enn eldre leger. Vi regredierer til å bli lønnsmottagere, vi er opptatt av vernebestemmelser, forsvarlig arbeids-miljø og overtidsbetaling.

Tidligere arbeidsmiljøundersøkelser har vist det samme, men arbeidsgiversiden er mer opptatt av å vinne streiker, slik at de dessverre bare for-sterker denne trenden, med ytterligere bruk av arbeidsgivers styringsrett istedenfor å fremelske primadonnaegenskapene.

Og vi ? Vi blir lønnsmottagere. Og timetellere.

«Haukugla»

C
T

Eliquis «Bristol-Myers Squibb, Pfizer» *Antitrombotisk middel.* **ATC-nr.: B01A F02**

TABLETTER, filmdrasjerte ***2,5 mg og 5 mg:*** *Hver tablett inneh.:* Apiksaban 2,5 mg, resp. 5 mg, laktose. Fargestoff: 2,5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 5 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** *Tabletter 2,5 mg og 5 mg:* Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer (NVAF) med én eller flere risikofaktorer, slik som tidligere slag eller transitorisk iskemisk anfall (TIA), alder ≥75 år, hypertensjon, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvikt (NYHA klasse ≥II). Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av residiverende DVT og LE (VTEt) hos voksne (se forsiktighetsregler for hemodynamisk ustabile LE-pasienter). *Tabletter 2,5 mg:* Forebygging av venøs tromboembolisk sykdom (VTE) hos voksne pasienter som har gjennomgått elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi. **Dosering:** ***Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne med ikke-valvulær atrieflimmer (NVAF):*** Normaldosering: 5 mg 2 ganger daglig. Behandlingen bør fortsettes over en lang periode. ***Behandling av DVT og LE:*** Normaldosering: 10 mg tatt oralt 2 ganger daglig i de første 7 dagene, etterfulgt av 5 mg tatt oralt 2 ganger daglig. Kort behandlingsvarighet (minst 3 måneder) bør være basert på forbigående risikofaktorer (f.eks. nylig gjennomgått kirurgi, traumer, immobilisering). ***Forebygging av residiverende DVT og LE (VTEt):*** Normaldosering: 2,5 mg 2 ganger daglig. Når forebygging av residiverende DVT og LE er indisert, bør dosen på 2,5 mg 2 ganger daglig initieres etter fullført 6 måneders behandling med apiksaban 5 mg 2 ganger daglig eller med en annen antikoagulant (se SPC for mer informasjon). Samlet behandlingsvarighet bør tilpasses den enkelte etter nøye vurdering av fordel med behandling mot risiko for blødning. ***Forebygging av VTE hos voksne ved elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi:*** Normaldosering: 2,5 mg 2 ganger daglig. 1. dose 12-24 timer etter kirurgisk inngrep. Tidspunkt må bestemmes ut fra vurdering av potensiell fordel av tidlig antikoagulasjon som VTE-profylakse og risiko for post-kirurgisk blødning. *Etter elektiv hofteprotesekirurgi hos voksne:* Anbefalt behandlingsvarighet er 32-38 dager. *Etter kneprotesekirurgi hos voksne:* Anbefalt behandlingsvarighet er 10-14 dager. ***Overgang fra/til andre preparater:*** Endring fra parenterale antikoagulantia til Eliquis (og omvendt) kan gjøres ved neste planlagte dose; disse legemidlene bør ikke administreres samtidig. Ved endring av behandling fra vitamin K-antagonist (VKA) til Eliquis bør warfarin eller annen VKA-behandling seponeres og Eliquis igangsettes når internasjonal normalisert ratio (INR) er <2. Ved endring fra Eliquis til VKA-behandling bør administrering av Eliquis fortsettes i minst 2 dager etter start av VKA-behandling. Etter 2 dagers samtidig administrering bør en INR-prøve tas før neste planlagte dose av Eliquis. Samtidig administrering bør fortsettes inntil INR er ≥2. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child Pugh A eller B). Ingen dosejustering nødvendig. Brukes med forsiktighet ved forhøyede leverenzymer eller forhøyet totalbilirubin. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon uten andre kriterier for dosereduksjon (alder, kroppsvekt) er dosejustering ikke nødvendig. Men ved forebygging av slag og systemisk embolisme hos pasienter med NVAF og serumkreatinin ≥133 µmol/liter forbundet med alder ≥80 år eller kroppsvekt ≤60 kg, er dosereduksjon nødvendig, 2,5 mg 2 ganger daglig anbefales. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCR 15-29 ml/minutt) gjelder følgende anbefalinger: Ved forebygging av slag og systemisk embolisme hos pasienter med NVAF: Laveste dose, 2,5 mg 2 ganger daglig. For behandling av DVT, behandling av LE og forebygging av residiverende DVT og LE (VTEt) eller ved forebygging av VTE ved elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi (VTEp): Apiksaban brukes med forsiktighet. Det er ingen klinisk erfaring hos pasienter med ClCR <15 ml/minutt, eller hos pasienter på dialyse, og apiksaban er derfor ikke anbefalt. *Barn og ungdom <18 år:* Ingen data tilgjengelig. *Eldre:* NVAF: Ingen dosejustering er nødvendig, med mindre kriteriene for dosereduksjon er oppfylt (se Dosereduksjon ved spesielle kriterier). VTEt og VTE: Ingen dosejustering nødvendig. *Dosereduksjon ved spesielle kriterier:* Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne med NVAF: Til pasienter med minst 2 av følgende karakteristika; alder ≥80 år, kroppsvekt ≤60 kg, eller serumkreatinin ≥133 µmol/liter, anbefales 2,5 mg 2 ganger daglig. *Pasienter som gjennomgår konvertering:* Apiksabanbehandling kan startes opp eller fortsettes hos pasienter med NVAF som kan ha behov for konvertering. Hos pasienter som ikke tidligere er behandlet med antikoagulantia, bør minst 5 doser apiksaban 5 mg 2 ganger daglig (2,5 mg 2 ganger daglig hos pasienter som oppfyller kriteriene for dosereduksjon (se Dosereduksjon ved spesielle kriterier og Nedsatt nyrefunksjon)) gis før konvertering for å sikre tilstrekkelig antikoagulasjon. Dersom konvertering er nødvendig før 5 doser apiksaban kan gis, bør en metningsdose på 10 mg gis, etterfulgt av 5 mg 2 ganger daglig. Doseringsregimet bør reduseres til en metningsdose på 5 mg etterfulgt av 2,5 mg 2 ganger daglig dersom kriteriene for dosereduksjon er oppfylt (se Dosereduksjon ved spesielle kriterier og Nedsatt nyrefunksjon). Metningsdosen bør gis minst 2 timer før konvertering. Før konvertering bør det bekreftes at apiksaban er tatt som forskrevet. Beslutninger vedrørende behandlingsoppstart og -varighet bør ta hensyn til etablerte anbefalinger i retningslinjer for antikoagulasjonsbehandling hos pasienter som gjennomgår konvertering. ***Administrering:*** Svelges med et glass vann. Kan tas med eller uten mat. Kan knuses eller oppløses i vann, 5% dekstrose i vann (D5W) eller eplejuice, eller blandes med eplemos og gis umiddelbart. Kan knuses og oppløses i 60 ml vann eller D5W og gis umiddelbart gjennom nasogastrisk sonde. Knuste tabletter er stabile i vann, D5W, eplejuice og eplemos i opptil 4 timer. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv, klinisk signifikant blødning. Leversykdom assosiert med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Lesjoner eller tilstand som vurderes som signifikant risikofaktor for alvorlige blødninger. Dette kan inkludere gjeldende eller nylig gastrointestinal blødning, tilstedeværelse av ondartede svulster med høy risiko for blødning, nylig hjerne-, spinal- eller øyekirurgi, nylig intrakraniell blødning, kjente eller mistenkte øsofagusvaricer, arteriovenøse misdannelser, vaskulære aneurismer eller store intracerebrale vaskulære misdannelser. Samtidig behandling med noen andre antikoagulantia f.eks. ufraksjonert heparin (UHF), lavmolekylært heparin (enoksaparin, dalteparin etc.), heparinderivater (fondaparinux etc.), orale antikoagulantia (warfarin, rivaroksaban, dabigatran etc.) unntatt under spesifikke forhold rundt bytte av antikoagulantbehandling, eller når UHF er gitt ved doser som gjør det nødvendig å opprettholde et åpent sentralvenøst eller arterielt kateter. **Forsiktighetsregler:** *Blødningsrisiko:* Pasienter overvåkes nøye for tegn til blødning. Brukes med forsiktighet ved tilstander med økt risiko for blødninger. Behandling må avbrytes ved alvorlige blødninger. Kombinasjon med acetylsalisylsyre må anvendes med forsiktighet pga. potensielt høyere blødningsrisiko. Selv om behandling med apiksaban ikke krever rutinemessig monitorering av eksponering, kan en kalibrert kvantitativ anti-faktor Xa-analyse være nyttig ved spesielle tilfeller hvor informasjon om apiksabaneksponering kan være til hjelp ved kliniske avgjørelser, f.eks. overdose og akuttkirurgi. *Mekaniske hjerteklaffer:* Bruk av Eliquis er ikke anbefalt. *Kirurgi og invasive prosedyrer:* Eliquis bør seponeres minst 48 timer før elektiv kirurgi eller elektive prosedyrer ved moderat eller høy risiko for blødning. Dette inkluderer prosedyrer hvor sannsynligheten for klinisk signifikant blødning ikke kan ekskluderes eller hvor risikoen for blødning er uakseptabel. Eliquis bør seponeres minst 24 timer før elektiv kirurgi eller invasive prosedyrer ved lav risiko for blødning. Dette inkluderer prosedyrer hvor enhver blødning som oppstår er forventet å være minimal, på et ukritisk område og som kan enkelt håndteres. Dersom kirurgi eller invasive prosedyrer ikke kan utsettes, bør forsiktighet utvises mht. økt blødningsrisiko. Denne blødningsrisikoen bør veies opp mot behovet for operasjonen. Eliquis bør igangsettes på nytt så fort som mulig etter invasive prosedyrer eller kirurgisk operasjon forutsatt at den kliniske situasjonen tillater det og tilstrekkelig homeostase er etablert. *Midlertidig seponering:* Seponering av apiksaban pga. aktiv blødning, elektiv kirurgi eller invasive prosedyrer øker risikoen for trombose. Avbrytelse av behandling bør unngås, og dersom apiksaban må seponeres midlertidig for noen grunn, bør behandlingen gjenopptas så raskt som mulig. *Spinal/epiduralanestesi eller punksjon:* Når nevroaksial anestesi (spinal/epiduralanestesi) eller spinal/epiduralpunksjon utføres, er pasienter som behandles med antitrombotiske midler for forebygging av tromboemboliske komplikasjoner i faresonen for å utvikle epiduralt- eller spinalt hematom, som kan føre til langvarig eller permanent lammelse. Risikoen for slike hendelser kan øke ved postoperativ bruk av innlagt epiduralkateter eller samtidig bruk av legemidler som påvirker hemostasen. Innlagt epidural eller intratekalkateter må fjernes minst 5 timer før første dose av apiksaban. Risikoen kan også øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Pasienter må jevnlig overvåkes for tegn og symptomer på nevrologisk svekkelse (f.eks. nummenhet eller svakhet i bena, dysfunksjon i tarm eller blære). Dersom nevrologiske utfall blir registrert, er umiddelbar diagnose og behandling nødvendig. Før nevroaksial intervensjon må legen vurdere mulig nytte mot risiko hos antikoagulerte pasienter eller hos pasienter som skal antikoaguleres for tromboseprofylakse. Det er ingen klinisk erfaring med bruk av apiksaban samtidig med innlagt epidural eller intratekalkateter. I tilfeller hvor det er et slikt behov, og basert på generelle PK-data, skal det være et tidsintervall på 20-30 timer (dvs. 2 × halveringstiden) mellom siste dose av apiksaban og fjerning av kateter, og minst én dose bør utelates før fjerning av kateter. Neste dose med apiksaban kan gis minst 5 timer etter at kateteret er fjernet. Erfaring med nevroaksial blokade er begrenset, og ekstra forsiktighet anbefales ved bruk ved nevroaksial blokade. *Hemodynamisk ustabile LE-pasienter eller pasienter som trenger trombolyse eller pulmonal embolektomi:* Ikke anbefalt som et alternativ til ufraksjonert heparin hos pasienter med lungeemboli som er hemodynamisk ustabile, eller som kan få trombolyse eller pulmonal embolektomi, da sikkerhet og effekt ikke er fastslått under disse kliniske forholdene. *Pasienter med aktiv kreft:* Effekt og sikkerhet ved behandling av DVT, behandling av LE og forebygging av residiverende DVT og LE (VTEt) ved aktiv kreft er ikke fastslått. *Nedsatt nyrefunksjon:* Se Dosering. *Eldre:* Økende alder kan øke blødningsrisikoen. Forsiktighet utvises ved samtidig administrering av acetylsalisylsyre hos eldre, pga. potensielt høyere blødningsrisiko. Kroppsvekt: Lav kroppsvekt (<60 kg) kan øke blødningsrisikoen. *Nedsatt leverfunksjon*: Apiksaban er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Kontraindisert ved leversykdom assosiert med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Bør brukes med forsiktighet ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child Pugh A eller B). Pasienter med forhøyede leverenzymer ALAT/ASAT >2 × ULN eller total bilirubin ≥1,5 × ULN var ekskludert i kliniske studier. Brukes med forsiktighet i denne populasjonen. Før behandlingsstart bør det utføres en leverfunksjonstest. *Hoftebruddskirurgi:* Ingen data foreligger, og bruk er ikke anbefalt. *Laboratorieparametre:* Små og varierende forandringer i koagulasjonstester ved forventet terapeutisk dose. *Hjelpestoffer:* Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.*Hemmere av CYP3A4 og P-gp:* Samtidig behandling med preparater som er sterke hemmere av både CYP3A4 og P-gp, som azolantimykotika (f.eks. ketokonazol, itrakonazol, vorikonazol og posakonazol) og hiv-proteasehemmer (f.eks. ritonavir) anbefales ikke, da det kan føre til en fordobling i AUC og 1,6 × økning i Cmax for apiksaban. Aktive substanser som ikke anses som sterke CYP3A4- og Pgp-hemmere (f.eks. diltiazem, naproksen, klaritromycin, amiodaron, verapamil, kinidin), er forventet å øke plasmakonsentrasjonen av apiksaban i mindre grad, og ingen dosejustering er nødvendig. Diltiazem 360 mg 1 gang daglig, ga 1,4 og 1,3 × økning i hhv. gjennomsnittlig AUC og Cmax for apiksaban. Naproksen 500 mg enkeltdose, ga 1,5 og 1,6 × økning i hhv.gjennomsnittlig AUC og Cmax for apiksaban. Klaritromycin 500 mg 2 ganger daglig, ga 1,6 og 1,3 × økning i hhv. gjennomsnittlig AUC og Cmax for apiksaban. *Induktorer av CYP3A4 og P-gp:* Samtidig administrering med sterke CYP3A4- og P-gp-induktorer (rifampicin, fenytoin, karbamazepin, fenobarbital eller johannesurt) kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av apiksaban. Hos pasienter som får samtidig systemisk behandling med potente induktorer av både CYP3A4 og P-gp, bør imidlertid apiksaban brukes med forsiktighet for forebygging av VTE ved elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi, for forebygging av slag og systemisk embolisme hos pasienter med NVAF, og for forebygging av residiverende DVT og LE. Apiksaban er ikke anbefalt for behandling av DVT og LE hos pasienter som får samtidig systemisk behandling med potente induktorer av både CYP3A4 og P-gp, da effekten kan bli påvirket. *Antikoagulantia, plateaggregasjonshemmere, SSRI/SNRI ogNSAID:* Pga. økt blødningsrisiko er samtidig bruk med andre antikoagulantia kontraindisert. Samtidig bruk av platehemmere øker risikoen for blødning. Forsiktighet må utvises ved samtidig behandling med SSRI eller SNRI eller NSAID, inkl. acetylsalisylsyre. Etter operasjoner er andre midler som hemmer blodplateaggregering eller andre antitrombotiske midler ikke anbefalt ved samtidig bruk av apiksaban. Hos pasienter med atrieflimmer og tilstander som krever mono- eller dobbelterapi med platehemmer, bør en nøye vurdering av potensiell fordel mot potensiell risiko utføres før denne behandlingen kombineres med apiksaban. Det er begrenset erfaring ved bruk av trombolytiske midler for behandling av akutt iskemisk slag hos pasienter som bruker apiksaban. Legemidler forbundet med alvorlige blødninger som ikke er anbefalt samtidig med apiksaban, er f.eks. trombolytiske agens, GPIIb/IIIa-reseptorantagonister, tienopyridin, dipyridamol, dekstran, sulfinpyrazon, vitamin K-antagonister og andre orale antikoagulantia. *Aktivt kull:* Administrering av aktivt kull reduserer apiksabaneksponering. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen data på bruk hos gravide. Anbefales ikke under graviditet. *Amming:* Utskilles i melk hos dyr. Det er ukjent om apiksaban eller metabolitter utskilles i human morsmelk. Risiko for nyfødte og spedbarn kan ikke utelukkes. En beslutning må tas om ammingen skal opphøre eller behandlingen med apiksaban skal avsluttes. *Fertilitet:* Studier på dyr viste ingen effekt på fertilitet. **Bivirkninger:** ***Forebygging av VTE hos voksne som har gjennomgått elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi (VTEp):*** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme. Hjerte/kar: Blødning, hematom. Øvrige: Kontusjon. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale blødning, hematochezi. Hjerte/kar: Hypotensjon (inkl. hypotensjon i forbindelse med operasjoner). Immunsystemet: Pruritus. Kjønnsorganer/bryst: Unormal vaginalblødning, urogenitalblødning. Lever/galle: Unormal leverfunksjonstest, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt bilirubin i blod, økt γ-GT, økt ALAT. Luftveier: Neseblødning. Nyre/urinveier: Hematuri. Øvrige: Blødninger etter operasjon (inkl. hematom etter operasjon, sårblødning, hematom på punksjonssted og blødning på innstikksted for kateter), sårsekresjon, blødning ved snittstedet (inkl. hematom på snittstedet), operasjonsblødninger. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Rektalblødning, tannkjøttblødning. Immunsystemet: Hypersensitivitet, allergisk ødem og anafylaksi. Luftveier: Hemoptyse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelblødning. Øye: Blødning i øyet. ***Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne med NVAF:*** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme, gastrointestinal blødning, rektalblødning, tannkjøttblødning. Hjerte/kar: Blødninger, hematom, hypotensjon (inkl. hypotensjon i forbindelse med operasjoner). Lever/galle: Økt γ-GT Luftveier: Neseblødning. Nyre/urinveier: Hematuri. Øye: Blødning i øyet (inkl. konjunktival blødning). Øvrige: Kontusjon. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Hemoroideblødninger, blødning i munn, hematochezi. Hjerte/kar: Intraabdominal blødning. Hud: Hudutslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet, allergisk ødem, anafylaksi, pruritus. Kjønnsorganer/bryst: Unormal vaginalblødning, urogenitalblødning. Lever/galle: Unormal leverfunksjonstest, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt bilirubin i blod, økt ALAT. Luftveier: Hemoptyse. Nevrologiske: Hjerneblødning. Undersøkelser: Okkult blod. Øvrige: Blødning på administreringsstedet, traumatisk blødning, blødninger etter operasjon (inkl. hematom etter operasjon, sårblødning, hematom på punksjonssted og blødning på innstikksted for kateter), sårsekresjon, blødning ved snittstedet (inkl. hematom på snittstedet), operasjonsblødninger. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Retroperitoneal blødning. Luftveier: Blødning i luftveiene. Muskel-skjelettsystemet: Muskelblødning. ***Behandling av DVT og LE, og forebygging av residiverende DVT og LE (VTEt):*** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Anemi, trombocytopeni. Gastrointestinale: Kvalme, gastrointestinal blødning, blødning i munn, rektalblødning, tannkjøttblødning. Hjerte/kar: Blødninger, hematom. Hud: Hudutslett. Kjønnsorganer/bryst: Unormal vaginalblødning, urogenitalblødning. Lever/galle: Økt γ-GT, økt ALAT. Luftveier: Neseblødning. Nyre/urinveier: Hematuri. Øvrige: Kontusjon. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Hemoroideblødninger, Hematochezi. Hjerte/kar: Hypotensjon (inkl. hypotensjon i forbindelse med operasjoner). Immunsystemet: Hypersensitivitet, allergisk ødem, pruritus. Lever/galle: Unormal leverfunksjonstest, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt bilirubin i blod. Luftveier: Hemoptyse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelblødning. Undersøkelser: Okkult blod. Øye: Blødning i øyet (inkl. konjunktival blødning). Øvrige: Blødning på administreringsstedet, traumatisk blødning, blødninger etter operasjon (inkl. hematom etter operasjon, sårblødning, hematom på punksjonssted og blødning på innstikksted for kateter), sårsekresjon, blødning ved snittstedet (inkl. hematom på snittstedet), operasjonsblødninger. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Luftveier: Blødning i luftveiene. Nevrologiske: Hjerneblødning. **Overdosering/Forgiftning:** Overdose kan føre til økt blødningsrisiko. Ved blødningskomplikasjoner må behandling avsluttes og årsaken utredes. Passende behandling, f.eks. kirurgisk hemostase eller transfusjon av friskt, frossent plasma bør vurderes. Hvis livstruende blødning ikke kan kontrolleres ved disse metodene, kan administrering av protrombinkompleks konsentrater (PCCs) eller rekombinant faktor VIIa vurderes. Ved alvorlige blødninger bør det vurderes å konsultere en koagulasjonsspesialist, avhengig av lokal tilgjengelighet. Se Giftinformasjonens anbefalinger B01A F02 på www.felleskatalogen.no. **Pakninger og priser:** ***2,5 mg***: 10 stk.1 (blister) kr 163,00. 20 stk.1 (blister) kr 289,80. 60 stk.1 (endose) kr 786,90. 168 stk.1 (blister) kr 2138,10. ***5 mg:*** 14 stk.2 (blister) kr 213,70. 28 stk.2 (blister) kr 391,20. 56 stk.2 (blister) kr 740,70. 100 stk.2 (endose) kr 1294,20. 168 stk.2 (blister) kr 2149,60. 168 stk. blisterpakning (2,5 mg) har sol/måne-symbol på brettene, 100 stk. blisterpakning er en institusjonspakning. **Refusjon:** [1]Se B01A F02_1 i Refusjonslisten. [2]Se B01A F02_2 i Refusjonslisten.

AF=Atrieflimmer; AR, absolutt risiko; CI, konfidensintervall; HR, hazard ratio

Referanse: 1. ELIQUIS (apixaban) preparatomtale (SPC) 18.06.2018. **2.** Garcia DA, Wallentin L, Lopes RD, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation according to prior warfarin use: results from the Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation trial. Am Heart J. 2013 Sep;166(3):549-58. **3.** Xarelto (rivaroxaban) preparatomtale (SPC) 02.07.2018. **4.** Lixiana (edoxaban) preparatomtale (SPC) 26.07.2018.

432NO18PR05066-01 AD-m: 31.08.2018 PP-ELI-NOR-0946 **www.eliquis.no**

Sist endret: 09.08.2018
Basert på SPC godkjent av SLV: 18.06.2018

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Eliquis® apixaban

HVILKE VURDERINGER VILLE DU SELV HA GJORT?

Vektlegg både effekt og sikkerhetsprofil med ELIQUIS® direkte sammenlignet med warfarin*[1]

For pasienter med ikke-klaffeassosiert atrieflimmer, inkludert pasienter tidligere behandlet med warfarin, er ELIQUIS® eneste faktor Xa-hemmer som har vist både færre slag/systemisk emboli og færre alvorlige blødninger vs. warfarin[1-4].

VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON

- Før oppstart bør nyre- og leverfunksjonen bestemmes
- Ikke anbefalt hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon
- Enkelte pasienter skal ha redusert dose basert på kriterier som nyrefunksjon, alder og vekt
- Kontraindisert ved tilstander som gir økt risiko for alvorlig blødning eller ved samtidig bruk av andre antikoagulantia
- Samtidig bruk med platehemmere øker blødningsrisikoen og må brukes med forsiktighet
- Vanlige bivirkninger er blødning, kontusjon, neseblødning og hematom

Eliquis® apixaban

* Primære effekt- og sikkerhetsendepunkter i ARISTOTLE-studien var henholdsvis forekomst av slag/systemisk emboli (vs. warfarin: p=0,01; HR=0,79; 95%; AR: 1,27% vs. 1,60%) og forekomst av alvorlige blødninger (vs. warfarin: p<0,001; HR=0,69; CI: 0,60-0,80; AR: 2,13% vs. 3,09%)[1].

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Framtida er no

Dei siste 16 åra har vi arbeidd for å byggje grunnmuren og fundamentet for teknologi i sjukehusa i Helse Vest. Det har vore tunge tak, kravd mykje tolmod og store investeringar. Tida er inne for å hauste av denne innsatsen - og det til gangs.

» Av **Herlof Nilssen**,
administrerande direktør i Helse Vest RHF

Du har vore hos fastlegen og blitt tilvist til sjukehus. Etter nokre dagar kan du sjekke statusen på tilvisinga di på nett, og etterkvart sjå kva tid og kor du har time. Du kan lese om kva du skal på sjukehuset, kva som skjer før, under og etter utgreiinga og behandlinga du skal til, kva forsking som ligg til det du er tilvist for og kva rettar du har.

Treng du kontakte sjukehuset, eventuelt med spørsmål om å endre timen, kan du sende ei melding frå nett til avdelinga du skal til, og få svar innan ei gitt tid. Når tida for timen nærmar seg, får du sjølvsagt eit sms-varsel.

Dagen du skal av garde til sjukehuset sjekkar du praktisk informasjon om korleis du kjem deg til rett stad. I mottakinga sjekkar du inn på sjukehuset på ein stasjon og får vidare beskjed om korleis du kan finne fram til rett plass for å vente. Vegen dit er godt merkt og du kan følgje kartet på smart-telefonen din. I mellomtida har avdelinga fått beskjed om at du er på veg og dei du skal møte kan førebu seg.

Når timen din er over, kan du velje om du vil betale konsultasjonen via Vipps, du kan hente ut medisinen på resepten sjukehusapoteket allereie kan hente fram og vel heime kan du i ro og mak levere reiseoppgjeret, igjen på nett. Ønskjer du å lese journalen din er den òg lett tilgjengeleg på helsenorge.no.

Trur du eg snakkar noko som ligg langt framføre oss i tid? Då kan eg forsikre deg om at dette så absolutt er notida.

Vi har arbeidd lenge på systemnivå for eit betre tilbod til pasientane, med god og forenkla kommunikasjon, kortare ventetid og ingen fristbrot. Ventetida skal blir kortare, planlegginga betre og vi tilbyr verktøy for at fleire møter til timane vi har planlagt for.

Pasienttryggleiken skal betrast og ivaretakast. Logistikken i sjukehusa skal vere til hjelp, og gjere kvardagen enklare. Pasientane skal vel heim i etterkant.

Det er no ei god stund sidan vi realiserte 'ein vestlending, ein sjukehusjournal'. Alt på nett, i sanntid. Har pasienten vore innom eit sjukehus på Vestlandet, er info tilgjengeleg for den behandlaren som skal ha tilgang på andre sjukehus her.

I oktober kunne vi gratulere Haraldsplass i Bergen med eit nytt sjukehusbygg. Eit flott bygg som legg opp til gode forhold både for pasientar og medarbeidarar. Eit sjukehus som tek i bruk ny teknologi og er pilot for nye løysingar som i løpet av 2019 skal takast i bruk i alle sjukehusa våre.

Utviklinga vi no ser, skjer i rivande fart. Føresetnaden er ein god ikt-grunnmur av felles teknologi i regionen, bygd over mange år, i tillegg til gode og velprøvde regionale kjernesystem. Gevinsten er gode arbeidsprosessar, god pasientdialog og –involvering.

Eg starta med å teikne pasienten sine moglegheiter for ta i bruk tenester knytt til sjukehusbesøket. Ein kan gjerne følgje kvardagen til helsepersonellet på same

måte. Frå dei loggar seg på smarttelefonar, tildeler seg rolle og pasientar og får gode oppdateringar i sanntid i tavlemøte på skjerm når dei kjem på vakt, til at dei enkelt og direkte får informasjon frå lab, røntgen og journal, har god oversikt over pasientlogistikk og –tilstand, kan gjere bestillingar dei treng og enkelt kan komme i kontakt med, og dele informasjon med kollegaer og andre avdelingar. Dette er situasjonen medarbeidarane våre vil møte når systema som er i testfase på Haraldsplass i dag, blir tilgjengelege for alle sjukehusa på Vestlandet.

Når ein får ny støtte til arbeidsprosesser må gamle prosesser og vanar endrast. Det er ikkje alltid like lett. Men lat meg minne om utfordringa vi hadde, og framleis har: Samhandling og informasjonsdeling på tvers av fag, system, avdelingar og støttefunksjonar har ikkje vore bra nok. Medarbeidarane våre har brukt mykje tid på sjølve å skaffe seg overblikk og få kommunisert smart og effektivt på tvers av vakter, avdelingar og andre om pasienten sitt forløp og behandling. Informasjonen har vore å finne i ulike datasystem, på manuelle tavler, på papir og gjennom munnleg kommunikasjon.

Dette er ikkje den beste måten å arbeide på for nokon av oss. Ser vi framover, vil medarbeidarane våre ha forventning til vel fungerande digitale hjelpemidlar. Dei som er vaksne opp med ein smart-telefon i handa, forventar ikkje eit papir i handa og munnleg overlevering av kritisk informasjon når dei kjem på arbeid.

No møter vi dette med utprøving av løysingar slik at det blir mindre plunder og heft for alle. Vi bruker ressursane vi har i sjukehusa på ein betre måte. Mange enkeltoppgåver blir samla i planlegginga, medarbeidarar får informasjon i sanntid og på ein måte som gjer at ein kan ta gode avgjersler, unngår dobbeltinformasjon og unngår feil. Dette gir og effektiv samhandling på tvers av fagavdelingar og støttetenester.

Du tenkjer kanskje at dette gjer vi jo på fleire sjukehus i landet. Ja, det gjer vi. Vi har sjølvsagt sett til andre sjukehus sine erfaringar. Forskjellen her er at løysingane eg snakkar om skal takast i bruk som felles løysingar i heile regionen. Det er eit kjempeløft, og eg er heilt sikker på at det er det rette løftet.

Dei siste par åra har vi arbeidd med strategiar fram mot 2035. Vi står midt i arbeidet med den regionale utviklingsplanen vår for dei neste åra. Med utviklinga vi har lagt til rette for dei siste åra er vi budde på det som skal til for å gi befolkninga gode sjukehustenester framover. Vi startar altså ikkje frå noko nullpunkt. Det er blitt lagt ned ein formidabel innsats gjennom mange år allereie.

Løysingane vi no ser og den rivande utviklinga vi er i, fortel at framtida, ja, ho er no. ●

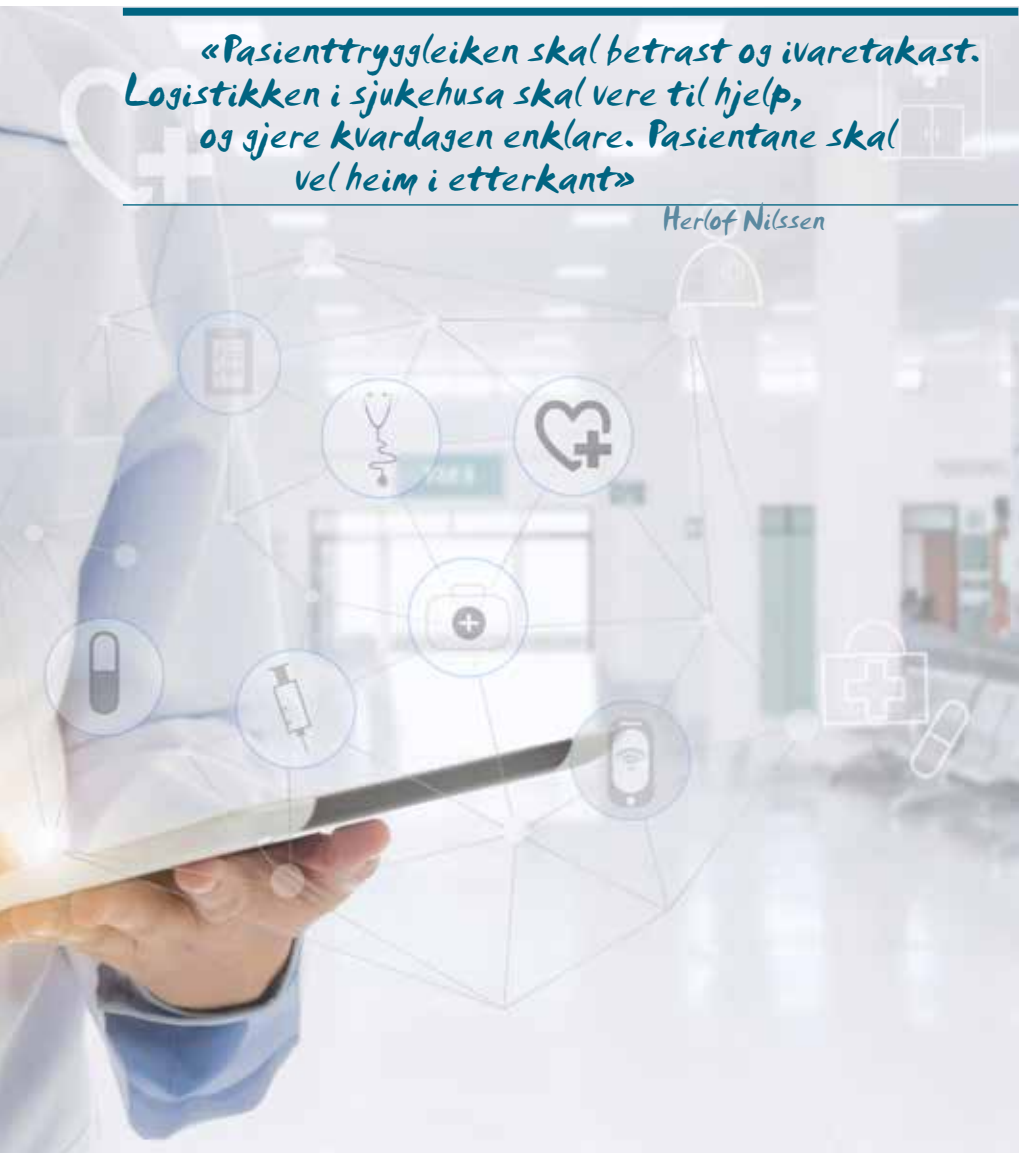


Foto: Edith Stenberg

Foto: Edith Stenberg

Undersøkelses-kommisjonen etableres

Jeg vil sloss like hardt for taushetsplikten som en journalist sloss for kildevernet, sier direktør Pål Iden.

Foto: Sturlason

» Intervjuet av **Arne Laudal Refsum** og **Edith Stenberg**, redaksjonskomitéen

Etter at helseministeren bestemte seg for å gå imot rådene fra Ariansonutvalgets innstilling (NOU 2015:11) «Med åpne kort», er det nå vedtatt en egen lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), og Pål Iden er ansatt som direktør. «Han skal lede kommisjonen ingen vil ha» skrev Dagens Medisin på bakgrunn av at «alle» høringsinstansene gikk imot denne opprettelsen.

Norsk overlegeforening ønsket seg en «Havarikommisjon» for helsetjenesten allerede i 2010 etter modell fra havarikommisjonen for luftfart. Hovedbegrunnelsen var den gang at dette skulle være en ikke-sanksjonerende og ikke-straffende enhet, hvor læring skulle være formålet, ikke å knipe en synder eller finne en syndebukk.

Mange av motforestillingene går på at dette bare blir nok en institusjon i tilsynsjungelen, og at det ikke er foretatt en skikkelig gjennomgang av hele tilsynssystemet. Tilsynsloven er fra 1984, og systemet er preget av mange endringer underveis uten at man har vurdert helheten. Vi har fått Kunnskapssenteret, Meldeordningen (som riktignok kuttes nå), Utrykningsteamene hos Statens helsetilsyn, selve Statens helsetilsyn, vi har Fylkeslegen, vi har Politiet og vi har pasientsikkerhetsutvalg og pasientsikkerhetskampanjen «I Trygge Hender». I tillegg kommer NPE, som sitter på et enormt erfaringsmateriale.

Men nå er UKOM vedtatt, og OVERLEGEN har vært på besøk i de flotte kontorene i Stavanger. Kommisjonen skal ha 20 ansatte og granske 20 saker i året. Første bevilgning er på 20 mill. kr.

Hvorfor UKOM? spør vi Pål Iden. Vi skal få til læring, og vi skal se på hele sektoren, fra Stortingets vedtak og helt ned til lege-pasientmøtet, og vi skal interessere oss for alvorlige hendelser både i sykehus og i kommunene, noe som er nytt. Vi skal ha med pårørendeperspektivet. Loven gir oss taushetsplikt, også overfor politiet og tilsynsmyndighetene. Her må man se på oss som en gravejournalist, og jeg skal sloss like hardt for taushetsplikten som en journalist for sitt kildevern. Vi skal knytte til oss nettopp gravejournalistkompetanse.

Hva slags kompetanse skal UKOM ha?
Vi skal selvfølgelig ha medisinsk kompetanse, og vi skal ha pasient- og brukerperspektivet med. Her har vi ansatt en fra brukerutvalget i Helse Vest, statsviter, som også har egen

Foto: Mediadrone.no

Foto: Mediadrone.no

PÅL IDEN

- Født: 1963
- Utdannet Universitetet i Bergen 1989
- Turnustjeneste: Lærdal sjukehus og distrikt
- Bergen – vernetjeneste Håkonsvern
- Bø i Telemark – fastlege/ kommuneoverlege
- 2006 – fylkeslege i Telemark
- 2008-20016 – fylkeslege i Rogaland
- 2016 – assisterende fag-direktør i Hele (Helse?) Vest
- 2018 – direktør UKOM

erfaring fra spiseforstyrrelsesområdet. Vi har ansatt en undersøkelse- og metodesjef som er jurist, i tillegg til en juridisk direktør og vi skal ha en med ansvar for læringsperspektivet. Vedkommende er statsviter, men har også forbedringsutdannelse. Fremover er målet å få ansatt dyktige medarbeidere med helsekompetanse, men også personer med bakgrunn fra gravende journalistikk, sikkerhetsfag og personer som kan ivareta det det helhetlige samfunnsperspektivet, gjerne med bakgrunn fra sosialantropologi,filosofi, teologi eller liknende.

Så trenger vi et «ytre ledd» bestående av klinikere ute i helsetjenesten som kan være kommisjonens øyne og ører. Disse vil være i deltidsstillinger.

Vi må hele tiden huske at vi har et unikt helsevesen i Norge. Det er enhetlig og demokratisk. Det gir et tilbud uavhengig av geografi, inntekt, utdanning og status, og er på den måten et verdibasert system. Vi må derfor også ha med oss samfunnsforståelsen.

Helseministeren har innført fritt behandlingsvalg. Det er jo kortsiktig til nytte for pasientene, men det fremmer fremveksten av et privat helsevesen. Er dette et aspekt kommisjonen vil kunne kommentere i saker de skal granske?

Iden: Noen av våre rapporter vil nok også kunne leses inn i den politiske helsedebatten, eksempelvis om det skulle avdekkes forhold som setter pasientsikkerheten i fare ved å rokke ved likhetstanken og helsetjenestens verdifundament.

Når kommisjonen skal granske 20 saker i året, er det nok ikke vår oppgave å undersøke en enkeltsak for denne sakens egen skyld, men kanskje bruke en enkeltsak som døråpner for å se på områder som trenger å bli gransket. Vi skal ikke konkurrere med tilsynsmyndigheten. Fylkesmennene skal fortsatt har rollen som dommeren på banen, som skal påpeke pliktbrudd og ulovligheter. UKOM skal gå inn i rollen som støttespiller, spillutvikler og coach for helsetjenesten; vi skal identifisere

læringspunkter etter alvorlige hendelser. Vi skal se på systemet, ikke enkeltmennesket. Vårt arbeid bygger på en erkjennelse om at mennesket er feilbarlig, og derfor må systemet bygges rundt dette. Vi skal kle på, ikke kle av helsepersonell. På den måten kan vi trygge hverandre, reagere når noe er feil og endre metodikken slik at det blir tryggere både å være pasient og helsearbeider.

Jeg setter et stort spørsmålstegn ved praksisen vi som samfunn har hatt med å dele ut gule og røde kort til helsepersonell, ledere og virksomheter etter uforskyldte, alvorlige hendelser. Det er en grunn til at baklengsmål, eller til og med selvmål på fotballbanen håndteres med et klapp på skulderen og støtte til de involverte, og ikke med sanksjoner fra dommeren. Det er åpenhet , støtte og omsorg som skaper læring. Sanksjoner skaper bare utrygghet høye skuldre og mindre åpenhet om feil, er jeg redd.

Iden trekker frem et nytt begrep: Risiko-aksept. Vi kan ikke trygge oss absolutt. Alle virksomheter, all aktivitet har en risiko, og dette må vi akseptere. Men vi kan minimere risikoen gjennom teamorganisering, simulering og ferdighetstrening eller eksempelvis ved å lage planer for hvordan vi skal håndtere høy aktivitet. Vi må løfte frem god metodikk til å styre risiko. På fotballbanen kalles dette lagorganisering og i helsevesenet er dette ikke minst viktig rundt den mest uerfarne spilleren på laget, nemlig pasienten og den pårørende.

Pasienter og pårørendealliansen har vært viktige pådrivere for at UKOM skulle etableres. Du risikerer ikke en stor skuffelse hos den enkelte rammede dersom ikke akkurat deres sak granskes?

Vi skal granske om lag 20 saker i året. Her må vi gå i direkte dialog med de rammede, og vi må forstå pasientstemmen. Metoden skal være samtalebasert, og alle rapportene våre skal ha med pasient/pårørendeperspektivet. Pårørende har et sterkt ønske om en forklaring på hva som har hendt med deres kjære og hvordan en feil kunne oppstå. Men pårørende har også et genuint ønske om at en liknende feil ikke må skje om igjen. Det er tjenesten selv som bør ha ansvaret for å undersøke hver enkelt hendelse, og undersøkelseskommisjonen skal være en spydspiss i utviklingen av metodikk for slike undersøkelser. Vi kan selv bare grundig undersøke en bitteliten del av toppen av et stort isfjell. Her vil vi nok ha en stor kommunikasjonsutfordring. Vi må være tydelig på vår egen rolle, og hvilke begrensninger som ligger i denne. Vi må også spille på lag med den store positive interessen fra pasienter og pårørende rundt det arbeidet vi skal i gang med. Her blir det en stor utfordring ikke å skuffe de forventningene som har bygget seg opp.

Hvilken arbeidsmetode skal dere jobbe etter?

Vi skal jobbe tverrfaglig og hver undersøkelse vil være som et prosjekt. Om nødvendig vil vi hente inn ekstern kompetanse innen ulike helsefaglige disipliner eller innen eksempelvis helseøkonomi eller IKT. Vi vil få gjenpart av varselsmeldingene fra spesialisthelsetjenesten, og vi vil få varsler fra kommunehelsetjenesten. Vi vil også kunne fange opp viktige saker fra aviser. Men vi må være åpne på at dette er et nytt felt hvor vi også kommer til å bomme på det å fange opp de sakene som har størst læringspotensiale for helsetjenesten.

Kommisjonen er uavhengig av departement, styre, RHF-nivå?

Ja, vi har svært stor selvstendighet. Vi har ikke noen som staker ut kursen for oss annet enn loven om UKOM. Som direktør har jeg svært stor frihet, noe som også gir et betydelig ansvar for å forvalte samfunnsoppdraget klokt. Jeg ønsker meg derfor et «refleksjonspanel», med sterke peresoner som kan gi oss innspill og ha meninger om hvordan vi håndterer sakene våre. Videre ønsker jeg meg følgeforskning på arbeidet vårt. På den måten vil vi få feedback på om vi er på riktig vei. Helsetjenesten utsettes for stadige krav om læring og utvikling. Slik krav vil i høyeste grad også gjelde for UKOM. ●

Referanse:

1. https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/arianson-utvalget-om-oppfolging-av-alvorlige/id736040/
2. OVERLEGEN 2-2010 om Havarikommisjon, side 28-30. https://beta.legeforeningen.no/contentassets/ebbebd46cc50457f95aa3f4aa2fb8ee5/overlegen2-10.pdf
3. Dagens Medisin: https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/04/massiv-motstand-mot-undersokelseskommisjon/

https://www.theguardian.com/society/2018/jun/22/nhs-investigative-body-to-examine-suspicious-deaths
Overlegen 2-2010 »Of ville allerede i 2010 ha havarikommisjon for helsevesenet»

Kan arbeidsgiver pålegge ansatte å legge ut for tjenestereiser?

Som oftest er det slik at arbeidstaker legger ut reiseutgifter på tjenestereiser, for eksempel ved bruk av eget kredittkort. Arbeidstaker kommer da i en situasjon hvor han blir juridisk ansvarlig for utgifter som er pådratt i arbeidsgivers interesse. Spørsmålet er om ansatte kan tvinges til å legge ut for slike utgifter.

Artikkelen er tidligere publisert i Dagens Medisin 25.10.2018

» Av **Frode Solberg**, ass. direktør og sjefadvokat, Jus og arbeidsliv

I mai i år avsa Borgarting lagmannsrett dom hvor temaet var om Utenriksdepartementet (UD) som arbeidsgiver kunne pålegge sine ansatte å pådra seg utgifter til flybilletter og hotell i forbindelse med tjenestereiser i utlandet. Frem til mars 2015 hadde slike reiseutgifter blitt belastet UD direkte. Den nye ordningen var at de ansatte skulle bruke egne kredittkort, og hvor de deretter skulle få betalt tilbake reiseutgifter etter innlevering av reiseregning. Det var ikke tvil om at arbeidsgiver skulle dekke utgiftene i siste instans, men regelverket inneholdt ingen bestemmelse om hvem som står økonomisk og juridisk ansvarlig for at reiseutgiftene blir betalt til leverandøren av tjenestene, det vil si flyselskap og hotell. UD dekket også årsavgift til kredittkort med inntil 500 kroner. Unntaksvis kunne ansatte som ikke hadde eller ikke kunne bruke kredittkort få dekket flybilletter og hotell på annen måte, for eksempel ved at det ble sendt faktura. Norsk tjenestemannslag (NTL) mente at denne ordningen ikke kunne pålegges, og at den derfor var urettmessig. Staten mente at en slik ordning kunne pålegges. NTL brakte saken inn for retten. Staten ble frifunnet i tingretten, men NTL anket.

Lagmannsrettens utgangspunkt var at et slikt pålegg forutsetter et rettslig grunnlag, og konklusjonen ble at arbeidsgiver ikke hadde grunnlag for et slikt pålegg verken i tariffavtale eller i den individuelle arbeidsavtalen med de ansatte. Det var heller ikke innenfor arbeidsgivers styringsrett å pålegge ordningen.

Etter de ansattes arbeidsavtale var det klart at UDs ansatte hadde en plikt til å dra på utenlandsreise, men etter lagmannsrettens vurdering kunne det ikke ut ifra plikten til å dra på tjenestereise også innebære en plikt til å pådra seg utgifter overfor tredjemenn, les hotell og flyselskap. Det følger også av dommen at arbeidstaker kan være pliktig til å pådra seg utgifter til jobbreise hvis det enten er avtalt i tariffavtale eller i personlig arbeidsavtale, men at dette i så fall krever klare holdepunkter i avtalen.

Hvis det derimot ikke foreligger en plikt etter tariff- eller individuell avtale, så har arbeidsgiver bare lov til å pålegge arbeidstaker plikter innenfor det som er å anse som arbeidsgivers styringsrett.

UD anførte også at pålegget var en endring av en administrativ rutine som ikke etablerte noen plikter for de ansatte, og at arbeidsgiver derfor kunne bestemme dette i kraft av styringsretten. Lagmannsretten konkluderte først med at det overnevnte pålegg ikke kunne regnes som en endring av en administrativ rutine, men heller en forpliktelse for de ansatte til å ta på seg et personlig økonomisk ansvar. Dette måtte gjelde selv om de ansatte i UD hadde en viss rett til å få forskudd av utgiftene.

Lagmannsretten vektla at de økonomiske forpliktelsene til fly og hotell kunne bli store, at reisevirksomheten var stor og til tider måtte gjøres på kort varsel, samt at UDs pålegg førte til en uheldig sammenblanding av private midler og arbeidsgivers penger. NTL vant saken.

Dommen ble forsøkt anket til Høyesterett av UD, men anken ble ikke sluppet inn av ankeutvalget til Høyesterett. Dommen har derfor blitt stående og kan fungere som veileder for om liknende pålegg i andre virksomheter er å anse som urettmessige.

Begrunnelsen til lagmannsretten om at pålegget om å pådra seg utgifter overfor tredjemann til flybilletter og hotell er utenfor arbeidsgivers styringsrett, er av generell karakter. Dommen kan nok derfor tolkes i den retning av at den stadfester et grunnleggende prinsipp om at driftsutgifter ikke er arbeidstakers ansvar.

Det er imidlertid verdt å merke seg at tvisten i dommen bare omhandlet utgifter til hotell og fly i forbindelse med utenlandsreise. Mindre utgifter som taxi, tog, buss og matutgifter var ikke et tema i dommen, og ut ifra premissene i dommen trenger nok kanskje ikke arbeidsgiver et spesifikt rettslig grunnlag for å pålegge arbeidstaker å forskuttere mindre utgifter i forbindelse med jobbreise. Dette fordi de økonomiske forpliktelsene ikke vil være like store for andre type utgifter.

Det er likevel ikke tvilsomt at dommen i betydelig grad begrenser arbeidsgivers adgang til å pålegge ansatte å legge ut for reiseutgifter, med mindre dette klart framgår av arbeidsavtalen eller tariffavtaler. Dommen vil derfor kunne ha overføringsverdi til andre offentlige og private virksomheter. ●

«En Malkenes for sykehusene»

Hei Dagsnytt 18. Dette er beskrivelsen av en legetime, helt uten filter. Jeg tar en Malkenes og lar det stå til.

» Av **Agnethe Lund**, overlege / PhD stipendiat, Haukeland universitetssjukehus

I Dagsnytt 18, mars 2018, beskrev Simon Malkenes en klassetime i Oslo-skolen, med alle dens avbrytelser, frekkheter, konflikter og utfordringer. Vi som hørte innlegget forsto at dette er sprengstoff. Malkenes ytringsfrihet ble tema, og debatten tvang Oslo-skolens administrasjon, toppbyråkrati og politikere til en real oppvask. Jeg klør i fingrene etter å kopiere strategien og håper på oppmerksomhet og avis-forsider om legenes kår.

Så la meg fortelle om en time i gynekologisk poliklinikk. Pasientopp-lysningene er realistiske, men fiktive, oppgavene og tidsaksen er en sann gjengivelse av en mandag i august.

Jeg møter til min faste poliklinikk hvor en medisinstudent venter. Vi hilser, jeg gir en kort instruks, det blir ikke tid til å utdype eller forklare dagens sjeldne diagnoser. Klokken er allerede 09.02, vi må komme i gang.

En halv time per kvinne burde være rikelig. Dessverre! Første pasient er 17 år og har reist fra en annen del av landet. Den lange henvisningen har jeg lest på fritiden, diagnosen er uklar, men jeg har en mistanke. Det tar tid å nøste opp anamnesen som omhandler kjønnsidentitet og intime detaljer. Det er første gang jeg treffer kvinnen så her gjelder det å bygge tillit. Det banker på døren. «Kan du hjelpe en LIS med en vanskelig pasient?» spør sykepleier. Egentlig ikke. Synd å avbryte en god dialog med en sårbar 17 åring. De andre overlegene opererer og min LIS kollega er helt fersk i faget. Jeg sier «selvsagt», og ber pasienten om lov til å avbryte.

I rommet ved siden av ligger en eldre dame med kompleks sykehistorie og

Er leger immune mot angst?

» Av **Lola Veljovic**, spesialist i psykiatri, Sykehuset i Vestfold HF

Det var en vanlig arbeidsdag på sykehuset, hvor man ikke kan ha en rigid agenda for dagen, hvor man må gjøre vurderinger og prioritering hele tiden. Jeg hadde bare noen få minutter til å forberede meg før en lege i spesialisering skulle komme til en ny veiledningstime i kognitiv terapi. Jeg var bekymret og tenkte jeg ikke rekker å komme presis pga. jobbpresset. Plutselig oppdaget jeg at hendene begynte å svette og hjertet slo fortere. Gjennom hodet kom og gikk mange katastrofetanker som «jeg er så sliten at jeg ikke kommer til å være i stand til å konsentrere meg om den timen, jeg husker ikke hva vi snakket om i forrige uken og hva hjemmeleksene som min kandidat skulle jobbe med til i dag var...» Jeg løp rundt fra en til annen pasient hele dagen, og nå er det bare noen få minutter før klokka slår 14:00, og jeg er redd for at jeg ikke har forberedt meg til veiledning. Jeg prøvde, best som jeg kunne, å slutte med å innstille grublinger, sortere tankene, og overta kontroll over bekymringene. Legen i spesialisering kom inn, satte seg i sin vanlige plass, og jeg måtte bare spørre henne: «Hvor mye angst føler du nå?» «80/100» fikk jeg uvilkårlig et svar, og så fortsette hun med å forklare at hun hadde så mye å gjøre i hele denne uken, og at hun ikke hadde tid til å forberede seg til timen med meg. Dagstemaet var, naturlig nok, angst.

Angst har mange ansikter, og angstlidelse er svært utbredt. Befolknings-undersøkelse tyder på at hver fjerde til femte person i befolkningen opplever en angstlidelse i løpet av livet, mens mer enn hver tiende person til enhver tid har en angstlidelse. I tillegg til

beina i været. Jeg har ikke kjennskap til henne fra før. Hun har ventet i 5 minutter og jeg beklager med en forsiktig spøk om hvordan det er å ligge i en gyn.benk og «slappe av». Egentlig er stemningen spent, det er mistanke om nyoppdaget kreft. Jeg hjelper LIS med prøvetakning, ser pasienten i øynene og sier; «Lykke til. Min kollega vil fortelle deg hva som skal skje videre». I virkeligheten vet jeg at dette er vanskelig for den nyansatte legen. Men jeg skisserer fort hva hun skal si og vet heldigvis at hun er flink og empatisk. Før jeg rekker å gå ut, piper callingen.

«Kan du hjelpe LIS nede i gangen?» Jeg sier ja, husker jo hvordan det var å være assistentlege. Et par jeg ikke er forberedt på å møte, opplever sin tredje spontanabort, de er fortvilet. Min kollega har gjort et uvanlig funn og jeg må bruke noe tid på ultralydundersøkelse. Samtidig prater jeg med kvinnen som har mange spørsmål og bekymringer. Hun trenger svar fra en erfaren lege og det kan jeg godt forstå. Men jeg må være kjapp. Jeg gir LIS noen tips, tar kvinnen i hånden og sier at prognosen er god. Så går jeg tilbake til min egen pasient som har ventet i 9 minutter.

«OK, hvor var vi? Nå er det du som har min oppmerksomhet» sier jeg til pasienten, og kanskje like mye til meg selv. Kvinnen gruer seg, men ønsker at det utføres GU i dag. Vi går sakte frem. Planen er egentlig at studenten skal undersøke, det blir det ikke tid til. Under påkledning er jeg effektiv og taster inn blodprøver. DIPS spør; «det finnes hasteoppgaver blant dine arbeidsoppgaver, vil du se disse?». Nei og atter NEI. Spørsmålet er til daglig irritasjon. Så piper callingen igjen. «Det er ekspedisjonen, kan du svare en lege utenfra? Vi fikk ikke tak i noen andre.» Ok. Nok en ny problemstilling som krever min vurdering. Det tar 3 minutter. Foran meg sitter en mor og datter som i ventetiden har begynt å fikle med telefoner. De skal ha informasjon om en tilstand med store konsekvenser, som at pasienten er infertil. Jeg tegner og forklarer, gjentar, svarer på spørsmål. Begge tar til tårene. «Er det noe mer dere lurer på?» Har egentlig ikke tid til å svare, men det beste er å få frem alle bekymringer. Dette har vi lært på kommunikasjonskurs, men å sjonglere 4 pasienthistorier i løpet av en konsultasjon lærte vi aldri. Jeg ligger 15 minutter etter skjema i det pasienten går ut.

Journalnotatet må skrives seinere, en lang sykehistorie har jeg ikke tid til nå. Så skal jeg kode, planlegge oppfølging, signere resept, henvise til MR og hente opp neste pasient. Dårlige IT-verktøy gjør ikke jobben lettere. Og husk registrering for forskning, det er viktig på et universitetssykehus. Studenten skal lære, LIS skal ha veiledning, jeg skal være faglig oppdatert, forberede meg og dokumentere. Men når? Stresset preger meg på jobb og privat. Ikke minst må det påvirke risiko for feil og pasientens opplevelse av timen.

20 minutter forsinket tar jeg inn neste pasient. Også hun med en sjelden tilstand, behov for ekspertvurdering, empati og tid til spørsmål. Arbeidsdagen er så vidt i gang.

Bladet Overlegen er selvsagt et dårlig egnet medium for denne historien, vi er vel alle i samme båt. Og jeg vil ikke være med på å male et negativt bilde av eget yrke. Jobben min er jeg svært glad i. Men å gjøre som Malkenes handler om å beskrive situasjonen slik den er. Den taler for seg selv, den burde være sprengstoff. Slik kan vi ikke ha det! Simon Malkenes fikk Fritt Ords Honnør og Skjervheimprisen fordi han turte å si fra. I november gir han ut bok. Jeg sitter klar Dagsnytt 18, dersom dere vil høre om hverdagen for pasienter og leger i norske sykehus. ●

---

angsten følger ofte symptomer som indre uro, irritabilitet, tristhet, tretthet, hodepine, nummenhet i hender og føtter, hjertebank, sug i magen, muskelsmerter, skjelvinger og rykninger, pustevansker, svetting, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer.

Vi skiller mellom frykt og angst. Frykten er som vanlig rettet mot noe konkret i den ytre verden, men angst kommer når vi føler oss truet av en ukjent fare som vi opplever i vårt indre liv. En sint og fysisk utagerende pasient vekker frykten i oss, men en ganske vanlig travel arbeidssituasjon hvor vi føler at vi ikke har kontroll over, kan virke truende, og da kjenner vi på angst. Det er ikke noen hemmelighet at stress i hverdagen utløser angst. Angst kan sammenlignes med feber i somatikk, og likeledes feber, kan angst ha tallrike utløsende grunner. Litt feber minner oss at vi kan bli syke fort, og da tar vi litt ekstra vitaminer, drikker vann, hviler kroppen, og litt feber er det da vel ikke så farlig å ha. Men høy feber over lang tid må tas på alvor. En sterk og kronisk angst kan virke handlingslammede og stjele energi, og endatil gå ut over funksjonsevnene eller væremåten vår.

Er leger immune mot angst? Det er akkurat samme som å spørrere om leger er immune mot feber? Jeg prøvde å finne på nett noen data om prevalensen av angstlidelser hos leger, men uten særlig hell. Vi er ikke immune mot angst, men vi er kanskje bare flinkere til å kamuflere. Angstsymptomer ser svært alminnelig ut, og det er noe vi alle sammen opplever iblant, uten at vi trenger å være bekymret. Men kronisk angst er ikke noe som går over av seg selv; man begynner å ta det mer alvorlig når man «møter veggen» en dag. Personlig mener jeg at det er mer utfordrende å behandle helsepersonell enn gjennomsnittlig befolkning siden vi kan være ubetenksomme og vi venter for lenge før vi endelig ber om hjelp. En av mine helsepersonellpasienter sa at han hadde slitt med angst i ca. 10 år før han bestemte seg å oppsøke hjelp. Det er ikke et unntak, det er for det meste en regel. Som leger har vi ansvar for å jobbe med å forebygge symptomer hos pasienter, men ikke minst har vi ansvar for å jobbe med å forebygge psykiske plager hos oss selv og veilede våre yngre kolleger med den hensikt å lære hvordan de selv kan takle hektiske arbeidsdager og ta være på egen psykisk helse. ●

Gangen i tilsynssaken

Begrepet tilsynssak brukes på alle saker tilsynsmyndighetene tar til behandling. Det vi her konsentrerer oss om er enkeltsaker som innbefatter legens ivaretakelse av sine plikter. Det kan være ulike grunner til at tilsynet vurderer et slikt saksforhold. Som regel er det på grunnlag av henvendelse fra pasient eller pårørende som klager på forhold ved behandling. Men bakgrunnen kan også være melding fra virksomheten selv, mediaomtale eller henvendelser fra tredjeperson.

» Av **Lars Duvaland**, avd.direktør, Jus og arbeidsliv

Fylkesmannen

Fylkesmannen er statens representant i fylket og har ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og regjeringen. Hvert fylkesmannsembete har en fylkeslege. Etter helsetilsynsloven er fylkesmannsembetene tillagt tilsynsoppgaver overfor helsetjenesten. En av disse oppgavene er å være første instans i klagesaker mot helsepersonell og virksomheter.

Fylkesmannsembetene behandlet i 2017 ca 3500 slike saker. Disse sakene utredes og loven stiller krav til at involvert helsepersonell skal få uttale seg. Legeforeningen kan bistå allerede på dette trinnet i saksbehandlingen. Erfaringsmessig er legen best tjent med å lage eget utkast til svar som en av Legeforeningens jurister gjennomgår.

Svært mange saker avsluttes uten at fylkesmannen finner grunn til videre oppfølgning. Dette skjer også i saker der det er begått feil, men ikke av en slik karakter at fylkesmannen mener det er grunn til å reagere formelt. Av de ca 3500 sakene som ble vurdert av fylkesmannen i 2017 ble bare 300 sendt videre til Statens Helsetilsyn for vurdering av reaksjon. Av disse igjen ender ca 1/3 uten formell reaksjon. De fleste tilsynssaker ender med andre ord uten at det får (formelle) konsekvenser for involvert helsepersonell. Dette er viktig kunnskap all den tid vi vet at tilsynssaker oppleves belastende for den det angår.

Statens helsetilsyn vurderer vedtak

Det er Statens helsetilsyn som er tillagt myndighet til å treffe formelle vedtak overfor det enkelte helsepersonell for pliktbrudd i yrkesutøvelsen. Hvilke reaksjoner det kan treffes vedtak om er regulert i helsepersonelloven. Enkelt sagt er disse reaksjonene advarsel og ulike rettighetstap; tap av forskrivningsrett, suspensjon, begrensning eller tap av lisens og autorisasjon.

Fylkesmannen skal alltid behandle saken først. Etter å sett legens vurdering av hendelsesforløpet avgjør fylkesmannen om saken er så alvorlig at Statens helsetilsyn bør vurdere administrativ reaksjon overfor virksomheten eller enkeltpersonell.

Dersom Fylkesmannen sender saken til Statens helsetilsyn får legen på nytt anledning til å uttale seg om saken og de opplysninger Statens helsetilsyn har mottatt.

Etter endt saksutredning og eventuell innhenting av sakkyndige vurderinger kan Helsetilsynet avslutte saken uten formelle reaksjoner eller treffe vedtak om en administrativ reaksjon. I mange saker vil det helt frem til dette punktet være en uklart om virksomheten (jf hpl § 16 mfl) eller enkeltpersonell skal holdes ansvarlig.

Klage til Statens helsepersonellnemnd

Vedtak truffet av Statens helsetilsyn kan påklages til Statens helsepersonellnemnd. Klagen sendes til Helseklage som er sekretariat for Helsepersonellnemnda. Her saksforberedes klagen for nemnda. Nemnda er uavhengig av tilsynsmyndighetene og spesialisert på denne type saker. Den ledes av en jurist og har ellers både juridisk og helsefaglig kompetanse. Avgjørelsene treffes på bakgrunn av saksdokumentene i et nemndsmøte. Det er med andre ord ikke muntlige forhandlinger som i domstolene. Likevel er det viktig å merke seg at klager (dvs legen selv) normalt får anledning til å møte og fremlegge sitt syn på saken. Ved behov kan man ha med seg juridisk rådgiver eller annen støtteperson. Legeforeningens jurister gir i en del tilfeller bistand også til dette.

Domstolsbehandling

Om Statens helsepersonellnemnd ikke tar klagen til følge, men opprettholder Helsetilsynets vedtak, kan legen alltid bringe saken inn for domstolene. Saken vil potensielt bli kunne vurdert i tre

instanser: tingrett, lagmannsrett og Høyesterett.

Det er få saker som kommer for domstolene. Dette er det ulike årsaker til. Det har naturligvis skjedd grundige vurderinger av saken frem til nemnda treffer sin avgjørelse. Denne «silingen» underveis i prosessen gjør at det ofte vil være liten sannsynlighet for å få overbevist en domstol om at den juridiske vurderingen var feil. Til dette kommer at domstolene i rent faglige spørsmål vil være varsomme med å overprøve tilsynsmyndighetenes vurdering.

En viktig årsak er også den belastning saken innebærer for legen. Det tar gjerne 18 måneder eller mer før saken kommer til behandling i Helsepersonellnemnda. Da er vår erfaring at legen ikke makter belastningen med ytterligere prøving av saken.

Til tross for disse forholdene er det viktig å være oppmerksomme på den rettssikkerhetsverdien som ligger i muligheten for en domstolsbehandling, og det finnes flere eksempler på at feil er begått i alle instanser. Legeforeningen bidrar med vurderinger av om rettslig prøving bør forsøkes og vil etter forholdene også kunne føre en sak på legens vegne eller sørge for støtte til rettshjelp etter søknad. ●

Lenker:
https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsynssaker/saksbehandlingen-av-tilsynssaker-fylkesmannen-og-statens-helsetilsyn-forvaltningsloven-saksbehandlingstid/
https://legeforeningen.no/PageFiles/30455/Veileder%20i%20tilsynssaker.pdf
https://helseklage.no/
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_varselhaandtering_og_stedlig_tilsyn_internserien4_2016.pdf

UiO : Universitetet i Oslo

Norges fremste lederutdanning for helsesektoren:

Erfaringsbasert mastergrad i helseadministrasjon

Søknadsfrist: 1. mars 2019

Det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon (MHA) har 30 studieplasser. Gjennom studiet skal studentene utvikle ferdigheter som er nødvendige for ledelse i helsesektoren. Det blir lagt vekt på egenutvikling som leder, ledelse av utviklings- og omstillingsprosesser, analyse og forståelse av endringer i befolkningens bruk av helsetjenester, helseøkonomi, helserett og vurdering av kvalitet og effektivitet i helsesektoren.

Spennende fagmiljø
Ved avdelingen vil du møte de fremste forskerne innen helseledelse, helseadministrasjon og helseøkonomi i Norge. Våre forskere arbeider med aktuelle helsepolitiske spørsmål i nært samarbeid med helseforvaltningen og helsesektoren for øvrig.

Opptak
Det kreves utdanning på minimum bachelornivå, samt minst 3 års fulltidserfaring fra helsesektoren. I søknaden legger du ved et motivasjonsbrev, som begrunner hvorfor du søker studiet og som beskriver dine erfaringer med, og interesse for, ledelse.

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo

Inspirerende studentmiljø
Studieperioden gir deg en unik mulighet til å møte andre fremtidige ledere i helsetjenesten gjennom gruppeprosesser, samarbeid og ekskursjoner. Du blir del av et nettverk som møtes etter studiet, bl.a. gjennom årlige samlinger.

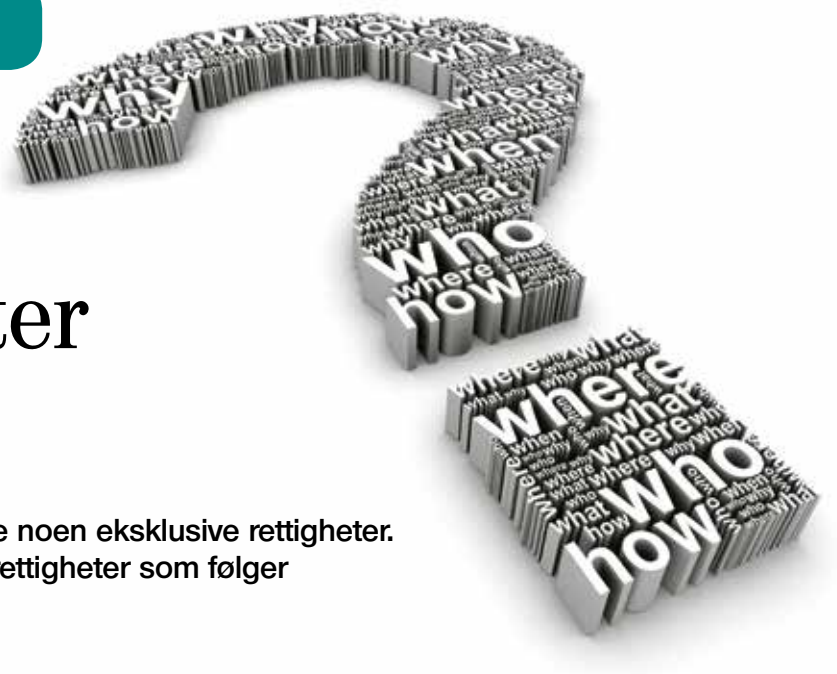
Studiets oppbygging
Mastergraden teller 90 studiepoeng. For informasjon om studiets oppbygging, innhold og omfang, samt opptak, gå til:

http://www.uio.no/studier/program/helseadministrasjon-master/oppbygging/

Studiet er gratis med unntak av UiOs semesteravgift på ca. kr 650,-

http://www.uio.no/studier/program/helseadministrasjon-master/

Har du spørsmål du ønsker besvart i bladet, send en mail til redaktør arild.egge@ous-hf.no



Seniorrettigheter i sykehusene

Norsk lov gir eldre arbeidstakere noen eksklusive rettigheter. I tillegg har eldre leger særlige rettigheter som følger av tariffavtaler i sykehusene.

» Av **Jan Eikeland,** advokatfullmektig, Jus og Arbeidsliv, Dnlf

I forrige nummer av Overlegen var hovedtemaet seniorpolitikk, hvor blant annet resultatene fra en fersk Questback-undersøkelse ble presentert. Funnene fra undersøkelsen viser at leger ansatt i norske sykehus opplever at arbeidsgiver i liten grad legger til rette for at arbeidsoppgavene tilpasses den økende alderen.

Dette stemmer godt med Legeforeningens erfaring. Krav om bedre rettigheter for eldre sykehusleger har de senere år blitt fremmet ved alle forhandlinger i helseforetakene og i private sykehus, men erfaringen er at det er vanskelig å få arbeidsgiver i sykehusene til å inngå forpliktende avtaler om seniorrettigheter. Tariffavtalene for leger i sykehusene har mange overordnede formuleringer om viktigheten av en god seniorpolitikk, men det har vist seg vanskelig å få gjennomslag for bestemmelser som gir konkrete rettigheter for leger som nærmer seg slutten av yrkeskarrieren.

Norske sykehusleger har likevel en rekke rettigheter som får virkning når man har oppnådd en viss alder, og i denne artikkelen vil det bli gjort rede for de mest sentrale seniorrettighetene som følger av lov og tariffavtaler. For å fastslå hvilke rettigheter som den enkelte lege har i de ulike situasjonene, er nødvendig å se disse regelverkene i sammenheng. Det vil også være mulig å avtale seniorrettigheter i den individuelle arbeidsavtalen, men dette skjer sjeldent.

Når blir man senior?

Begrepet senior har mange betydninger, og det gis ulikt innhold. Opprinnelsen til ordet kommer fra latinsk, og betyr en person som er «eldre» eller «høyere i rang». Overordnet sett har begrepet to ulike dimensjoner; en kvalitativ (grad av modenhet og klokskap), samt en kvantitativ dimensjon, det vil si oppnådd alder.

Det er den kvantitative dimensjonen som har betydning for hvilke rettigheter som følger for seniorer. Etter norsk lov gis arbeidstakere ulike rettigheter fra fylte 60 år og oppover, mens tariffavtalene som gjelder for norske sykehusleger gir rettigheter fra man er 55 år og oppover. Dette betyr at innslagspunktet for mulige seniorrettigheter for sykehuslegene er fra fylte 55 år.

«Seniorpolitikk handler altså ikke om snille tiltak rettet mot å avvikle en lang yrkeskarriere, men om utviklingen for seniorene innenfor arbeidslivet»

Senioren – en ressurs

Tidligere ble begrepet seniorpolitikk brukt i betydningen av at det skulle gi en støtte for kommende pensjonister til å forberede seg på livet etter jobb. I dag er begrepet mye mer rettet mot hva som kan gjøres for å beholde seniorer i arbeidslivet. Seniorpolitikk handler altså ikke om snille tiltak rettet mot å avvikle en lang yrkeskarriere, men om utviklingen for seniorene innenfor arbeidslivet.

I underkant av en halv million arbeidstakere befinner seg i dag i aldersgruppen mellom 55 og 66 år. Gruppen har økt kraftig de siste årene, og det

er et overordnet politisk mål å legge til rette for at eldre arbeidstaker står lenger i arbeid. Bakgrunnen for dette målet er at eldre arbeidstakere ikke er en byrde, men en ressurs.

Rettigheter etter loven

Arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge

Arbeidsmiljøloven kapittel 4 inneholder en rekke regler som stiller krav til arbeidsmiljøet på norske arbeidsplasser. Ingen av bestemmelsene stiller spesifikke krav for arbeidstakere som har oppnådd en viss alder, men det framgår av lovens § 4-2 at det ved «utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres og tilrettelegges» blant annet «skal» tas hensyn til den enkelte arbeidstakers alder.

Bestemmelsen innebærer at arbeidsgiver har en plikt til å ta individuelle hensyn ved organiseringen og tilretteleggingen av arbeidet. Henvisningen til arbeidstakers alder vil typisk gjelde eldre arbeidstakere, men bestemmelsen er utformet slik at den like gjerne kan gjelde yngre arbeidstakere.

Rett til redusert arbeidstid

Etter arbeidsmiljøloven § 10-2 (4) har arbeidstakere fra fylte 62 år «rett til å få redusert sin arbeidstid». Bestemmelsen gir ingen rett til økonomisk kompensasjon, kun til redusert arbeidstid. Arbeidstakeren har heller ingen automatisk rett. Forutsetningen er at reduksjonen «kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten». Bestemmelsen innebærer altså en avveining mellom arbeidstakers og arbeidsgivers hensyn. Terskelen for å nekte arbeidstidsreduksjon er riktig nok satt høyt – ulempen for arbeidsgiver må være vesentlig.

Det er viktig å merke seg at bestemmelsen ikke innebærer at arbeidstiden permanent reduseres. Stillingsprosenten består, det er kun arbeidstiden innenfor den gjeldende stillingen som blir redusert for en begrenset periode. For legenes del er denne bestemmelsen særlig aktuell i forbindelse med vaktfritak. Men som det vil framgå av gjennomgangen nedenfor, vil tariffavtalens bestemmelser om vaktfritak gi utvidede rettigheter sammenlignet med det som følger av arbeidsmiljøloven.

Rett til ekstra ferie

Arbeidstakere som fyller 60 år i løpet av ferieåret skal gis en ekstra ferie på seks virkedager. Dette følger av ferieloven § 5 (2). I ferielovens forstand er også lørdag en virkedag. Det betyr at seks virkedager tilsvarer en arbeidsuke. Den ekstra ferieuken kan tas samlet eller som enkeltdager, men dersom ekstraferien deles kan retten ikke brukes til å få flere dager fri enn det antall arbeidstakeren normalt har i løpet av en uke. I motsetning til den øvrige ferien kan arbeidstakeren selv bestemme om de vil ta ut den ekstra ferieuken som enkeltdager. For den øvrige ferien forutsetter uttak av enkeltdager avtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Det er også arbeidstakeren som selv bestemmer når den ekstra ferieuken skal avvikles, se ferieloven § 6 (1). Den eneste begrensningen består i at arbeidstaker må varsle arbeidsgiver om uttak av ekstraferien innen en frist på 2 uker, se ferieloven § 6 (2). Arbeidsgiver har stor grad av styringsrett over når den ordinære ferieperioden skal avvikles, men det gjelder altså ikke for den ekstra ferieuken.

Den tariffavtalefestede femte ferieuken «spiser ikke opp» ekstrauken for dem over 60 år. Dette fremgår uttrykkelig av tariffavtalene i sykehusene. Arbeidstakere som er over 60 år og som omfattes av tariffavtale om den femte ferieuken har derfor krav på seks uker årlig ferie.

Det kan også være nyttig å vite at ferieloven ikke fullt ut kompenserer for bortfall av lønn for hele den ekstra ferieuken. Dette følger av ferieloven § 10 (3) hvor det fremgår at feriepenger for ekstraferien forhøyes med 2,3 prosentpoeng, men det ytes ikke forhøyet feriepengesats for den delen av feriepengegrunnlaget som overstiger seks ganger folketrygdens grunnbeløp. Legeforeningen har i en rekke forhandlinger krevd at feriepenger også skal ytes for den del av feriegrunnlaget som overstiger seks ganger grunnbeløpet, uten å lykkes.

Rettigheter etter tariffavtaler

De fleste norske sykehusleger er ansatt i offentlige helseforetak. I helseforetakene er Legeforeningen bundet til overenskomsten som er inngått med arbeidsgiverforeningen Spekter. For leger som er ansatt i private ideelle sykehus er arbeidsgiverforeningen Virke den overordnede tariffmotpart. I begge tariff-områdene er systemet slik at noen rettigheter er forankret sentralt, det vi si at de gjelder alle sykehusleger, mens andre rettigheter kan

framgå av lokale avtaler med det enkelte sykehus. Dette er også tilfelle for seniorrettigheter. Når det gjelder de helprivate sykehusene, vil tariffrettigheter for legene – i den grad de foreligger, være lokalt avtalt.

Fanebestemmelser

Både i Spekter- og Virke-området inneholder de sentrale tariffavtalene såkalte fanebestemmelser som inneholder overordnede formuleringer om viktigheten av å integrere det seniorpolitiske perspektivet i sykehusenes personalpolitikk. Av § 8.6 i overenskomstens del A2 med Spekter framgår det at «Ulike virkemidler og tiltak bør tas i bruk for å nyttiggjøre eldre legers kunnskap og erfaring best mulig, samtidig som eldre leger sikres mulighet for faglig fornyelse og utvikling.»

I den sentrale særavtalen i Virke-området framgår det av en protokoll fra forhandlingene i 2017 at partene er enige om «viktigheten av å legge til rette for et arbeidsliv hvor man innenfor virksomhetens muligheter ivaretar den den enkelte arbeidstaker ulike behov avhengig av livsfase.»

> «Innslagspunktet for mulige seniorrettigheter for sykehuslegene er fra fylte 55 år»

Rett til fritak for vakt

I henhold til § 3.6.4 i A2 i Spekter-området «kan» overleger be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 58 år og for hjemmevakt ved fylte 60 år. Selv om bestemmelsen bruker formuleringen «kan», er Spekter og Legeforeningen enige om at det er en rettighet for legene. I særlig belastende fag, kan det avtales fritak ved lavere alder. Dette skal avtales mellom partene lokalt. Bestemmelsen gir ikke rett til kompensasjon for bortfall av lønn. En tilsvarende bestemmelse gjelder i Virke-området, se særavtalen § 3.5.4.

I enkelte lokale B-dels avtaler i helseforetakene er det avtalt at rettigheten til fritak for vakt inntrer ved lavere alder enn det som følger av A2. Eksempler på dette er Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF.

Ved Sykehuset Innlandet er det avtalt at leger som får fritak for vakt «skal få individuelt tillegg som fullt ut kompenserer for tapet av vaktlønn på det tidspunkt de går ut av vakt.». Samtidig beholder leger som får fritak for vakt og som i tjenesteplanen var oppsatt med 38 timer alminnelige arbeidstid (inkludert 2,5 timers pliktig utvidet arbeidstid) dette som en personlig ordning. Leger som fortsetter i vakt ved Sykehuset Innlandet kan også gis kompensasjon.

Rettigheter i lokale avtaler

I denne artikkelen vil det ikke være mulig å redegjøre i detalj for hvilke rettigheter som følger av de lokale avtalene i sykehusene. Hovedinntrykket er at de lokale partene i liten grad har avtalt utvidede rettigheter for eldre leger. En del lokale avtaler har riktignok alternative formuleringer om viktigheten av seniorpolitikk og at det skal foretas individuelle vurderinger, samt at seniortiltak skal være tema for de årlige medarbeidersamtalene, men bestemmelsene er i mindre grad forpliktende. ●

Lovens aldersgrenser – og rett til sykepenger

Etter arbeidsmiljøloven § 15-13 a har arbeidsgiver anledning til å bringe arbeidsforholdet til opphør ved fylte 72 år. Tidligere var denne grensen satt til 70 år.

Leger ansatt i helseforetakene og ved private sykehus er omfattet av arbeidsmiljøloven, og grensen på 72 år vil derfor gjelde alle sykehusleger. For ansatte i staten er grensen fortsatt 70 år.

Arbeidsmiljølovens regler om aldersgrenser innebærer en begrensning i eldre arbeidstakers rettigheter, fordi den alminnelige saklighetsstandarden ved opphør av ansettelsesforholdet ikke vil gjelde ved fylte 72 år. Arbeidsgiver har dermed i disse situasjonene en adgang til ensidig å bringe arbeidsforholdet til opphør.

Arbeidstakeren har imidlertid rett til skriftlig varsel om fratreden seks måneder i forkant av fylte 72 år. Dersom arbeidsgiver ikke gir varsel i tide vil konsekvensen være at arbeidstaker ikke plikter å fratre før seksmånedersfristen er utløpt, etter at varsel faktisk er gitt.

Rettigheter til sykepenger er et annet eksempel på at rettigheter begrenses for eldre arbeidstakere. Det følger nemlig av folketrygdloven § 8-3 at det ikke ytes sykepenger til medlem som er fylt 70 år. For arbeidstakere mellom 67 og 70 år ytes sykepenger fra trygden i opptil 60 sykepengedager.

Retten til arbeidsavklaringspenger og uførepensjon opphører ved 67 år.

For nærmere informasjon om seniorpolitiske rettigheter som følger av lokale tariffavtaler vises det til Legeforeningens nettsider: https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/

Min mormors brune kaker

(danske pepperkaker)

Av **Ulla Dorte Mathisen**, styremedlem

2 dl mørk sirup
200 g sukker
200 g smør
2 egg
1 tsk. natron
2 tsk. kanel
2 tsk. ingefær
1 tsk. nellik
1 tsk. kardemumme
750 g mel

Kok opp sirup og sukker og ha i krydderet. Deretter blander man i natron.
Hel blandingen varm over smøret og rør til det er smeltet og avkjølt. Rør deretter inn eggene før melet røres inn.
Ikke rør inn helt alt. Deigen skal være lett å kjevle ut, men man trenger litt mel til utbaking.
Deigen kjevles ut og man stikker ut kakene etter lyst og behov. Min mormor stakk gjerne
en halv skåldet mandel midt i før steking.
Ovnen varmes til mellom 200 til 225 grader og kakene stekes i 6 til 7 minutter.
Kakene stekes midt i ovnen.
Følg med. Brente kaker smaker ikke godt.

BOKOMTALE:

Medisinens historie

Lidelse og helbredelse

Av **Arild Egge**, Red.

«Denne boken engasjerte meg»

Nils Uddenberg, professor i Lund
Oversatt til norsk av Lars Nygaard

Denne boken er en helt ny kilde til kunnskap om medisinens utvikling fra Antikken og fram til vår tid. Den er skrevet for den interesserte – leg eller lærd – og er derfor ganske «lettlest» for den med medisinske fagkunnskaper. Enhver spesialist vil tenke at ens spesiale er temmelig lettvint behandlet og har fått en summarisk plass i historien. En blir ikke klokere innen eget felt av denne lesningen – men en slik forventning er også en feil inngang til boken.

En blir klokere på nesten alle andre felter – i stedet. De fleste med noen år i eget fag, vil få kunnskap om nære og fjerne fagområders historie. Ettersom interessen for historie som regel øker med egen fartstid og økende fugleperspektiv – blir også medisinens plass i menneske-samfunnet opp igjennom historien mer interessant. Denne boken henvender seg til allmennheten og vil like godt underholde enhver med generell interesse for sam-funnsutvikling og menneskenes takling av sine livsbe-tingelser; hvordan nye forståelser har utviklet seg – ofte i sprang (paradigmeskifter) og ikke så mye som vi tror i en gradvis økende forståelse av verden rundt oss.

Forfatteren har gjort et enormt arbeide – og har tidligere skrevet Biologiens vitenskapshistorie. Han skriver med et globalt perspektiv og plasserer inn store svenske navn der det passer – ikke på noen måte påtrengende – de fortjener sin plass. Boken er rikt illustrert fra originale skrifter som forfatteren har hatt tilgang til gjennom Hagströmerbiblioteket og Karolinska Institutet i Solna.

Virkelig en alternativ Coffe-table bok for lege og inter-essert leser.

Sterk hjerne med aktiv kropp

Av **Anne-Karin Rime**, nestleder Of

«Høstens mest inspirerende bok»

Jeg har visst det lenge og endelig kommer det dokumentert i bokform av Ole Petter Hjelle.

Fysisk aktivitet og en pille er omtrent det samme - og hvem vil vel da velge en pille?

Hjelle har skrevet en bok som kan leses av både fagfolk og de som ikke har medisinsk bakgrunn, men som vil lære om hva fysisk aktivitet gjør med hjernen din.

Boken tar oss med på en forståelig forklaring om hvordan hjernen har utviklet seg, hvordan den fungerer og hvordan den kan trenes opp. Fokuset er selvsagt hvordan hjernen påvirkes av fysisk aktivitet.

God hukommelse er noe de fleste av oss ønsker å ha og bevare. Det er fasinerende å lese om ulike former for hukommelse og hvordan den påvirkes av trening.

De to kapitlene om ADHD og depresjon prøver ikke å baga-tellisere mental sykdom, men gir en god innføring i studier om hvordan fysisk aktivitet har en positiv effekt ved disse syk-dommene.

Hjelle gir oss gode råd om hvordan vi kan få fysisk aktivitet inn i hverdagen og hvordan vi kan overvinne hjernens latskap, og boken har flere gode eksempler på hvor positivt det er med trening. At fysisk inaktivitet er den største globale helse-trusselen er nok overraskende for mange.

Husk at det aldri er for sent med fysisk aktivitet. Vi er trenbare så lenge vi lever og de som er i dårligst form, er de som får størst helsegevinst av fysisk aktivitet skriver Hjelle.

Boken er lett å lese, den er inspirerende og jeg forventer den snart kommer ut på lydbok slik at man kan gå tur i skogen mens man lærer om hvor viktig bevegelse er for å forhindre demens og øke kreativiteten. God lesing og god trening!

JULEKRYSSORD

						VIKTIG AT EN SLIK ER GOD	GJELDER HJERTETS KRANSAR-TERIER		AMYO-TROFISK LATERAL-SKLEROSE			
							ROMER-TALL 5		FISKER TEK-STIL		SØLV-VINNER	
							4/6 DEL AV DIS-TRIKT I NORDLAND					
							FOLKE-SLAG ØVRE NILEN					
							GRIPE					
MINE-RALET		NOT-ERE PRI-MAT		NY-ANSER								
INOKULA-SJON KRUM-SPRING					DELE OPP							
							RUGGE		HOPPE-FØLGE		ROMER-TALL 100	
KARIBU SJARM					GREV-INNE AV VEXIN					KVAL-MENDE		
		HOLDER PÅ FUKT-IGHET STJÅL									ROMER-TALL 500	
ANTALL AV TJUE					ODI-ØSE	GAM-MELT KONGE-RIKE					KRUK-KER	
ÆR-FUGL-HUNNEN			ROV-MÅKE BARE, AKKURAT			MUSK-EL	NED-BØR-FATTIG	ROMER-TALL 50	EGYPTISK GUDINNE PRON-OMEN			
	FOR-BRUK-ERE							FORT-SATT LEVERE				
	VOKS			FOR-LIKT					ÆR-FUGL-HUNN	BILKJ. TEGN SPANIA		

Send inn løsningssetningen til of@legeforeningen.no innen 10.1.2019.

3 heldige vinnere belønnes med flaxlodd. Vinnerne må være Of-medlemmer.

Kryssordforfatter:
Rolf Bangseid

Fagaksen er Legeforeningens organisering av de 45 fagmedisinske foreningene. Disse velger et faglandsråd hvor alle foreningene er representert, og hvor Lis-representasjon er lovfestet. Faglandsrådet velger et fagstyre, og delegater til Legeforeningens landsstyre. Fagaksen skal styrke tverrfaglig samarbeid og dialog med helsemyndigheter.

» Av **Cecilie Risøe,** leder av fagstyret

Spesialistutdanningen må finansieres

Kjære kolleger

I siste nummer av Overlegen takket jeg for meg. Jeg var overbevist om at dette var et egnet tidspunkt for å tre til side og overlate videre utvikling av fagaksen til nye krefter. Men det går ikke alltid slik en tror. På faglandsrådsmøtet 26. september var det jeg som ble valgt til leder av fagstyret. Så nå er jeg tilbake i denne spalten og gleder meg på fagaksens vegne over forventningene vi møtes med. Fagstyret skal snart ha sitt første møte – det er ikke lett å finne en åpning som passer for så mange travelt opptatte mennesker når møtekalenderen ikke er lagt i forkant – og det er mye å gripe fatt i, både av faglig og organisatorisk art.

Et tilbakevendende tema i denne spalten har vært spesialistutdanningen, og det er fordi dette er en så utrolig viktig sak for alle fagmiljøene. Etter at læringsmålene kom på plass tidlig i år, har det vært arbeidet hardt i alle regioner og ved alle helseforetak med læringsaktiviteter og hvilke læringsmål en kan oppfylle lokalt. Høsten har vært preget av rotasjonsrådenes arbeid. Det er ett råd for hver spesialitet med en representant for hvert helseforetak. Medlemmene møtes for å bli enige om hvordan læringsmål som ikke kan oppnås lokalt, kan oppfylles og om hvor lang tjeneste dette tilsier ved større sykehus. Det er verd å nevne at også for fag der alle læringsmål prinsipielt kan oppnås ved eget sykehus, kan det ha verdi å rotere til et annet sykehus for å få erfaring med en litt annen tenkemåte og en annen måte å løse oppgavene på.

Et positivt tiltak som er kommet som følge av at det arbeides så intenst med ny utdanning, er årlige, nasjonale seminarer om LIS-utdanningen. Helse Vest arrangerte det første. Det andre er akkurat avholdt på Gardermoen i regi av Helse Sør-Øst og samlet 250 deltakere. Programmet var dels praktisk nyttig med innlegg om hvordan få til bedre veiledning, bedre tilbakemeldinger, kommunikasjon og supervisjon, og dels informativt ved at representanter fra Helsedirektoratet fortalte om hva de nå arbeider med. Det var også reflektoriske innlegg om prioritering og en sammenligning av to ulike helsereformer som demonstrerte at prioritering og sannsynlighet for suksess henger nøye sammen med finansiering.

I arbeidet med læringsmål og egnede aktiviteter for å nå målene har ikke bare mål og aktiviteter vært gjenstand for diskusjon, men også rubrikken vurderingsform. Hva ligger i «ha god kunnskap om», og hvordan vurderes det om LIS har oppnådd den nødvendige kompetansen? Denne typen uklarhet åpner for betydelige lokale variasjoner og mye usikkerhet. Prosjektleder Heidi Stien i Helsedirektoratet kunne fortelle at de nå arbeider med en veileder i vurdering. Målet er at veilederen skal bidra til kvalitet og kompetanse i vurderingene, lik vurdering på tvers av foretak og etterprøvbarhet i vurde-

ringene. Helsedirektoratet er oppfordret til å være mest mulig konkrete i dette arbeidet. Vi håper at en del av dagens uklarheter derved parkeres.

Ny spesialistutdanning tar mål av seg til å bli en bedre utdanning enn dagens på noen områder, blant annet ved å innføre sterkere struktur i veiledning og faglig supervisjon av LIS. Felles kompetansemoduler inneholder også mange viktige læringsmål som krever gruppeveiledning over tid. I tillegg til tidsbruk i gruppene kommer tid til helt nødvendig kompetanseoppbygging hos overleger, spesielt innen veiledning. Tiltakene vil heve kvaliteten i utdanningen, men uansett hvor effektivt vi gjør det, vil det kreve at både LIS og overleger setter av mer tid til utdanning.

Presset på akuttmottakene avtar ikke selv om utdanningen endres. Det fortelles at enkelte sykehus nå har ansatt vikarer for LIS 1 ettersom de er så mye borte for å oppnå læringsmålene. Mindre tid til klinisk arbeid vil også gjelde LIS 2 og LIS 3 når ny ordning for disse starter opp 1. mars neste år. Vil det ha tilsvarende konsekvenser, og hvordan får vi budsjettene til å tåle dette?

Thomas de Lange, leder av regionalt utdanningsutvalg i Helse Sør-Øst, holdt et tankevekkende innlegg om manglende finansiering av reformen. Helseforetakene har 4 lovpålagte oppgaver. Pasientbehandling og pasientopplæring er finansiert ved DRG-poeng, og forskning gir publikasjonspoeng og uttelling på CVen til den enkelte. Den fjerde oppgaven, utdanning, gir ingen inntekter og er ikke meritterende for underviseren. Utdanning er heller ikke med blant parameterne HF-ene måles på, slik som ventelistebrudd, epikrisetid og korridorsenger. Produksjonspresset er hardt ved alle avdelinger, og øynene våre rettes mot inntekter (DRG) og styringsmål. Kvaliteten i utdanningen blir lett en salderingspost i et slikt scenario.

Det er en kostnadskrevende reform som er satt i gang. Basert på en nøktern beregning ved Oslo universitetssykehus dreier det seg om 1,8 millioner årlig per 10 LIS, og dette er uten ekstratiltak som «train the trainers». Med 5000 LIS på nasjonalt plan snakker vi altså om rundt 900 millioner, tilsvarende 0,6 % av spesialisthelsetjenestens budsjett.

Reformen skal gi bedre spesialistutdanning og derved bedre pasientbehandling i fremtiden. De aller fleste leger støtter selvsagt en slik målsetting. Men utdanning må i så fall prioriteres på lik linje med de 3 andre lovpålagte oppgavene helseforetakene har.

Det er vanskelig å se at reformen lar seg gjennomføre med dagens finansieringsmodell. Det beste ville være økt rammetilskudd eller øremerkede midler, men Helsedepartementet har vært klare på at potten til spesialisthelsetjenesten ikke skal økes. Vi kan innføre en prissetting av utdanningsoppgavene eller innføre styringsmål av typen «antall LIS som ikke har fått veiledning siste 2 måneder», men ifølge sentrale helsemyndigheter må pengene da tas fra et annet sted i totalbevilgningen. Få av oss ønsker å peke på hvilke oppgaver som skal ut. Manglende finansiering, og derved manglende tid til de oppgavene som ligger foran oss, kommer til å bli stadig tydeligere i tiden som kommer dersom finansieringsutfordringen ikke løses. ●

Returadresse
Norsk overlegeforening
Postboks 1152, Sentrum
0107 Oslo