

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 3 / 2018



Skal – skal ikke?

Her står det en annonse
i papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Tidsskriftet Journalen er medlemsblad for Oslo legeforening og utkommer fire ganger i året.

MEDARBEIDERE I DENNE UTGAVEN:

PER HELGE MÅSEIDE

REDAKTØR
Tlf: 95 20 13 14
perhelge@fagbladetjournalen.no

ELLEN RENBERG

REDAKSJONSSEKRETÆR
TLF: 40 64 82 82
ellen@fagbladetjournalen.no

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

JOURNALIST
kristinsg@gmail.com

PAAL AUDESTAD

Fotograf
paalfoto@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 2/2018 er 23.11.2018

Forsidefoto: Paal Audestad
Layout: Svovel

ANNONSER:
Media-AaMarketing
Postboks 240,1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 /
90 04 32 82
E-post: arne@aa-media.no

POSTADRESSE:
c/o Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

TRYKK: Merkur Grafisk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.fagbladetjournalen.no

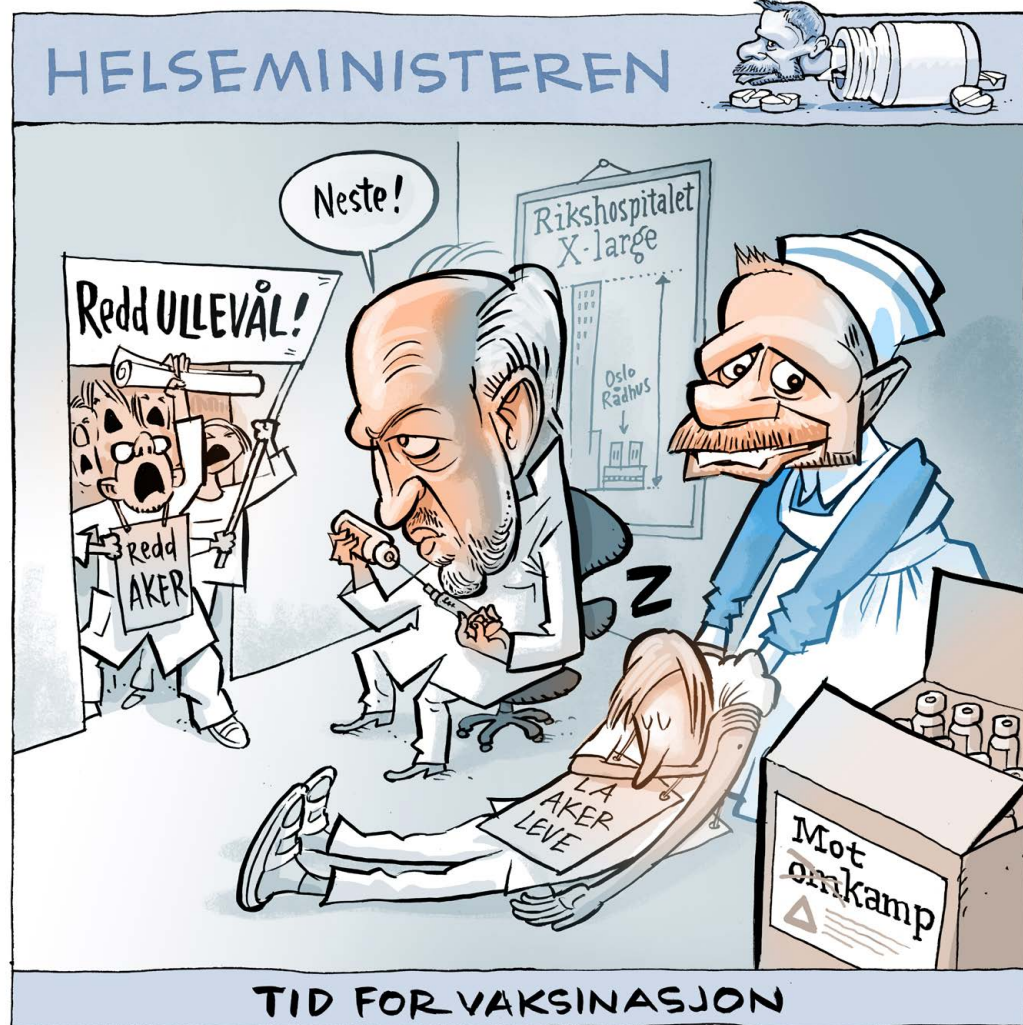
FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

JOURNALEN PÅ FACEBOOK
www.facebook.com/fagbladetjournalen

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekst-reklameplakaten.

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Ettertrykk og elektronisk videre distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



Sterke meninger? Da kan du skrive kronikk eller debattinnlegg!

Kronikk: 6500 tegn m mellomrom.
Debattinnlegg: 4500 m mellomrom.
Replikk: 2500 tegn m mellomrom.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte innsendte manus.

INNHOOLD

REDAKTØREN:	
Hva vil skje med tidsskriftene?	4-5
TEMA:	
Influensa-vaksinasjon	8-16
KRONIKKER:	
Hvis en medisin er så dyr at de syke ikke har råd - virker den da?	18-19
En hyllest til Prosessen	20
INTERVJUET:	
Medisinstudent Thea Røstbakken	22-27
ANMELDELSE:	21
FRA FORENINGEN:	28-31
Lederen	28



PER HELGE MÅSEIDE

Hva vil skje med tidsskriftene?

Det pågår en opphetet debatt om hvordan forskningsresultater skal publiseres. At tidsskrifter også har andre funksjoner har knapt vært diskutert.

Debatten startet etter at direktør i Forskningsrådet, John-Arne Røttingen, og forskningsminister Iselin Nybø (V) lanserte et europeisk forslag i Dagens Næringsliv om at det fra 2020 skal være obligatorisk å publisere forskningsresultater i tidsskrift som praktiserer åpen tilgang til alle originalartikler, såkalt «gullmodell». Forslaget kalles Plan S eller Coalition S.

I dag har mange tidsskrifter en abonnementsmodell der leserne, i praksis institusjoner og biblioteker, betaler for å lese dem. Noen praktiserer en «grønn modell» der siste versjon av manuset kan deponeres, andre har ulike hybridmodeller der noe stoff er fritt tilgjengelig, mens andre deler kan ligge bak betalingsmurer.

Regjeringen har satt som mål at all forskning skal være åpent tilgjengelig innen 2024, og at man bare i spesielle tilfeller kan se bort fra dette. Begrunnelsen er at så lenge det offentlige betaler for forskningen, er det urimelig at tidsskriftene tar seg betalt for at andre kan tilegne seg innholdet.

Åpen tilgang innebærer at pengestrømmen snus: Forskerne må betale for å få publisert artiklene. Ved å opprette offentlige publiseringsfond skal den enkelte forsker slippe å sitte igjen med en regning for publiseringen på 10.000 – 50.000 kroner.

«Journalistikk, debatt- og kommentarstoff som publiseres i fagtidsskrifter setter dagsorden for både profesjons- og samfunnsdebatten»

De fleste er enige om at de største forlagshusene tar seg urimelig godt betalt, fortjenesten skal være så høy som 30-40 prosent. Elsevier-konsernet, som blant annet utgir The Lancet, blir ofte fremstilt som en av de grådigste i klassen. Nybø og Røttingens forslag innebærer at det i praksis vil bli forbudt å publisere i dagens ledende abonnementstidsskrift, som Nature og Science, så sant ikke disse endrer finansieringsmodellene sine. Og lite tyder på det.

– Svært kravstore tidsskrifter, slike som Nature, er på det nåværende tidspunkt kun bærekraftige ved å spre kostnaden ut over de mange leserne heller enn det lille antallet forfattere, skriver

kommunikasjonsdirektør Susie Winter i Springer Nature til Forskerforum.

Ved å opprette Open Access-datterselskap forsøker imidlertid Nature å få i pose og sekk. Andre vil sikkert gjøre det samme. Forskeren Dag O. Hessen ble i følge Aftenposten nylig tilbudt publisering i en åpen datter-journal for 5000 euro etter å ha blitt avvist i hovedtidsskriftet.

At forskningsresultater skal være åpent tilgjengelig er bra. Men et økende antall kritiske røster, spesielt fra universitetshold, er engstelige for at norske forskere må over i tidsskrifter med åpen tilgang som vil ha et «B-preg», i hvert fall så lenge konkurrerende forskningsmiljøer i noen land, som USA, vil fortsette å støtte opp om abonnementstidsskrift. Frykten er at norske forskere vil forsvinne ut av de beste tidsskriftene.

Debatten har til nå dreid seg om publisering av originalartikler. Tidsskriftenes rolle i fag- og samfunnsdebatten har i liten grad vært debattert.

Å gi ut et tidsskrift kan stort sett begrunnes i tre forhold; idealisme, merkevarebygging og fortjeneste. Det fortoner seg nærmest som utenkelig at for eksempel Legeforeningen vil slutte å gi ut et tidsskrift som tjener overordnede interesser som å sette dagsorden for leger.



FOTO: NORGES FORSKNINGSRÅD

FOTO: MARTE GARMANN

Forskningsrådets direktør John-Arne Røttingen og forskningsminister Iselin Nybø (V) er gått i bresjen for helt åpen publisering av alle forskningsartikler.

At Tidsskriftet redigeres etter redaktør-plakaten, i likhet med *Journalen*, gjør samtidig at det ikke kan overprøves av utgiveren, noe som borger for integritet og troverdighet.

Ved å ta en titt i nesten hvilket som helst av de større medisinske tidsskriftene, vil man se at disse inneholder langt mer lesestoff enn originalartiklene, som er de som gir publiseringspoeng, og som er de som debatten så langt har dreid seg om.

For å være interessante for en større gruppe lesere, ut over den smale gruppen som interesserer seg for originalartiklene, inneholder tidsskriftene analyser, anmeldelser, debattstoff, forskningsjournalistikk og feature-artikler av høy kvalitet, kasuistikker, kommentarer og lederartikler. Uten å tilby dette ville antakelig tidsskriftene være så lite interessante for et større publikum at opplagstallene – og dermed inntektene – ville rast.

De ledende tidsskriftene kjennetegnes nemlig ofte ved at de henvender seg til et bredt publikum, samtidig som det er ekstremt vanskelig å få publisert i dem. Andelen avslag, som kan være godt over 90 prosent, holdes ofte fram som et kvalitetskriterium. De mest prestisjetunge tidsskriftene tar i praksis kun inn artikler som enten omfatter store datamengder eller som er banebrytende. Artiklene kan

likevel ha et smalt nedslagsfelt. At en artikkel er åpen, betyr nemlig ikke at den er interessant for veldig mange. Nature er et godt eksempel på det. Originalartiklene er rett og slett uleselige for andre enn ekspertene. Noe av det samme er tilfellet med Tidsskrift for Den norske legeförening. De færreste leser originalartiklene.

Kompleksiteten i moderne forskning er slik at det krever betydelig spesialkunnskap for å kunne forstå mange av originalartiklene. Mye av det øvrige stoffet handler om å sette ny viten inn i en større kontekst ved og forklare sammenhenger og hva forskningen betyr. Mange abonnerer på bladet kun for å få med seg dette. Spesielt i utlandet benyttes det journalistiske metoder til dette. Og det er dyrt. Svært dyrt.

Hvis man forsøker å sette seg for eksempel i Elsevier-konsernets sted vil et viktig sparetiltak, i tillegg til at man dropper papirutgaven, være å skjære vekk det stoffet som skaffer redaksjonen arbeid, men som ikke genererer inntekter. Det kan i praksis bety storparten av tidsskriftet. Selv om tidsskriftet da mister mye av sitt særpreg, vil tiltaket være lønnsomt så lenge det ikke fører til reduksjon i antall innsendte originalartikler.

Betyr det egentlig noe om dette redaksjonelle forsvinner? Etter min mening er svaret et klart ja.

Journalistikk, debatt- og kommentarstoff som publiseres i fagtidsskrifter setter dagsorden for både profesjons- og samfunnsdebatten, blant annet ved at det siteres i dagspressen eller publiseres dobbelt med kildekreditering. Noen av disse behovene vil kunne dekkes inn av andre tidsskrifter og publikasjoner, for eksempel av det som du leser nå, men totalt sett er det en reell grunn til å frykte en innsnevring av tidsskriftenes innhold.

Antakelig vil noen tidsskrifter gå inn mens andre vil oppstå. En slik omstilling trenger ikke å være negativ. Men tidsskriftene tenker selvsagt omsetning og fortjeneste også med en åpen tilgang-modell, slik blant annet Michael Bretthauer og Erlend Hem tidligere har beskrevet i *Journalen*.

At forlag kommer til å slutte å ville tjene penger, er nok å tro på julenissen. De vil nok ikke gjøre som Kodak som tviholdt på fysisk film da digitalfotografiet kom, men forsøke å tilpasse seg den nye virkeligheten. Kanskje forsvinner dagens tidsskrifter helt eller delvis og erstattes med publiseringsplattformer for originalartikler, slik det allerede snakkes om.

Det er påfallende at debatten ikke handler mer om konsekvenser av omleggingen. Noen bør også tale tidsskrift-lesernes sak, og ikke bare forskernes.

Her står det en annonse
i papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Her står det en annonse
i papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Samarbeider om å få opp dekningen

I fjor samarbeidet Oslo kommune og sykehusene i Oslo om å øke vaksineringsen av helsepersonell mot sesonginfluensa. Men resultatet ble at kun 40 prosent vaksinerte seg.

TEKST: KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI
FOTO: PAAL AUDESTAD

Årets vaksine mot sesonginfluensa sendes ut fra Folkehelseinstituttet (FHI) til hele landet før høstferien. I Oslo fortsetter kommunen og sykehusenes sin felles satsing foran den kommende sesongen.

Gjennom satsingen i fjor, fikk kommunalt ansatte helsearbeidere i Oslo tilbud om gratis influensavaksine fra kommunen for første gang.

– Tidligere måtte de ordne vaksiner selv hos egen fastlege, opplyser smittevernoverlege Tore W. Steen, som ledet samarbeidet mellom kommunen og sykehusene i fjor.

Sykehusene har tilbudt sine ansatte gratis vaksiner i en lengre periode.

– ALVORLIG

Selv om Oslo har bedret dekningen, er det fremdeles et stort sprik mellom institusjonene. Enkelte ligger veldig lavt. Sykehjemmene i kommunen kom dårligst ut i fjor. Et privat sykehjem var helt nede i to prosent dekning, mens ett av de offentlige sykehjemmene var nede i fire prosent. Helsestasjonene og sykehusene kom best ut (se tabell side 10).

– Helsearbeidere må være klar over hvor alvorlig influensa kan være for immunsvakkede pasienter og eldre, sier fungerende smittevernoverlege i Oslo, Øystein Rolandsen Riise.

Han understreker at vaksiner er det viktigste enkelttiltaket for å verne befolkningen.

FAKTA

ÅRLIG TAR INFLUENSA RUNDT 900 LIV

- ▶ Influensa er sannsynligvis den infeksjonssykdommen i Norge som rammer flest og som gir størst sykdomsbyrde i form av sykehusinnleggelser og dødsfall, ifølge Folkehelseinstituttets årsrapport for forrige influensa-sesong. Hvert år smittes rundt 10 prosent av befolkningen.
- ▶ FHI anslår på sine nettsider at det er rundt 900 influensarelaterte dødsfall hvert år. Til sammenligning ble 109 personer drept i vegtrafikkulykker i 2017.
- ▶ Influensa forårsaker også rundt 5000 sykehusinnleggelser i et gjennomsnittså her i landet.
- ▶ Tallene varierer mye fra sesong til sesong. I 2016/17 var det for eksempel rundt 1700 influensa-relaterte dødsfall.
- ▶ FHI beregner også at 30 prosent av befolkningen eller 1,6 millioner nordmenn har risiko for et alvorlig sykdomsforløp dersom de blir smittet. Både risikogrupperne og rundt 300 000 helsepersonell bør vaksineres, ifølge instituttet.

Det er viktig at ledere legger til rette for vaksineringsen, sier overlege Ragnhild Raastad. Her vaksinerer hun sykehusdirektør Bjørn Erikstein.



MÅLSETNING PÅ 80 PROSENT

Oslo universitetssykehus (OUS) var blant institusjonene med best resultater i Oslo. Ragnhild Raastad er overlege ved Avdeling for smittevern der, og sentral i årets satsing for å få opp vaksinedekningen ved OUS. I fjorårets influensasessong ble 54 prosent av helsepersonellet her vaksinert, en dekningsgrad



som få andre helseinstitusjoner kan vise til. – Vi liker å si at vi er best i klassen, sier Raastad.

Hun opplyser at dette er resultat av en satsing over flere år, og økt oppmerksomhet rundt temaet fra flere aktører.

Målsetningen for kommende influensasessong er at 80 prosent av alle ansatte ved

OUS vaksinerer seg – også de som ikke har pasientkontakt, for eksempel rengjøringspersonell eller kjøkkenpersonell. Raastad begrunner dette med at også ansatte uten pasientkontakt kan bidra til å spre influensasmitte, og at det er viktig av beredskaps-hensyn.

– På sikt ønsker vi 100 prosent dekning,

altså vaksinerer av alle som ikke har allergi eller en annen kontraindikasjon, og uavhengig av om de har pasientkontakt eller ikke, sier Raastad.

SATT I SYSTEM

Å sette kommunikasjonen i system var blant forårets tiltak ved OUS.

– Vi fikk ut saker på sykehusets intranett, og på sosiale medier. Der forsøkte vi å oppklare en del misforståelser og myter som verserer, og vi prøvde å fremheve det som er positivt ved å la seg vaksinere, sier Raastad.

Tidligere år hadde man i stor grad appellert til den enkelte helsearbeider, men i fjor ble oppmerksomheten rettet mye mer mot ledelsen.

– I løpet av høsten var vi innom alle ledermøtene i sykehuset. Vi snakket med alle klinikklederne. Der fremhevet vi deres ansvar for å legge til rette for vaksinering av de ansatte, og for å kommunisere en tydelig forventning om at dette er noe vi gjør, forteller Raastad.

Hennes inntrykk var at dette ble positivt mottatt, og at mange tok tak i sine avdelinger etterpå.

OUS vaksinerer sine ansatte gjennom et desentralisert opplegg.

– Hver enkelt klinikk har ansvaret for vaksineringen, og dette gjøres litt ulikt. Enkelte steder er det noen som har ansvar for å stikke alle de ansatte, mens andre steder vaksinerer man hverandre, sier Raastad.

– LEDELSEN FØRST

Smittevernoverlege Steen mener også det er viktig at ledelsen på den enkelte arbeidsplass organiserer vaksineringen best mulig, og går foran med et godt eksempel.

– Det finnes også egne buttons hvor det står «jeg er vaksinert», sier han.

Gjennom samarbeidet mellom kommunen og sykehusene i Oslo i fjor ble det hengt opp plakater og arrangert møter for ledere og mellomledere i helseinstitusjonene, hvor de fikk stille spørsmål til ansatte i fra Folkehelsa.

– Helsepersonell kunne vaksinere seg ved flere ulike tidspunkt, og man gikk rundt og vaksinerte folk der de jobbet, sier Steen.

Fungerende smittevernoverlege Riise understreker at det er viktig å bygge en kultur hvor det er naturlig at helsepersonell vaksinerer seg mot sesonginfluensa, og der legene er viktige forbilder.

– Vaksinen er et hygienetiltak som alt mulig annet, for eksempel å vaske hendene før og etter pasientkontakt, sier han. ■

FAKTA

30 PROSENT DEKNING VED AHUS

- ▶ Akershus universitetssykehus (Ahus) gjennomførte en kampanje i fjor for å få vaksinert en større andel av helsepersonellet. Resultatet ble en dekning på rundt 30 prosent, en dobling fra tidligere år.
- ▶ – Det som er mest gledelig er at vi hadde høy vaksinasjonsdekning på mange avdelinger med høyere risiko, for eksempel intensiv, akuttmedisin og infeksjon, sier Karl Johan Seim-Wikse i Bedriftshelsetjenesten ved Ahus.
- ▶ Med høy vaksinasjonsdekning mener han godt over 50 prosent og opp mot 80 prosent noen steder.
- ▶ – I år arbeider vi med å nå enda flere, hvor vi bygger videre på og utvikler kampanjemodellen fra i fjor. Dette arbeidet er godt i gang allerede. Vi håper og forventer at flere tar vaksinen i år, sier Seim-Wikse.

Influensavaksinasjon i Oslo 2017

Tjenestested	Dekningsgrad (prosent)
Alle bydeler	
- helsestasjoner	54
Alle bydeler	
- hjemmetjenester	28
KAD/Aker legevakt	48
Almennlegevakten	36
Kommunale sykehjem	26
Alle sykehjem	22
Diakonhjemmet	50
Lovisenberg	50
OUS	54
TOTALT	40

Kilde: Oslo kommune

FAKTA

LANGT TIL MÅLET

- ▶ Blant landets helsepersonell var det kun 17 prosent som vaksinerte seg mot sesonginfluensa sesongen 2016/17. Siden den gang har flere aktører gjort en innsats for å få opp dekkningen.
- ▶ Nasjonale tall for forrige influensasessong kommer senere i høst, og er forventet å bli noe høyere. Likevel er det ingen tvil om at det er langt igjen til målet.
- ▶ Verdens helseorganisasjon har en målsetning om 75 prosent vaksinedekning blant både risikogrupper og helsepersonell. Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen bekrefter at dette er målet i Norge også. – Ja, 75 prosent er vårt nasjonale mål, i likhet med både WHO og EU. De fleste land i EU/EØS-området er fortsatt langt unna å nå det, sier hun.

FAKTA

DERFOR BØR HELSEPERSONELL VAKSINERE SEG

- ▶ Helsepersonell har en klart høyere sannsynlighet for å få influensa enn andre som ikke arbeider i helsesektoren. En stor undersøkelse (Kuster mfl, 2011) viser at risikoen er tre til fire ganger så stor. Helsepersonell har generelt god effekt av vaksinen.
- ▶ Vaksinasjon beskytter ikke bare helsepersonellet selv, men også deres familie og omgangskrets.
- ▶ Vaksinasjon beskytter pasientene. Pasienter i risikogruppene har økt risiko for alvorlig sykdom eller død i forbindelse med influensasjukdom. På grunn av redusert immunsystem har mange av dem også redusert effekt av vaksinen. Dermed er det ekstra viktig at helsepersonellet de har kontakt med, er vaksinert.
- ▶ Ellers friske folk har ofte et mildt eller asymptomatisk influensaforløp. Helsepersonell med lite symptomer vil derfor kunne gå på jobb uten å være klar over at de har influensa, og risikere å smitte andre.
- ▶ Flere studier fra andre land indikerer at dødeligheten er høyere blant helsetjenesteassosierte influensatilfeller enn blant de som blir smittet i sitt hjemmemiljø.
- ▶ Vaksinasjon av helsepersonell bidrar til å opprettholde tilstrekkelig beredskap i helseinstitusjonene i influensasessongen. Influensautbrudd medfører en stor ekstrabelastning på helsetjenesten.

Kilde: FHIs vaksinasjonsveileder for helsepersonell



Helsebyråden vil ha obligatorisk influensa-vaksinasjon

I Oslo vil både byråden og smittevernoverlegen ha obligatorisk vaksinasjon mot sesonginfluensa.

KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

– Vaksinasjonsdekningen blant ansatte i kommunens virksomheter varierer i dag for mye, og ingen virksomheter har god nok dekning. Det bekymrer meg som helsebyråd, sier Tone Tellevik Dahl (Ap), helsebyråd i Oslo kommune.

Nå tar hun til orde for obligatorisk vaksinasjon av helsepersonell mot sesonginfluensa.

– Jeg er opptatt av at helsepersonell kan bidra til å beskytte brukere og pasienter mot influensa. Høy vaksinasjonsdekning hos ansatte vil gi redusert forekomst av influensa hos pasienter og brukere, og også redusere antibiotikaforbruk. Ikke alle pasienter kan ta eller har god nytte av vaksinen selv. Derfor er det viktig at de ansatte er vaksinert, sier hun via sin kommunikasjonsrådgiver.

– Det er fryktelig om dødsfall kunne vært unngått ved at helsepersonell hadde vaksinert, sier smittevernoverlege Tore W. Steen i Oslo. Hans inntrykk er at en stor andel av helsepersonellet ikke synes det er så viktig å vaksinere seg. I fjor ledet han et samarbeid mellom kommunen og sykehusene i Oslo for å få opp vaksinasjonsdekningen blant helsepersonell.

– Tross alt er det bare et mindretall av oss som får influensa, så mange føler vel at de ikke trenger vaksinen. Men vi har en etisk og moralsk plikt til å gjøre det vi kan for våre pasienter. Når det gjelder risikogrupper skal det i alle fall ikke være slik at influensa smitter fra helsepersonellet, sier Steen, for tiden i permisjon.

– MÅ GJØRES OBLIGATORISK

Selv om Oslo ligger mye høyere enn landsgjennomsnittet, ser ikke Steen for seg at kommunen når målet om 75 prosent dekning blant helsepersonell denne sesongen heller, og han tror det må sterkere virkemidler til.

– Om vi skal ha håp om tilnærmet full dekning, er det min personlige mening at vaksineringsen må gjøres obligatorisk for helsepersonell, på samme måte som i en rekke helsevirksomheter i USA. Noen av disse har en vaksinasjonsdekning på nærmere 99 prosent blant ansatte. Vaksinen tåles godt og har ikke noe særlig bivirkninger, så dette ville



Helsebyråd Tone Tellevik Dahl (Ap) tar til orde for obligatorisk vaksinasjon av helsepersonell mot sesonginfluensa.

ikke være for mye forlangt. Da må det selvfølgelig gjøres unntak for de som har kjente kontraindikasjoner mot vaksinen, sier Steen.

RAPPORTERES IKKE

Det finnes ingen norsk kartlegging av hvor ofte influensasyke helsearbeidere smitter pasientene. Det nærmeste man kommer er antallet pasienter som er blitt influensasyke mens de var innlagt i helsevesenet av andre årsaker. Dersom det er mer enn to tilfeller av influensa på én enhet i en helseinstitusjon kalles det et influensautbrudd, og dette skal rapporteres til Folkehelseinstituttet (FHI).

For sesongen 2016/17 ble det rapportert om 11 slike influensautbrudd, men FHI skriver i Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell at det forekommer en vesentlig underreportering. I seks av disse utbruddene ble det rapportert antall syke pasienter versus antall syke helsearbeidere, og fordelingen var 72 pasienter og 70 helsepersonell.

Det finnes også tall på influensa blant pasienter på intensivavdelinger. I sesongen 2017/18 var 447 pasienter innlagt på intensivavdeling med mistenkt eller påvist influensa. 30 av disse pasientene døde. Tallene kommer

fra Norsk intensivregister, og er presentert i FHIs rapport for forrige influensasessong.

– IKKE GRUNNLAG FOR TVANG

Kjersti Margrethe Rydland er seniorrådgiver ved FHIs Avdeling for influensa, og har hatt en sentral rolle i arbeidet med en fersk rapport om tiltak for å øke vaksinasjonsdekningen.

– Det er bred internasjonal enighet om at dagens kunnskap underbygger anbefalingen om vaksinerings av helsepersonell, og at de bør oppfordres til og tilbys vaksine. Dagens datagrunnlag gir imidlertid ikke grunnlag for tvang. Det vil kreve studier som ingen har gjort før, sier hun. Det er nemlig utfordrende å dokumentere den indirekte beskyttelsen pasienter kan få når helsepersonell vaksinerer seg.

Selv om dekningen blant helsepersonell altså er lav, vil ikke FHI anbefale at de blir pålagt å vaksinere seg mot sesonginfluensa.

– Vi er prinsipielt sett ikke tilhengere av pålagt vaksinasjon. Det er veldig mange andre tiltak man kan prøve før man behøver å pålegge vaksinerings. Jeg tror det viktigste er at folk får skikkelig informasjon, sier Rydland.

– SOLIDARITET

Petter Brelin, leder for Norsk forening for allmennmedisin, støtter denne tilnærmingen.

– Dersom det innføres vaksinetvang for å kunne jobbe i helsevesenet, vet vi at det blir en intens debatt om tvangen og lite fokus på vaksineringsen. Det er veldig uhensiktsmessig å starte det som kan bli en krig, når problemet kan løses på bedre måter. Når det er sagt, så er det opp til den enkelte som jobber i helsevesenet å ta dette opp med seg selv og sin samvittighet. For meg handler det om solidaritet. Det er leit å smitte syke folk med noe som er farlig for dem, sier han.

Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen (FrP) opplyser at departementet støtter FHIs anbefaling om at vaksinasjon, også av helsepersonell, bør være frivillig.

– I fjorårets influensaepidemi ble 54 prosent av de ansatte ved Oslo universitetssykehus vaksinert ved hjelp av frivillige tiltak. Dette viser at det nytter når arbeidsgiver legger til rette for å vaksinere, skriver Michaelsen i en e-post. ■

FOTO: STURLASON

Motstand og uvitenhet

I flere år har Oslo universitetssykehus (OUS) satset på vaksinering mot sesonginfluensa. – Vi møter fortsatt motstand og uvitenhet – også i legegruppa, sier overlege Ragnhild Raastad.

KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

En del av forklaringen på den lave vaksinasjonsdekningen kan være at influensavaksinen ikke er helt som mange andre vaksiner. Den er for eksempel mindre effektiv og gir ikke full beskyttelse, men reduserer sjansen for å få influensa.

Ifølge Folkehelseinstituttet varierer effekten av vaksinen fra år til år, men ligger i gjennomsnitt på rundt 60 prosent. I tillegg må vaksineringen gjentas hvert år.

TROR IKKE DE TRENGER

For å kartlegge årsakene til at helsepersonell velger å ikke vaksinere seg, har OUS og Vestre viken gjennomført en spørreundersøkelse hos alle ansatte. Funnene er enda ikke publisert, men disse to institusjonene vet nå en del om helsepersonellens grunner til å vaksinere seg eller ikke.

– De som er positive og tar vaksinen gjør det først og fremst av hensyn til pasientene, men også av hensyn til seg selv og egen omgangskrets, forteller Ragnhild Raastad, overlege på Avdeling for smittevern ved OUS.

Av helsepersonellet som sier de ikke vil ta vaksinen, er det mange som mener de ikke trenger den. De sier de er friske og aldri får influensa, eller at de ikke er i noen risikogruppe.

– Da har de ikke forstått hvorfor de blir anbefalt å ta vaksinen, sier Raastad.

PANDEMRIX

Andre er bekymret for at vaksinen skal gi bivirkninger.

I 2009 rammet svineinfluensa-pandemien. Det førte til rask godkjenning av vaksinen Pandemrix, som FHI etter hvert anbefalte til alle nordmenn. Kort tid etter viste det seg å være en sammenheng mellom denne vaksinen og narkolepsi.

Pandemrix-erfaringene er fremdeles et årvisst tema og et tilbakevendende argument, særlig fra helsepersonell, om å ikke ta influensavaksine. Det rapporterer Folkehelseinstituttet i en utredning om tiltak for å få opp vaksinedekningen, som nylig ble overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet.

– Frykten for bivirkninger er en begrunnelse mange bruker for å ikke ta vaksinen, og når jeg er ute og snakker med folk, er



FOTO: PAAL AUDESTAD

– Undersøkelser ved OUS og Vestre Viken viser at det også er noen leger som svarer at de ikke vil ta vaksinen mot sesonginfluensa, sier overlege Ragnhild Raastad.

det mange som spør om narkolepsi, forteller Raastad.

Hun understreker at dette handler om en sammenblanding av vaksiner.

Forskjellen på Pandemrix og vaksinen mot sesonginfluensa er at førstnevnte var laget spesifikt mot pandemisk influensa. Den var tilsatt adjuvans, et stoff som forsterker effekten av vaksinen.

– Dette er et vanskelig budskap å få frem, men det var snakk om en helt annen vaksine, med andre innholdsstoffer og en annen produksjonsmåte, sier Raastad.

– Man skulle tro at i alle fall legene hadde fått det med seg. Dette er et budskap det er viktig at legene kommuniserer til både pasienter og helsepersonell, sier Raastad.

– LEGENE BØR FORMIDLE

Vaksinen mot sesonginfluensa har vært i bruk i mange tiår. Det er gjort en rekke studier for å undersøke bivirkninger. For eksempel er det gjort registerstudier i systemene for bivirkningsmeldinger, og vaksinasjonsstatus er sjekket mot narkolepsi i amerikanske databaser.

– Det er ikke funnet noe som tyder på at sesonginfluensa-vaksinen kan forårsake narkolepsi, sier Kjersti Margrethe Rydland. Hun er

seniorrådgiver ved FHIs avdeling for influensa.

Den årlige vaksinen mot sesonginfluensa er altså godt gjennomprøvd, og lages etter samme produksjonsmetode fra år til år, bortsett fra at man veksler litt på hvilke av de ulike influensastammene som inngår.

– Vaksinen mot sesonginfluensa er trygg, sier Raastad

– Den gir sjelden alvorlige bivirkninger, sier Rydland.

VIRKER IKKE MED ÉN GANG

At det er mulig å få influensa av å vaksinere seg, er en oppfatning som også finnes blant helsepersonell, ifølge Rydland.

– Det er en utbredt oppfatning at influensavaksinen kan gi influensasykdom. Det kan den ikke. Den inneholder ingen sykdomsfremkallende elementer eller levende virusmaterie, sier hun.

At vaksinen hos noen gir sykdomsfølelse et par dager etter vaksinasjon skyldes kun immunapparatets respons. Det tar inntil 14 dager etter vaksinasjon før et tilstrekkelig forsvar mot influensa er etablert. I denne perioden vil man fremdeles være sårbar for smitte, opplyser Rydland.

– Det er dessverre mange som venter i det lengste med å ta vaksinen, sier Rydland. ■

– Uvaksinerte kan bli omplassert

Uvaksinert helsepersonell kan få forbud mot å jobbe med pasientgrupper som har økt risiko for å bli alvorlig syke eller dø hvis de får influensa.

KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

Helse- og omsorgsdepartementet fikk nylig oversendt en utredning hvor Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet anbefaler en rekke tiltak for å få økt vaksineringsgraden mot sesonginfluensa både i risikogrupperne og blant helsepersonell.

En av anbefalingene er å avklare muligheten helseinstitusjonene har for tiltak overfor uvaksinert helsepersonell. Det kan for eksempel dreie seg om å pålegge bruk av munnbind, innføre begrensninger i arbeidsoppgaver eller gjennomføre omplasseringer av uvaksinerte.

– For noen arbeidsoppgaver kan arbeidsgiveren vurdere at det ikke vil være forsvarlig at arbeidstakeren er uvaksinert. Dersom det er nødvendig kan arbeidsgiver omdisponere bruken av arbeidskraften, skriver eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen (FrP) i en e-post.

– SVÆRT VIKTIG

Helsepersonell som arbeider på intensivavdelinger og med pasienter med sterkt nedsatt immunforsvar skal som hovedregel være vaksinert mot influensa, understreker Helsedirektoratet på sine nettsider.

«Arbeidsgivere bør følge opp helsepersonell som arbeider med enkelte sårbare pasientgrupper for å sikre vaksinasjon. Dersom personell som arbeider med denne typen pasienter motsetter seg å ta vaksinen, skal arbeidsgiver gjøre en individuell risikovurdering av om det er i tråd med forsvarlighetskravet å la vedkommende fortsette, eller om helsearbeideren må omplasseres under influensasessongen», skriver direktoratet.

Spørsmålet er om slike tiltak bør brukes i enda flere sammenhenger.

– Det er svært viktig at helsepersonell med pasientkontakt er vaksinert, særlig de som arbeider med eldre og andre sårbare pasienter, skriver Michaelsen.

Hun tar anbefalingene til FHI på alvor.

– Jeg vil på grunnlag av rapporten vurdere å be Helsedirektoratet gi ut faglige anbefalinger om hva arbeidsgivere kan gjøre overfor helsepersonell som ikke vaccinerer seg, sier hun. Departementet svarer ikke på hva dette konkret vil innebære.



– For noen arbeidsoppgaver kan arbeidsgiveren vurdere at det ikke vil være forsvarlig at arbeidstakeren er uvaksinert, sier eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen i en e-post til Journalen.

Oslos helsebyråd Tone Tellevik Dahl vil heller ha andre virkemidler, som obligatorisk vaksine.

– Vi kan ikke omplassere alle de som ikke vaccinerer seg, fordi det er for mange. Derfor er det viktig at vi får de verktøyene som trengs for å øke vaksinasjonsdekningen, sier hun.

ARBEIDSGIVERNES ANSVAR

– Arbeidsgiverne bør ha oversikt over hvilke ansatte som er vaksinert, og legge til rette for høyest mulig vaksinasjonsdekning, skriver Michaelsen.

FHI understreker på sin side at ansatte med pasientkontakt skal få gratis vaksine og at denne skal være lett tilgjengelig. Dette gjelder enten det er snakk om sykehus, legekontorer, legevakter, helsestasjoner, skolehelsetjenesten, sykehjem, hjemmetjenester eller kommunale døgnenheter. Likevel har instituttet fått flere tilbakemeldinger om at helsepersonell har måttet betale kostnadene for sin egen vaksinerings, forteller Kjersti Margrethe Rydland. Hun er seniorrådgiver ved FHIs Avdeling for influensa, og har hatt en sentral rolle i arbeidet med den ferske rapporten.

FAKTA

HVA SIER LOVVERKET?

Helsepersonelloven § 4: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2:

Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. Helsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører dem blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Helsepersonelloven § 16: Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Forskrift om utførelse av arbeid § 6-1:

Dersom en arbeidsaktivitet kan medføre fare for helse eller sikkerhet, skal arbeidsgiver kartlegge smitterisiko og vurdere helsefare.

Forskrift om utførelse av arbeid §

6-12: Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne tilbys sikker og effektiv vaksinasjon mot biologiske faktorer de kan bli eksponert for. Berørte arbeidstakere skal gis informasjon om fordeler og ulemper ved å la seg vaksinere. Arbeidsgiver skal dekke utgiftene ved vaksinasjonen.

– Det er behov for at arbeidsgivere i kommuner og helseforetak får tydelig beskjed fra sentralt hold om at ansatte ikke skal dekke slike utgifter, sier Rydland.

FHI har ingen oversikt over hvilke arbeidsgivere som ikke tilbyr gratis vaksinerings, men Rydland viser til flere innspill FHI har fått på forelesninger og kongresser.

– Vi vet heller ikke hvor mange institusjoner det gjelder, sier hun.

– Arbeidsgiver skal dekke utgiftene ved vaksinasjonen, kommenterer eldre- og folkehelseminister Michaelsen (FrP).

TILGJENGELIGHET

FHI anbefaler systemtiltak for å stimulere til høy vaksinasjonsdekning blant helsepersonell, og fremhever først og fremst at arbeidsgiver bør tilby vaksinerings der personellet befinner seg når de er på jobb, med et minimum av inngripen i arbeidshverdagen.

– Ved flere institusjoner har man begynt å gå rundt med vaksinen til folk der de jobber. Vi har også hørt om leger som vaksinerer hverandre på morgenmøter, forteller Rydland.

Opplæring og rom for samtale med de som er usikre er et annet tiltak som trekkes frem av FHI.

– Det ser ut til at det er systematiske forskjeller i vaksinasjonsvilje mellom tjenestesteder og mellom grupper av helsepersonell, sier Rydland.

For eksempel er dekningsgraden gjerne lavere blant sykepleiere enn blant leger. Mer spesialiserte sykehusavdelinger har ofte en høyere vaksinasjonsdekning, og eldre helsepersonell tenderer til en høyere vaksinasjonsvilje enn de yngre. Sykehusene har generelt mye høyere dekning enn sykehjem. Tall fra FHI fra 2012/13-sesongen viste at

vaksinasjonsviljen blant sykehjemsansatte var lav). 60 prosent av de undersøkte sykehjemmene rapporterte at ingen av deres ansatte var vaksinerte. Data fra Oslo kommune viser at flere sykehjem hadde svært lav vaksinasjonsgrad også i 2017/18-sesongen (se egen sak). Den lave vaksinasjonsviljen blant sykehjemsansatte blir også bekreftet i Folkehelseinstituttets kommunikasjon med kommunene.

Rydland mener variasjonen indikerer at det er mye å hente på kunnskapsformidling og holdningsskapende arbeid, noe som bør starte allerede i studietiden. Ved ansettelse kan arbeidsgiver signalisere at vaksinasjon er en forutsetning for å arbeide på utsatte avdelinger eller med utsatte pasientgrupper i influensasesongen.

VURDERER RAPPORTEN

FHI etterlyser en bredere involvering fra Helse- og omsorgsdepartementet og hele helseforvaltningen i sin rapport.

– Samkjørt og positivt fokus rundt influensavaksinerings fra mange aktører og med ulike vinklinger vil øke oppmerksomheten og

forhåpentlig vaksinasjonsviljen, sier Rydland.

Helsedirektoratet har tidligere presisert overfor kommunene at arbeidsgivere har plikt til å tilby vaksinasjon til relevante arbeidstakere med pasientkontakt.

– Dette er også tatt inn i tildelingsbrevet fra departementet til de regionale helseforetakene, skriver eldre- og folkehelseminister Michaelsen.

Departementet vil fortsette med å fremheve arbeidsgivers plikt til å tilby vaksinasjon, og Michaelsen understreker at god vaksinasjonsdekning krever innsats på flere nivå.

– Fra pasientmøtene i primærhelsetjenesten og oppmerksomhet i institusjoner og helseforetak, til kommunale og statlige aktørers prioritering og tilrettelegging. Nå har vi også fått FHI-rapporten med flere forslag som vi vil se nærmere på, og vi vil vurdere hvilke tiltak vi kan sette i verk både på kort og lang sikt, sier Michaelsen.

Eldre- og folkehelseministeren kan ikke si om departementet kommer til å sette i verk noen nye, konkrete tiltak for den kommende influensasesongen. ■

Her står det en annonse
i papiirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Anbefaler gratis influensa-vaksinasjon

Nordmenn med økt risiko for alvorlig influensa-sykdom bør tilbys gratis årlig vaksinasjon. Det foreslår Folkehelseinstituttet.

KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

Hensikten er å øke andelen vaksinerte i risikogruppene og helsepersonell fra rundt 30 til 75 prosent.

I første omgang bør de som ønsker å vaksinere seg i risikogruppene betale en fast lav pris, noe de ikke gjør i dag. På sikt bør både vaksinen og vaksineringen bli gratis for disse.

Dette går frem av rapporten «Tiltak for økt dekning i målgruppene for influensavaksinerings», som Folkehelseinstituttet har utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og representanter fra kommunene.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har bestilt utredningen, og departementet fikk nylig rapporten oversendt.

Gjennomføringen av influensavaksinen i Norge har vært relativt dårlig organisert og litt halvhjertet gjennomført.

Bakgrunnen er lav vaksinedekning i målgruppene, som utgjøres av risikogruppene og helsepersonell med pasientkontakt. Målsetningen både fra Verdens helseforbund og EU har vært en dekningsgrad på 75 prosent. Ulike norske estimater tilsier at rundt 30 prosent i målgruppene tar vaksinen.

I følge rapporten utgjør risikogrupperne 1,6 millioner nordmenn, mens antall helsepersonell med pasientkontakt, som altså også bør vaksineres, utgjør 300 000.

– LURT

For risikogrupperne kan influensa være en alvorlig sykdom. I tillegg er det mulig å få ned bruken av antibiotika, fordi en del av dem som får influensa, også får bakterielle infeksjoner på toppen.

– Rundt 900 personer dør av influensa hvert år her i landet. Rundt 5000 legges inn i sykehus hver sesong, forteller sier Ingeborg S. Aaberge.

Hun er fagdirektør ved FHI's Ledelse og stab for smittevern, miljø og helse og har deltatt i arbeidet med utredningen.

– Gjennomføringen av influensavaksinen i Norge har vært relativt dårlig organisert og litt halvhjertet gjennomført, kommenterer Petter Brelin, leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

Han påpeker at det er gjort en rekke stud-

ier som viser at økonomiske barrierer hindrer folk i å søke lege og helsehjelp – også i sammenheng med vaksiner.

– Jeg er ganske sikker på at det er lurt med gratis vaksine mot sesonginfluensa, sier han.

LITE ENHETLIG SYSTEM

I dag er det ingen fast egenandel for å få vaksine mot sesonginfluensa. Vaksinering er ikke omfattet av frikortreglene, fordi det offentlige ikke definerer vaksinering som behandling av sykdom.

Ifølge utredningen bør forebyggende helsearbeid, som vaksinering mot influensa, inkluderes i folketrygdloven som en helsetjeneste det ytes stønad for.

– Det er behov for et enhetlig system for prising av influensavaksinering til risikogrupperne. I dag er det ulike måter å gjøre dette på, og det finnes ingen egen influensavaksine-takst, sier Aaberge.

STOR PRISVARIASJON

Selv om Folkehelseinstituttet distribuerer influensavaksiner til en fastpris på 40 kroner per dose til folk i anbefalte målgrupper, og 76 kroner per dose til folk utenfor målgruppen, kan prisen for å vaksinere seg mot influensa variere med mange hundre kroner. I følge rapporten skyldes dette i stor grad manglende prisregulering på forebyggende helsearbeid.

En enkel konsultasjonstakst hos kontorpersonelet på legekontoret er på 88 kroner, mot 154 kroner i konsultasjonstakst hos lege. Der kontorpersonelet setter vaksinen kan prisen ligge rundt 120-150 kroner. Andre steder kan det koste opp mot 500 kroner for å få satt en sprøyte med influensavaksine.

– Gratis vaksine vil gi et tydelig signal om at dette er et prioritert tiltak fra myndighetenes side, sier Aaberge.

På kort sikt anbefaler utredningen en takst på 100-200 kroner for både vaksine og vaksinering.

– Å fjerne økonomiske barrierer ansees som ett av de viktigste tiltakene. Det vil redusere sosial ulikhet i tilgangen til vaksinen, og bedre tilbudet for mange av de mest sårbare pasientene, sier Aaberge.

INCENTIVER FOR LEGENE

Å sende regningen til staten gjennom en

inkludering i dagens takstsystem, er også en forutsetning for å kunne etablere andre økonomiske incentiver for å få tilbyderne til å vaksinere flere.

Rapporten understreker at slike sentrale systemer for å dekke vaksinatørens utgifter med innkalling, personlig rådgivning og vaksinasjon kan bidra til økt vaksinasjonsdekning. Dette kan organiseres som takst, kompensasjonsordninger eller annen finansiering.

Å få fastlegene til å prioritere vaksineringen fremstår som det andre mest sentrale forslaget i rapporten, ved siden av å innføre gratis vaksine.

– Begge disse tiltakene tror vi er veldig viktige for å få økt vaksinasjonsdekningen, sier Aaberge.

VIL LA FASTLEGENE VARSLE

Rapporten trekker frem kommende funksjoner i elektronisk postjournal (EPJ) som enkelt skal la fastlegene identifisere pasienter med indikasjon for influensavaksine.

Ideen er at systemet kan gi fastlegene rapporter med lister over pasienter som bør få tilbud om vaksine. Deretter ser man for seg at fastlegene kan kalle inn eller varsle pasienter om vaksinetilbud. Denne typen løsning er imidlertid ikke klar til utrulling før tidligst sesongen 2019/20, ifølge rapporten.

– Jeg tror fastlegekontorene kan bidra, men det er viktig å huske på at de allerede er veldig belastet, sier Brelin.

– Arbeidskrevende

Brelin tror det ligger et potensiale i en mer systematisk organisering av vaksineringen, med sterkere involvering av fastlegene, men synes også at forslaget kan høres veldig arbeidskrevende ut. – Vi er gjerne med på å diskutere dette, men en slik løsning krever at det tilføres ressurser, og at funksjonaliteten blir tilgjengelig for alle fastlegekontor, sier han, men tar forbehold om at han ikke selv har lest rapporten.

Petter Brelin understreker samtidig viktigheten av å få opp vaksinasjonsdekningen.

– Særlig for de eldre og for de som er syke. Det kan være mye penger å spare på å hindre sykehusinnleggelser. Nettoeffekten vil være at man investerer i fastlegeordningen for å unngå sykehusinnleggelser som er assosiert med influensa, sier han. ■

JOURNALEN I NYHETENE

Journalens intervju med helseminister Bent Høie (H) i forrige nummer ble bredt dekket i Dagsavisen og førte til mye debatt der og i andre medier.

Redaktørens leder ble blant annet publisert i Bergens Tidende og på nettstedet sykepleien.no.



Her står det en annonse i papiirutgaven.
Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Hvis en medisin er så dyr at de syke ikke har råd – virker den da?

Har dagens patentsystem for legemidler for mye makt over vår tilgang til medisiner, spør Eirin Roland Udnæs, koordinator for Oslo-avdelingen av Universities Allied for Essential Medicines (UAEM).

Det har stormet rundt medisinpriser den siste tiden. Flere nye legemidler er så dyre at norske pasienter ikke får tilbud om behandling. Kreftpasienter har ikke råd til å betale for sitt siste håp.

Unge mennesker over 18 år med spinal muskeltrofi (SMA) får ikke den eneste eksisterende behandlingen mot sykdommen, fordi medisinen Spinraza er for dyr for den norske stat. Utgangsprisen var en million kroner per dose før forhandlingene om hemmelige priser startet.

Lenge var også den nye hepatitt C-behandlingen så dyr at kun noen selekterte pasienter i Norge fikk den. I februar i år gikk prisen ned, og tilbudet har endelig økt. Men i store deler av verden er behandlingen fortsatt for dyr. Hvert år dør ti millioner mennesker av sykdommer det finnes behandling for, fordi de ikke har råd. Enda flere dør av sykdommer der det ikke finnes behandling i det hele tatt. Mangel på tilgang til medisiner har lenge vært en enorm utfordring globalt. Nå har høye priser gjort at vi har fått øynene opp for problemet i Norge også.

Hva er det som bestemmer hvilke legemidler som forskes frem og kommer på markedet? Hva gjør at noen nye medisiner blir så hinsides dyre? Og er det mulig å gjøre noe med det?

UAEM (Universities Allied for Essential Medicines) spør om dagens patentsystem har for mye makt over vår tilgang til medisiner. Utvikling og salg av legemidler styres av internasjonale patentregler etter TRIPS-avtalen, avtalen som regulerer utvikling av kommersielle produkter. Patenter er til for å stimulere teknisk utvikling gjennom belønning til oppfinnere i form av eneretter. For at et patent skal være lønnsomt, må to ting oppfylles: etterspørsel for produktet og betalingsevne hos mottakerne. Dette er grunnen til at det lanseres nye smarttelefoner på løpende



FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

ERIN UDNÆS
Koordinator for Oslo-avdelingen av Universities Allied for Essential Medicines (UAEM)

bånd – i Vesten har vi både penger og «behov». Så hva skjer når systemet som styrer utviklingen av smarttelefoner også styrer medisnutviklingen?

Der pasientgrupper er store og lever i land med høye helsebudsjetter kommer det hele tiden nye medikamenter på markedet som konkurrerer og presser prisene ned: listen over blodtrykksenkende og antidiabetiske medikamenter vokser seg lange. For sjeldnere sykdommer derimot, som SMA, forskes det lite og konkurransen blir lav – med svimlende høye priser til følge. Og for sykdommer som rammer utviklingsland primært, kommer det knapt noe nytt. I dag brukes kun 2% av midlene til forskning og utvikling av medisiner på såkalte «neglisjerte sykdommer» – infeksjonssykdommer som tar livet av millioner av mennesker årlig, men som utgjør et lite lukrativt marked fordi de er fattige.



Vi kan takke patentsystemet for eksplosjonen av medisinske nyvinninger og kalle det en innovativ suksesshistorie, men med skjevheten i utvikling må det også være lov å være kritisk.

Et patent varer i 20 år – en tidsramme som gir monopol hvor rettighetshaverne kan sette så høy pris de ønsker. Når vi følger debatten om dyre legemidler hører vi på den ene siden om fortvilte pasienter som ikke får tilgang til medisiner som kunne reddet livene deres fordi de er for dyre. På den andre siden forteller legemiddelindustrien at de må kreve så høye priser for å finansiere en risikofylt virksomhet med kostbare utviklingsprosesser som ikke alltid gir resultater.

Men hvor risikofylt er det egentlig?

Legemiddelindustrien tar hvert år ut enorme profitter. Store farmasøytiske firmaer vaker på toppen av lista over verdens mest innbringende selskaper. Med en stadig høyere forventning til levetid og god helse, parallelt med en bratt økning av kunnskap om sykdommer og farmakologiske angrepspunkter, utvides både etterspørsel og mulighet for utvikling av nye medisiner.

Det er vanskelig å se en virksomhet som skal møte et slikt marked som «risikofylt». Det ser heller ut som en industri med store muligheter for profit – og som gjør en prioritering av hva de utvikler deretter.

Å rukke ved et patentsystem som er internasjonalt anerkjent og støttet opp av en enorm og mektig industri er vanskelig. Vi har heller ingen illusjon om at en så forankret ordning kan forkastes. Uten patentsystemet i legemiddelindustrien



FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

Det møtte opp mange interesserte da UAEM arrangerte debattmøte om patenter på Kulturhuset i Oslo.

vil store krefter trekke seg ut og innovasjonen vil trolig stagnere. Men så lenge millioner av mennesker dør fordi de ikke får behandlingen de trenger kan vi ikke slå oss til ro med systemet sånn som det er. Vi er nødt til å tenke på alternativer som kan supplere dagens ordning.

Non-profit-organisasjoner har klart å utvikle medisiner til lave kostnader. Et eksempel er Drugs for Neglected Diseases Initiative, som har utviklet billige og trygge medisiner mot blant annet Malaria, Sovesyke og Chagas sykdom. Dette forteller oss at 1) forskning og utvikling trenger ikke være så dyrt og 2) prisen trenger ikke bli så høy. Men når medisiner skal selges så billig at de fattigste har råd til dem, krever det at utviklingen finansieres av annet enn medisinsprisene. Slik virksomhet er avhengig av donasjoner for å overleve. Hvis vi ønsker å løse den globale

mangelkrisen må verdenssamfunnet bli enige om at dette er noe vi vil satse på.

Kan det tenkes at offentlige midler også kan være med på å legge føringer for hva de store farmasøytiske selskapene utvikler?

UAEM ønsker en alternativ modell der finansieringen av legemidler det er stort behov for kan frikobles fra prisen på ferdig produkt ved hjelp av offentlige fond som gir øremerkede donasjoner, også til privat industri. Med politisk vilje til å premiere utviklingen av bestemte legemidler, kan dette gjøres med premisser om at medisinen skal prises lavt nok til at de som har behov får tilgang.

En annen mulighet til påvirkning er lisensieringsprosessen. Når en offentlig forskningsinstans finner frem til et mulig virkestoff, lisensieres ofte rettigheten til klinisk utprøving og videre utvikling til

private selskaper. I denne overføringen bør det være mulig å sette krav som gjør at det ferdige produktet blir tilgjengelig.

I september arrangerte UAEM Oslo i samarbeid med Changemaker Oslo en debatt om patenter på Kulturhuset. En halvtime før den startet var lokalet fylt til randen. Det er tydelig at det er stor interesse for problemet, og at vi ikke er alene om å mene at det er på tide å gjøre noe med det.

Vi lever i et kapitalistisk samfunn. Innovasjon er markedsstyrt, og i mange industrier er dette kanskje en god modell. Men når det kommer til livsnødvendige medisiner, kan vi la utviklingen styres av de samme lovene som en smartphone eller en ny kjøkkenmaskin? Kan vi tillate at medisiner er et kommersielt produkt der betalingsevne bestemmer hvem som har tilgang? ■

STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINNLEGG!

Kronikker: 6500 tegn, debattinnlegg 4500 tegn og replikker på 2500 tegn. Alt med mellomrom. Kontakt redaktøren (se s. 3).

En hyllest til Prosessen

Etter å ha vært leder ved Folkehelseinstituttet en stund har jeg kommet til en erkjennelse: Jeg er prosessorientert. Det skriver avdelingsdirektør Siri Helene Hauge i denne kronikken.

Mange tenker kanskje (som jeg gjorde) at noe av det vanskeligste ved det å være leder er å måtte ta avgjørelser. Det er det imidlertid ikke. Å bestemme er noe av det enkleste ved å være leder. Ofte får man raskt en idé om hvilken retning man bør gå og hvilken avgjørelse som er den riktige. Så hvorfor trenger man likevel prosesser?

Ordet «prosess» har et dårlig rykte. Det kafkaske prosessunivers er klaustrofobisk, uoversiktlig, utenfor kontroll og preget av uforståelige avgjørelser foretatt av usynlige maktstrukturer.

Gerd Liv Valla skrev boken «Prosessen» som handler om opplevelsene rundt avgangen hennes som LO-leder, som sikkert føltes som både urettferdig og utenfor hennes kontroll. I media blir vi pepret av politikere som snakker om «gode prosesser» – uten at det nødvendigvis gir oss innsikt i hva som skal skje videre. Derimot gir definisjonen i Store norske leksikon mer positive assosiasjoner: «Prosess betyr forløp, utvikling eller naturlig utvikling gjennom flere stadier.»

Så hva skal vi med prosesser?

La oss si at «noe» må oppnås, men vi vet ikke helt hvordan vi skal komme dit eller nøyaktig hvor vi skal ende. Da kommer prosessen inn.

Mine synspunkter om prosesser er som følger:

- Prosess innebærer å involvere medarbeidere som vil bli berørte av oppgaven eller utfallet, og å få råd og innspill av disse. Dette vil sikre at lederen får kunnskap som han eller hun ikke har, og synspunkter som lederen kanskje ikke har tenkt over.
- Alle skal ikke være involvert i alle prosesser. Ofte er det tilstrekkelig å vite hvem som har ansvaret for prosessen, og få informasjon om fremdrift og resultat. Å gå i villrede og lure på om «noen» gjør «noe» skaper utrygghet og misnøye.



SIRI HELENA HAUGE
Avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet

- Ingen leder innehar all kompetansen som sine medarbeidere besitter. Fagkompetanse, særlig i kunnskapsbedrifter som FHI, må sluses nedover og opp for å gi økt kvalitet på sluttresultatet.
- Når prosessen er ferdig skal jobben gjøres. Det er som regel ikke lederen selv som skal gjøre arbeidet, men de resterende ansatte.

Når man har fått deltatt i utformingen, selv om man ikke har fått gehør for alle sine synspunkter, har man likevel en forståelse av hvorfor resultatet er blitt som det er blitt. Man har hørt argumentene som er kommet frem ved å delta i prosessen. Denne innsikten hjelper på motivasjonen og øker sjansen for at alle drar i samme retning.

Noen synes at prosesser er langdryge og byråkratiske og utrolig kjedelige. Det kan

«Å bestemme er noe av det enkleste ved å være leder.»

«Det er ikke et mål for en prosess å oppnå konsensus i alle deler av organisasjonen»

jeg ofte være enig i. Det er en kunst å gjøre prosesser passe korte og involvere riktig antall mennesker. Lange prosesser er slitomme å stå i. En prosess kan noen ganger innebære å sende rundt en epost til noen få medarbeidere for å få innspill. Korte prosesser har også fått ufortjent dårlig rykte!

Vær oppmerksom på at avgjørelser som tas i prosesser ikke er eller skal være demokratiske. Det er ikke et mål for en prosess å oppnå konsensus i alle deler av organisasjonen – det ville sannsynligvis vært tilnærmet umulig og store oppgaver ville stoppet opp på grunn av manglende avgjørelser. Her kan både enkeltpersoner og grupperinger bli misfornøyde med sluttresultatet; enten ved at man mener man ikke er blitt hørt, eller at man simpelthen er uenig i konklusjonene som trekkes. Her gjelder det å skille snørr og barter og vurdere om man faktisk har hatt en dårlig prosess eller om protestene bunner i ren misnøye med innholdet i avgjørelsen.

Prosser er et demokratiserende virkemiddel men til syvende og sist er det lederne som bestemmer. Har man likevel hatt en prosess forut for avgjørelsene som tas vil man sannsynligvis oppnå mer fornøyde medarbeidere og at jobben som skal gjøres blir av bedre kvalitet og raskere gjennomført. Vinn – vinn.

Ledere vet ikke alt, men skal ha noenlunde oversikt. Prosessen hjelper oss til å få legitimitet i organisasjonen og sikre kvalitet på det vi gjør.

Heia Prosessen! ■



GEIR SVERRE BRAUT

BRAUT er seniorrådgiver ved Forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus, professor i helsefag ved Høgskulen på Vestlandet og utredningsleder i Statens helsetilsyn.

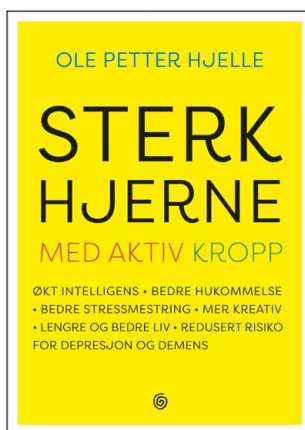
Fysisk aktivitet for kropp og sjel

Eg er tydelegvis noko fordomsfull når det gjeld bokomslag. Om det berre hadde vore for førsteinntrykket i bokhandlarhylla, hadde eg knapt lagt merke til denne boka. Ytre sett føyer ho seg godt inn i mengda av helseopplysnings- og sjølvhjelpsbøker. Det er kanskje også meininga til forlaget. Når ein har lese ein del av desse, kan ein lett bli skuffa over at kvaliteten er ganske varierende vurdert ut frå medisinske kriteria.

Men når det gjeld denne boka, skal ein ikkje la seg lura av den noko enkle framsida. Dette er ein tekst som står støtt plassert i medisinsk fagkunnskap. Boka kan gjerne få vera enno eit eksempel på kor bra helseopplysing kan bli når det faglege grunnlaget er godt. Heldigvis byrjar vi å få ein del slike bøker no, både her i landet og internasjonalt. All ære til dei legane som tar seg tid til å gå laus på slike skriveprosjekt, som ikkje gir særleg mykje akademisk uttelling og stort sett heller ikkje er noko å bli rik på.

Forfattaren sitt prosjekt er å argumentera for bruken av fysisk aktivitet som verkemiddel i medisinsk praksis. Han ønskjer å visa at det ikkje berre er musklar, skjelett og sirkulasjon som har nytte av ein slik intervensjon. Hjernen må ikkje gløymast som målorgan. Innleiingsvis argumenterer han for at fysisk aktivitet kan vera meir effektivt for å utvikla og bevare minnet enn tradisjonell «hjernetrim» av meir kognitiv art. Vidare ser han på aldringsprosessar, demensutvikling, depresjonar og hyperaktivitets-utfordringar. Han lukkast godt i argumentasjonen sin overfor meg i alle fall. I og for seg ikkje så mykje direkte nytt, tykkjer eg. Men den logiske heilskapen han framstiller dette i, gjer at eg ser samanhengar som eg ikkje har sett før.

Boka har gode kjeldetilvisingar. Dei er plasserte til slutt, men ordna kapittelvis og i samsvar med bruken av dei i teksten. Det gjer at det er lett å finna fram til kjeldene for dei ulike opplysningane som lesaren blir presentert for. Det handlar i stor grad om informasjon publisert i velrenommerede tidsskrift. Det styrkjer truverdet med boka. Delvis bygger forfattaren på systematiske analysar, delvis på primærkjelder. Om eg skal vera litt kritisk her, kunne eg tenkt meg nokre ord om korleis dei ulike kjeldene



OLE PETTER HJELLE

STERK HJERNE MED
AKTIV KROPP

Kagge Forlag AS, 2018
ISBN 978-82-489-2228-5
215 sider, ill., NOK 399,-

*«Det er godt å lesa ein
presist utforma fagtekst
der det norske språket
blir brukt på ein
bevisst måte»*

er valde ut, og også om det er vesentlege kjelder, kanskje med motstridande informasjon, som er utelatne. Men det er kanskje vel mykje å forlarga i ei bok som dette.

Teksten er lettlesn. Nokre stader tykkjer eg at den er litt prega av gjentakningar, men det er slett ikkje plagsamt. Ordbruken er konkret og nøyaktig når det gjeld medisinsk terminologi. Norske ord er jamt over brukte der det er mulig. Det er godt å lesa ein presist utforma fagtekst der det norske språket blir brukt på ein bevisst måte.

Det er berre ein handfull illustrasjonar i boka. Sjølv om det er strekteikningar, gjer dei seg godt, og eg kunne tenkt meg meir av slike.

Dei anatomiske og nevrofysiologiske forklaringane som forfattaren kjem med, er

slik at dei både kan vera ein god repetisjon for legar som meg, som har denne delen av medisinen noko på avstand, og likevel tena som ei grei innføring i eit ganske komplekst felt for folk flest. Kanskje kunne noko av dette stoffet vore presentert i faktaboksar? Det hadde styrkt etterbruken av boka som oppslagsbok.

Personkarakteristikkar er gjennomgåande brukte i boka. Det gjer at teksten blir levande. Mange av desse er ganske detaljerte. Då undrar formalisten i meg litt på i kor stor grad dei er anonymiserte. Ein kort omtale av korleis forfattaren har kombinert teieplikta si som lege med bruken av så pass frodige biografier, tykkjer eg hadde vore på sin plass, til dømes i takkseieinga til slutt.

Boka har eit tydeleg ankerfeste i nevrovitenskapen. Det er bokas sterke side. Men der ligg det også ei utfordring i vår tid; kanskje noko som kan følgjast opp i ei seinare bok frå forfattaren? Nevrobiologien kan ikkje sjåast isolert. Kor står spelet om fysisk aktivitet og hjernen i lys av genetisk kunnskap? Stikkord: Epigenetikk og demetylering (påverknad av arvestoffet utan endringar i DNA-sekvensen). Og korleis oppfører hjernen seg under påverknad av det medfødde immunsystemet, som slett ikkje er utan samspel med aktivitetsnivået vårt?

Vel, dette er litt «brusing med fjøra» frå bokmeldaren si side. Dei store utfordringane ligg i det som forfattaren drøftar mot slutten, nemleg korleis vi kan omsetja denne solide kunnskapen i klinisk praksis. Han sjølv har vist at det er mogeleg i sitt eige arbeid som fastlege. Men til dømes erfaringane med «grøn resept»-initiativet frå helsestyremaktene for ein del år sidan, viser at dei strukturelle hindra ligg på rekke og rad. Ein resept på eit tradisjonelt lækjemiddel er så mykje enklare enn å trekja med seg pasientane ut på ein gåtur. ■

Forfatteren melder at alle omtalte personer har gitt skriftlig samtykke til at historiene deres brukes. I tillegg, er navnene endret (for anonymisering) i alle tilfelle, bortsett fra ett, hvor personen ønsket at navnet hans skulle brukes. Hjelle opplyser at det vil bli opplyst om dette i takkedelen i neste utgave. Den var under utarbeidelse da anmeldelsen ble trykket.

«*Man har gode liv, men man har det ikke så veldig bra!*»

Thea Røstbakken (24) går andre året på medisin. Hun er fast bestemt på å bli psykiater til tross for at hun som alvorlig psykisk syk og suicidal ikke møtte noen psykiatere som hun ser tilbake på som gode rollemodeller. Nå medvirker hun i en TV-serie om selvmord.

PER HELGE MÅSEIDE OG PAAL AUDESTAD (FOTO)

Thea kommer rett fra fotografering med Rådet for psykisk helse. Vi møtes på Riksen, der hun leser til eksamen i anatomi og fysiologi i slutten av oktober.

Thea har en tøff bakgrunn. Det begynte tidlig. – Det var fryktelig dårlig miljø på barneskolen med mobbing og slåssing, sier hun.

Hun flyttet fra Fetsund etter å ha gjennomført barneskolen.

– Jeg gikk på videregående på Skarnes og har mange gode venner derfra.

– Du la kanskje merke til at jeg ikke nevnte ungdomsskolen? Jeg bodde forsåvidt på Skarnes, men jeg var mye innlagt i den perioden. Så jeg har ikke gått på ungdomsskolen.

Tiden mellom barneskolen og videregående var et langt løp med selvskading og suicidalitet. Hun var for syk til å gjennomføre ungdomsskolen, og fikk heller ingen undervisning mens hun var innlagt. Thea gikk rett videre fra barneskolen til videregående som hun fullførte på fem år med støtteundervisning i matematikk og naturfag. Hun gikk ut med så gode karakterer at hun kom rett inn på medisin.

I den tiden hun skulle gått på ungdomsskolen drev hun imidlertid tidvis med selvstudier.

– Jeg skrev mye dikt og noveller da jeg var innlagt. Jeg husker at jeg skrev en novelle som handlet om en geografilærer. Da måtte jeg gjøre litt research og lese om geografi, da. På internett.

– Da jeg var innlagt fikk jeg hjelp til å trykke opp diktene mine i bokform, og det var en stor mestringsfølelse for meg. Jeg gjorde noe annet enn å være pasient.

Nå går hun på det første kullet som får karakterer i alle fag. Hun begynte på et karakterløst kull, men måtte ta sykepermisjon på slutten av det 1. året. Hun har lite til overs for gjeninnføringen av karakterer.

– Jeg synes det er ganske unødvendig når jeg ser hva det gjør med de jeg studerer med. Det var ganske høyt stressnivå fra før og karakterpresset og karakterjaget bidrar ikke akkurat til en sunnere kultur.

– Så du merker forskjell på det?

– Ja. Før skulle man bestå. Nå vil jo alle ha en «A». Og det står mellom at man er fryktelig redd for å stryke og at man vil ha den A-en.

– Men er ikke stryk-grensen lavere, slik at færre stryker, med karakterer?

– De er veldig vage på det. Eksamenskommisjonene lovet oss 65 prosent riktig for å bestå. Ved innføringen av karakterer lovet de at det skulle senke ståprosenten fra 65 til 55 prosent, men hver gang eksamen nærmer seg endrer de ståprosenten, og har ingen klare svar. Da vi hadde en informasjonsrunde på fysiologieksamen måtte vi spørre fem ganger om hva som ble stå-prosenten uten å få noe klart svar.

– Det virker ikke som de har noen klar oversikt over hva de driver med, eller at det er noen som har et overordnet ansvar sier hun.

FLERE HAR FALT FRA

Thea kjenner flere som har sluttet på studiet fordi de ikke orket mer. De hun kjenner til er jenter, som nå utgjør et stort flertall av studentene.

– De har nok primært gjort det på grunn av det høye stressnivået på studiet.

Jeg kjenner flere som alltid har vært hardtarbeidende, men som har måtte begynne i behandling på grunn av psykiske problemer etter oppstart på studiet. Jeg har inntrykk av at mange av mine medstudenter generelt setter spørsmålsteget ved om det er verdt det, å ta en seksårig utdanning der du blir så stresset, sliten og – kanskje står uten LIS1-jobb når du er ferdig. Jeg opplever at de som har sluttet har funnet ut at det ikke var verdt det. Men det er skikkelig synd, for samtlige tror jeg hadde blitt fantastiske leger!

At dette kan tilskrives gjeninnføringen av karakterer tror hun imidlertid ikke.

Thea kjenner også til et titalls jenter på tvers av ulike kull som hun antar sliter med spiseforstyrrelser. Noen er åpne om plagene, andre synes å ha alvorlig undervekt. Fra annet hold blir det opplyst at det skal ha blitt mye styr rundt et obligatorisk labkurs i modul 2 der man skulle måle underhudsfettet. Thea var blant mange av de som vegret seg, og lot være å dra på grunn av kroppsfokuset knyttet til kursbeskrivelsen.

Guttene sier derimot ikke så mye om hvordan de har så lenge de er i edru tilstand, men på fest kan hun bli kontaktet av gutter som forteller at de også sliter.

VÆRT ÅPEN

Thea har tenkt mye på om hun tiltrekker seg medstudenter som sliter fordi hun selv har vært åpen om problemene sine. Hun har aldri stått fram foran kullet og sagt at hun sliter psykisk. Men hun har aldri lagt skjul på det, og er mye brukt utad blant annet av Mental Helse Ungdom, der hun sitter i sentralstyret. Hun holder foredrag i forbindelse med den årlige verdensdagen for selv-



mordsforebygging 10. september, og har flere ganger vært intervjuet i pressen for å sette fokus på psykisk uhelse. Hun tror mange har fått med seg opptredener i media via Facebook-siden sin. Men ut fra blant annet diskusjoner på det sosiale mediumet «Jodel» tror hun det er mer sammensatt enn at hun er blitt en slags «kullets psykolog».

– Vi har en «Jodel»-kanal der folk skriver mye rart, blant annet om hvordan de har det. Og det er mange som har det skikkelig, skikkelig kjipt. Mitt inntrykk er at det er urovekkende mange som sliter, sier hun.

Det er mange som ønsker å sette fokus på den psykiske helsen til medisinstudenter, blant annet hadde NMF Oslo en aksjonsuke i fjor høst med kurs i stressmestring og tips for hva man kan gjøre hvis en medstudent sliter. Thea var med en i gruppe som ble intervjuet i forbindelse med en prosjektoppgave som skrives om medisinstudenters psykiske helse, med fokus på å søke hjelp.

– Det er ikke bare jeg som opplever at mange sliter, slår hun fast.

Men hvorfor er det slik?

– Hva er det som er referanserammen til folk når de får det tungt? Er det tungt fordi det er mye å gjøre? Jeg tenker jo at mange av de som har søkt seg inn på et medisin-studium med de «ville» karakterkravene som er, alltid har satt seg høye mål og jobbet hardt nærmest med å «pugge» lærebøkene. På studiet blir man mer «hengende i løse luften». Alle og enhver kan bli litt usikre av det. Og så tror jeg at mange som har opplevd et eller annet innenfor helsetjenesten som pasienter kan bli ekstra sårbare.

– Eller at de er ekstra sårbare?

– Ja. Men dette er bare løse refleksjoner.

Thea drev med til dels ekstrem selvskadning, og spesielt armene er dekket av arr. – Jeg har en historie på å være over- og feilmedisinert, sier hun. Hun er kritisk til at piller brukes for å behandle psykiske lidelser alene, uten oppfølging av fagpersoner. Personlig har hun også opplevd å få nye resepter på psykofarmaka uten at andre preparater er blitt justert eller seponert. I en periode tidlig i tenårene stod hun på til sammen ni ulike preparater mot psykoser og depresjon, og er grunnleggende skeptisk til ukritisk medisinering ved psykiske lidelser, noe hun blant annet har skrevet om i Stavanger Aftenblad.

– Da jeg begynte på studiet hadde vi en introduksjonsuke. Det jeg husker best fra den uken var da en av disse atferdsmedisinene smelte opp en powerpoint som viste selvmordstatistikken til medisinstudentene og legene, og oppfordret oss til å ta antidepressiva hvis livet ble tungt – noe vi burde forberede oss at det kunne bli.

– Og det er noe som mange har tatt til følge?



Thea Røstbakken vil skal bli psykiater og karakteriserer seg som «en jævlige forbanna idealist».

– Absolutt. Og for meg var det nokså hårreisende å si.

– Det er forsåvidt fint å bli forberedt på at livet ikke vil være en dans på roser verken som student eller innenfor yrkeslivet, men jeg er opptatt av at når du presenterer et problem kommer du med en potensiell løsning. Når den løsningen er å be 19-åringer skaffe seg en resept på antidepressiva når ting blir litt vanskelig synes jeg det både er uansvarlig og uforsvarlig. Det finnes mange løsninger før man begynner å ta antidepressiva.

– Det er i liksom god gammeldags medisinsk tradisjon; rett på medisiner, sier hun og ler.

GENERASJON PRESTASJON

Vi diskuterer litt fram og tilbake om medisinstudenter før og nå. Det var mange streber før også, mens andre frekventerte hyppig røykebordet i kantina, ga litt f... og ble leger likevel. Slik er det overhodet ikke lenger, i følge Thea. Så hva er forskjellen, egentlig? Studiet, eller utviklingstrekk i sam-

funnet? Det er jo blant annet mye snakk om «generasjon prestasjon».

– **Tilhører du generasjon prestasjon eller kommer de bak deg?**

– Nei, jeg tror jeg er midt i smørøyet på generasjon prestasjon eller perfektjon eller hva de kaller oss. For å være helt ærlig; jeg synes det er flåsete, men samtidig er det jo treffende også.

– Nå går jeg på et studium der man ser ytterste konsekvens av generasjon perfektjon eller prestasjon – ettersom man jo allerede må ha prestert høyt for å komme inn på studiet. Det er ganske slående hvordan mine medstudenter «har alt på stell».

– Dette blir jo veldig generaliserende, men hvis man skal snakke om inntrykket av majoriteten: Det trenes flere ganger i uken, folk har lange forhold med kjærester, drar på fester i helgene, man står på eksamen, mange begynner etterhvert å eie leiligheter, jobber både lønnet og frivillig ved siden av studiene, i tillegg til verv.

– Hvis jeg skulle forsøke å forklare til moren min hva jeg gjør i løpet av en uke tror jeg at hun bare hadde sett helt rart på meg.

Thea og søsteren er nemlig de første i familien med akademisk utdanning. Mormoren levde et helt annet liv; flyttet til Oslo som 15-åring, giftet seg to år senere og jobbet på fabrikk og senere i barnehage der hun ble pedagogisk leder. – Hun var ikke opptatt av å ha de rette klærne, å se ut på en viss måte eller å gjøre de «riktige tingene» i ferien. Hun synes det er et sykkelhetstegn at en ungdom som meg har

et så etablert liv og en så travel hverdag. Hun ringer meg og sukker over nyhetssendinger som forteller om ungdom og stress.

Tilbake til utgangspunktet for intervjuet. Thea er i disse dager aktuell som en av hovedpersonene i TV Norge-serien «Else om: selvmord». Bak serien står produksjonsselskapet Teddy TV og komiker Else Kåss Furuseth, som selv mistet både sin mor og bror i selvmord. Faren er lege.

– **Gjorde du noen vurderinger på om du skulle stille opp eller ikke?**

– Ja, jeg gjorde en del vurderinger med tanke på målsettingen med programmet. Jeg var i flere samtaler med produksjonsselskapet i forkant for å høre hva slags program de tenkte at det skulle bli, og hva de tenkte at seeren skulle sitte igjen med. For det er jo et nokså tungt tema, og det er mange fallgruber å gå i når man skal lage et tv-program om noe så sår, både for de som sliter, de som er etterlatte og de som er pårørende.

– De forsikret meg om at de hadde med seg fagpersoner på laget, blant annet psykolog Peder Kjøs og psykiater Lars Mehlum (fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forskning, red.anm). De ønsket en sterk faglig veiledning om hvordan de skulle gå frem for å snakke om tematikken, og jeg vet at de rådførte seg med mange, både brukere og fagfolk.

– Å beskrive selvmordsmetoder var et ikke-tema, og målet deres var å lage en så varm serie som mulig om noe så vanskelig. Det synes jeg de lykkes med.

HVA VET VI FRA FØR

Professor Reidar Tyssen, som leder Avdeling for medisinske atferdsvitenskap, bekrefter at studenter generelt sliter mer enn andre, uansett studium. – Spesielle personlighetstrekk disponerer for studiestress blant medisinerne, det gjelder spesielt høy grad av sårbarhet (nevrotisme) og mye samvittighetsfullhet. Det første trekket er mer uttalt hos de kvinnelige studentene, opplyser han.

Det er 500-600 selvmord årlig i Norge. De fleste er menn. Antall selvmordsforsøk er 10 ganger så høyt. Et ukjent antall ulykker antas også å skyldes selvmord. Til sammenlikning omkom 109 i trafikken i 2017.

Tyssen bekrefter at leger, i likhet med blant annet veterinærer, har betydelig høyere selvmordsrate enn befolkningen ellers. Det er også nokså vanlig å ha selvmordstanker. Disse funnene gjenfinnes også internasjonalt.

Leder for LEFO-Legeforskningsinstituttet, Karin Rø, som har doktorgrad på legers psykiske helse, viser til tall, gjengitt i Dagens Medisin, som viser at stadig flere unge leger henvender seg til rådgivningstjenesten «Villa Sana» på Modum Bad for å få hjelp.

(Kilde: FHI og Statens vegvesen)

Her står det en annonse
i papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Men hvorfor medisin?

– Helt siden jeg var barn har jeg tenkt at jeg skulle inn i helsevesenet og har følt at det skulle være en naturlig plass for meg der. Det har samtidig vært helt klart for meg at jeg skal studere ved universitetet. Og etter erfaringene jeg fikk som psykiatrisk pasient ønsket jeg å hjelpe andre som sliter psykisk.

Men i løpet av sykdomsperioden begynte hun å tvile på om hun ville nå målene sine.

– Først tenkte jeg at jeg kunne bli sykepleier. Jeg tenkte at jeg ikke kunne klare å studere ved universitetet ettersom jeg hadde mistet så mange år på skolen. Problemet var bare at jeg har sett i praksis hvordan de sykepleierne og psykologene som kjente meg best ble overkjørt av legene. På tross av at de hadde tanker om hva som ville være best for meg i min situasjon fordi de var tette på.

– Og så kommer det en lege, en psykiater, og overkjører deres råd.

– Da jeg begynte på videregående skjønte jeg etterhvert at jeg hadde mulighet til å komme inn på universitetet med karakterene mine, og jeg begynte å jobbe for å komme inn på medisin. Jeg tenkte, at når jeg har muligheten til det, kan jeg ikke gå et helt arbeidsliv og bli overkjørt av en yrkesgruppe som har traumatisert meg så mye fra før.

– **Så da er det bedre å bli en av de som traumatiserer?**

– Det er jo det jeg jobber for at jeg ikke skal bli, da!

Så Thea studerer av én grunn: Hun skal bli psykiater.

– Jeg har så mange spørsmål, og jeg har så lyst til å lære hva som ligger bak mange av de beslutningene som ble tatt om meg, beslutningene som ble gjort overfor mine medpasienter, og som blir tatt hver eneste dag. Psyken er komplisert, og derfor veldig spennende. Jeg håper og tror at jeg kan bli en lege som ser hele pasienten, ikke bare symptomer og diagnoser.

– **Har du noen gode rollemodeller blant psykiaterne?**

– Nå må jeg tenke litt... Nei.

– **Ingen?**

– Nei. Ikke som jeg møtte da jeg var syk selv.

– Jeg har jo møtt en del psykiatere og psykologer. Noen av psykologene jeg har møtt har kanskje vært bedre på å se pasienten. Det har nok handlet om at de har gitt uttrykk for at de har brydd seg. Så enkelt, men tydeligvis så komplisert.

– **Det burde det jo være mulig å få til?**

Ja. (Thea ler).

– Min erfaring når jeg har vært innlagt i somatikken i forbindelse med selvmordsforsøk eller alvorlig selvskading er at jeg er blitt møtt på en mye bedre måte av leger



I programmet «Else om: Selvmord» forsøkte Else Kåss Furuseth å se om man kan se på noen om de sliter psykisk.

som ikke har noen som helst psykiatrisk kompetanse enn det jeg har opplevd når jeg er blitt møtt av psykiatere.

Det synes jeg er veldig interessant, og jeg vet ikke hvorfor det er sånn. Det har jeg tenkt til å prøve å finne ut av da. For sånn burde det jo ikke være.

Thea er involvert i såkalt medforskning, som går ut på at brukere eller tidligere brukere sørger for at forskerne ivaretar brukerperspektivet i forskningen. Det har gitt henne lyst på å forske selv.

– Det er nokså komplisert med forskning på psykiske lidelser, men det trengs. Jeg er veldig nysgjerrig og ønsker å lære og prøve å forstå mer.

– Det er jo mange dyktige psykiatere der ute, mange av de jeg har møtt i forskningsmiljøene ved Ullevål og på universitetet er virkelig ute etter å forstå mer av pasientene og hele tiden gjøre en bedre jobb. Jeg var nok veldig uheldig da jeg var syk, og det tar litt tid for å gjenopprette den skuffelsen og skepsisen jeg opparbeidet i så mange år.

– Jeg pleier å si i foredragene mine at «jo lenger behandlerne mine har studert, desto verre fordommer møtte jeg». Det kommer jo litt an på publikum hvor godt det blir tatt imot, men det er ofte den setningen som senere er blitt poengtert av tilskuere som spesielt interessant. For de som selv har vært i psykiatrien får jeg veldig mye gehør for påstanden, og et par sykepleiere har «takket meg for observasjonen». Og så er det vel sårere desto flere år med utdanning du har gjennomgått.

Thea må åpenbart ha en sterk selvoppbyggingsdrift.

– **Du har jo kommet deg gjennom tøffe greier, uten noen gode opplevelser i møte med psykiatere, og uten å ha noen rollemodeller blant dem?**

– Ja, det er noe i meg som har vært, unnskyld uttrykket, «jævlig forbanna», eller en «jævlig forbanna idealist». Men det har drevet meg da, at jeg hele tiden tror at ting kan bli bedre.

Thea holder foredrag via Mental Helse Ungdom og som privatperson. Hun er tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for selvmords- og selvskadingsforebygging ved UiO som erfaringskonsulent, og Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri, som brukermedarbeider og medforsker. De siste årene har hun blant annet forelest på OsloMet på verdensdagen for selvmordsforebygging.

SYNLIGE MERKER

Thea kom i kontakt med programleder Else Kåss Furuseth og produksjonsselskapet for TV Norge via Mental helse ungdom.

I programmet «Else om: Selvmord» forsøker Else Kåss Furuseth å plukke ut Thea blant venninnene for å se om man kan se på noen om de sliter eller har slitt psykisk.

Så lenge Thea har på seg legefrakken er det ikke mulig å se at hun har vært syk. Men på sommeren kommer de mange arrene på armene tydelig fram.

– Jeg dekker ikke det til på noen som helst måte. Så det er jo veldig synlig at jeg har vært utsatt for en eller annen skade.

– **Er det noe du får mye kommentarer på?**

Jeg får ikke så mange kommentarer, men jeg får ganske mange blikk. Jeg har slitt med spiseforstyrrelser i mange år, og dermed en

del ting som henger igjen der som gjør at jeg fremdeles har en del komplekser med kroppen min. Så når det blir veldig mye blikk, synes jeg det kan bli ganske tungt. Det er situasjonsavhengig om jeg velger å opplyse om at skadene kommer fra selvskading, og at det går helt bra nå.

– De aller fleste oppfatter jo at jeg er en oppegående person som ikke avviker på noen andre måter enn at jeg har en annerledes og skadet hud på deler av kroppen min. Jeg er åpen for spørsmål og setter veldig pris på at folk spør heller enn at de går rundt og lur. Men det er dessverre ikke så mange som spør direkte, de spør kanskje heller en venn.

– **Hva gjør du på ellers?**

– Jeg driver en del yoga, leser mye skjønnlitterært. Jeg er veldig glad i å lese. Men det går nokså mye tid på ulike verv og oppgaver utenom studiet.

Thea er opptatt av at å slite psykisk er langt mer komplisert enn det endimensjonale bildet man ofte presenteres for i pressen om at psykisk syke er potensielle drapsmaskiner eller at det dreier seg om et sterkt menneske som nå er blitt frisk og vil

leve lykkelig resten av livet.

– Det er ikke sånn at man bare blir frisk. Det er ganske beinhard jobbing for å få det bedre.

– Så har jeg jo hatt den skrivingen min, men det har jeg ikke tid til nå.

Det er på tide å oppsummere samtalen:

– Man har gode liv, men man har det ikke så veldig bra! Mitt inntrykk er at mange tenker at «det er ikke alvorlig nok», selv om man har alvorlige spiseforstyrrelser og høyt symptomtrykk når det kommer til angst, milde og moderate depresjoner. Derfor tror jeg mange medisinstudenter kvier seg for å søke hjelp. Og når kan man med sikkerhet si at man er helt frisk?

En medisin som åpenbart virker er åpenhet.

– Jeg har hatt mange gode samtaler om selv-mordstematikken blant medstudentene mine etter at jeg har snakket om det i media, sier hun. For både blant dem, og andre hun møter, får hun mye respons. Det er mange berørte og pårørende som sliter og som har mange spørsmål.

– Jeg sier jo tydeligvis noe som er viktig for dem, da, noe som treffer. – Så da har jeg fortsatt med det. ■

TRENGER DU NOEN Å SNAKKE MED?

Det flere steder du kan henvende deg om du ønsker noen å snakke med.

Legevakten, psykisk helse

Telefon: 23487090 (hele døgnet)

Legeforeningens hjelpetilbud for medlemmer og ikke-medlemmer

<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/kollegastotte/>

Mental helse

www.mentalhelse.no

Hjelpetelefon: 116 123 (hele døgnet)

Studenthelsetjenesten, psykisk helse:

Telefon 22853300 (for telefontider se www.sio.no/helse)

Ressurssenteret Villa Sana:

Telefon: 32749883 (direkte).

Telefon: 32749000 (sentraltbord).

Epost: villasana@modum-bad.no

Her står det en annonse
i papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Styret

LEDER

Kristin H. Hovland 400 06 400
Skanska Norge AS
kristin.hovland@skanska.no

NESTLEDER

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no

Recep Øzeke 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@ous-hf.no

Kari Løhne 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
kari.lohne@ous-hf.no

Gunnar Frode Olsen, Af 22 76 33 60
Kantarellen legesenter
gunnar.olsen@kantarellen.nhn.no

Anniken Riise Elnes, Ylf 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
anniken.ernes@gmail.com

Marit Kamøy, LSA 23 47 40 72
Bydel Sagene
marit@kamoy.no

Even Holt, PSL 900 56 250
Moloklinikk
even@moloklinikk.no

Nina Skylv, Namf
skylv@online.no

Live Fosmark, Nmf
Student ved UiO
live.fosmark@medisinstudent.no

SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.brøter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42
Oslo legeforening
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no

KURSKOMITÉ

Reidar Johansen 22 95 55 90
leder
Majorstukrysset legegruppe
reidar@doctor.com

HELSETJENSETER FOR LEGER

Linda Elise Grønvold
Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
linda.elisegrønvold@hotmail.com

Gro Bjartveit
Frysja legekontor 22 10 62 10
Avdelingsrådgiver
grobjar@gmail.com

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

MØTEKALENDEREN

Oktober

11.- 13. Styreseminar i Helsinki

Har du er arrangement du ønsker
omtale av på Møtekalenderen? Send
epost til unni.brøter@legeforeningen.no

LEDEREN

Hva kjennetegner en by?

Kommuneplan for Oslo 2018 har en samfunnsdel som handler om hvordan Oslo kommune skal utvikle tjenestene, legge til rette for samfunnsutvikling og løse oppgavene best mulig fram mot 2040. Planen skal ta stilling til langsiktige utfordringer, og fastsetter mål og strategier for kommunen. I planen omtales blant annet en utvikling på Blindern-Gaustad område som «Oslo Science City», som et steg på veien for et fruktbart samarbeid mellom forskning, undervisning og kunnskapsbaserte

«Jeg håper Riksantikvaren fortsatt ser verdien av å bevare Gaustad sykehus»

bedrifter. Videre har de ambisjoner om å sikre arealer for relevant næringsliv tett på Oslos kunnskapsmiljøer ved å etablere såkalte «innovasjonsdistrikter – kompakte, kunnskapsintensive og flerfunksjonelle byområder, integrert i bystrukturen og med blanding av forskning, utdanning, innovativt næringsliv, byliv og bolig.» Her nevnes bl.a. Ullevål sykehus som aktuelt innovasjonsdistrikt i vest. Ovennevnte planer er spennende i seg selv, men vi trenger fortsatt plass til sykehus og, hvis de ønsker god forskning i Oslo Science City må det være plass til forskerne. Sykehus og areal blir ikke ivaretatt i kommuneplanen.

Sykehus er ikke kommunens oppgave. Men kommunen skal ta vare på oss før og etter en sykehusinnleggelse. Andre kommuner i Norge står på barrikadene for å beholde sykehuset sitt. I 2040 regner en med at det bor ca 850 000 i Oslo. Byen vokser fort, og tilbud til både barn og eldre skal utvikles i takt med befolkningsøkningen. Helse Sør-Øst (HSØ) planlegger med en stor overføring av pasienter ut til kommunene, som en del av sin «effektivisering», noe som vil komme i tillegg til befolkningsveksten og derav økte behov i Oslo. **Helse- og sosialkomiteen** i Oslo ser de store utfordringene som ligger i oppgaveoverføringene fra sykehus til kom-

munen (50-100 000 liggedøgn/år) og holdt derfor en høring i september hvor HSØ ble bedt om å informere om sine planer. Tillitsvalgte fra OUS, konserntillitsvalgt, brukerrepresentant, Ole Berg, og Oslo legeforening v/under tegnede ble også invitert til å uttale oss. Hvordan denne oppgaveoverføringen vil påvirke hverdagen for alle som jobber med helse i bydelene er uklart.

Over flere år har Oslo legeforening vært kritisk til foreliggende planer om sykehus på Gaustad da vi mener det ikke er plass til et funksjonelt sykehus på tomte, planene innebærer bl.a. en splitting av akuttfunksjonen (traumemiljøet) og det blir en mye dyrere løsning enn å bygge på Ullevål.

Da Rikshospitalet ble bygd, var det klare føringer fra Riksantikvaren om at Rikshospitalet ikke skulle forringe kvaliteten til anlegget på Gaustad. Blant annet var det strenge krav til høyder, slik at det ikke skulle dominere over Gaustad. Jeg håper Riksantikvaren fortsatt ser verdien av å bevare Gaustad sykehus, nasjonens mest komplette og ikoniske asyl fra midten av 1800-tallet, på tilsvarende måte i dag som føringene som ble gitt den gangen.

Jeg hadde gleden av å være på kurs med mange fastleger forrige uke. Bekymret for utviklingen, men fantastisk engasjerte og glade i jobben sin. I Oslo har vi en egen avtale med kommunen og i september holdt vi informasjonsmøte om tillitsvalgte i bydelene og legevakten for situasjonen rundt rammeavtalen og særavtalen. Det blir spennende å se hva som skjer videre i høst rundt fastlegeordningen.



KRISTIN H HOVLAND,
leder Oslo legeforening

Bjørn Bendz ble årets Oslo-lege

Hjertelege Bjørn Bendz er blitt årets Oslo-lege, begrunnet i hans brennende engasjement som underviser for medisinstudentene.

Bjørn Bendz er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer og arbeider som seksjonsleder på kardiologisk overvåkning på RH. Han er 1. amanuensis i kardiologi og har publisert meget høyt rangerte publikasjoner i blant annet *The Lancet*. Som initiativtaker til «After 80 studien» har Bendz og medarbeidere dokumentert positiv effekt av invasiv behandling også av eldre mennesker med koronarsykdom. Han har også vært å se på TV og i *Overlegen*, medlemsbladet til Overlegeforeningen, og i *Journalen*.

Avgjørende for tildelingen av prisen Oslolegen 2018 er hans virke som foreleser. Medisinstudentene forteller at han har et brennende engasjement for studentene og mulighetene han har til å møte og påvirke mange fremtidige leger. Han er veldig interessert i å lære bort faget sitt, men også generell interesse for medisin.

Bjørn Bendz er populær blant studen-

tene og møter dem på flere semestre, mest det siste året. Han er pedagogisk, gir studentene rom for refleksjon og kommer med konstruktive innspill.

Høsten 2015 ble han tildelt 12.semesterstudentenes undervisningspris. Og om ikke dette var nok er han medforfatter i flere medisinske lærebøker.

Bjørn Bendz er opprinnelig fra Bærum og ble cand med i 1991. Han har arbeidet de siste 14-15 år på Rikshospitalet.

Prisen består av et diplom, et trykk av Nina Due og et reisestipend på kr. 10.000.

På diplommet som han får utdelt står det:

Bjørn Bendz er tildelt prisen for sin inspirerende undervisning av medisinstudentene i Oslo. Han har et brennende engasjement for studentene, gode pedagogiske evner og er veldig interessert i å lære bort faget sitt. Mange av studentene husker han lenge etter at de ble uteksaminert.

Bendz fikk prisen på Oslo legeforenings årsmøte 23.08. Teksten over ble fremført av styremedlemmene Recep Özeke og Kari Løhne som delte ut prisen.



FOTO: PAAL AUDESTAD

Engasjert i sykehusplanene i Oslo-området

Oslo legeforening, i samarbeid med Redd Ullevål sykehus, var for første gang med på Arendalsuka og arrangerte debattmøte om Regionale utviklingsplaner 2035 for Helse Sør-Øst. Med oss hadde vi engasjerte politikere og representant fra Sykehusbygg som informerte om deres arbeid i prosessene. Dessverre hadde ingen fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) anledning til å være med.

Oslo legeforening var godt representert. Bystyrets helse- og sosialkomite avholdt høring om Helse Sør-Østs planer for den fremtidige sykehusstruktur for Oslo – regionen tirsdag 11. september. HSØ planlegger massiv overføring til kommunen som ledd i egen plan for effektivisering. Kommunen er naturlig nok bekymret over hvor stor andel sykehuset tenker å overføre.

HSØ planlegger en sykehusutbygging i Oslo på til sammen ca 50 milliarder – vi mener planene gir et dårligere tilbud til befolkningen og at den valgte løsningen koster mye mer enn Ullevål-alternativet. Dette er fellesskapets penger, og bør brukes fornuftig slik at hele regionen får glede og nytte av de midlene vi har til rådighet.

Derfor dro vi helt til Arendal for å debattere sykehus for hele regionen!

KRISTIN HOVLAND



ALLE FOTO: JON HELLE

Politikerne Kjersti Toppe (Sp), Ingvild Kjerkholt (Ap) og de tillitsvalgte Christian Grimsgård og Aasmund Bredeli var blant deltakerne på debattmøtet «Sykehusbygg for enhver pris» på Arendalsuka.



DEBATT:

Leger uten turnus

Bare hver tredje nyutdannende lege får nå jobb som LIS1-lege. I stedet utlyses gråsonerjobber på Facebook, leger ansettes på timebasis og det er oppstått en ny «legespesialitet»: Innkomstlegen. Nå må det opprettes flere LIS1-stillinger, skriver foretakstillitsvalgt for Ylf ved OUS, Anniken Riise Elnes.

Søknadsfristen for å søke på vårens LIS1-stillinger med oppstart 1. mars 2019 gikk nettopp ut. På landsbasis var det ved forrige runde 1278 søkere på 454 stillinger, og kun knappe 36% av de nyutdannede legene fikk jobb. Ved OUS har vi denne uken mottatt over 600 søkere til 14 koblede stillinger med Oslo kommune (1 år på sykehus, ½ år allmennmedisin, red.anm.). For hvert halvår blir det bare flere og flere som står i kø. En ny gruppe leger vokser seg stadig større: «Leger uten turnus». Dette bør bekymre flere enn bare medisinstudentene.

Leger uten turnus er ferdig utdannede leger som er fulle av engasjement og pågangsmot for å komme i gang med sin spesialistutdanning. Noen vil bli kirurger, andre vil kanskje bli nevrologer og flere kan tenke seg å bistå med å redde fastlegeordningen. Uansett hvilken type lege man ønsker å bli, så er det felles for dem alle at de må starte opp og fullføre LIS1 før de kan bygge videre på sin allerede solide kompetanse.

Antall LIS1-stillinger har stått på stedet hvil i en årrekke til tross for økt legebehov både i sykehus og kommune, og at vi i økende grad ansetter spesialister fra utlandet. Kampen om LIS1-stillinger har faktisk nå blitt så stor at det paradoksale har skjedd; du må inneha bred jobberfaring for i det hele tatt å komme i betraktning for det som er ment å være en skreddersydd nybegynnerstilling!

Hva skjer da? Jo, i sykehusene våre



ANNIKEN RIIS ELNES

har vi alle hørt at de ansatte løper både så raskt og smart de bare kan, men at man likevel ikke får endene til å møtes. Flere ledere har uttrykt at de har et stort behov for flere leger i avdelingen men at sykehusøkonomien er stram. I tillegg til at man flere steder skal spare seg opp til nye bygg, og at man derfor får blankt avslag når man ber om flere legestillinger. Dette i kombinasjon med en økende populasjon av leger uten turnus som må skaffe seg jobberfaring for å få LIS1-stilling, har ført til at «Innkomstlegen» gradvis har fått slå rot. Begrepet refererer til hovedbeskjeftigelsen som ofte er å skrive inn elektive pasienter i avdelingen.

Vi har altså en budsjettpresset sykehusleder som ikke får ansette nye leger på fast basis og en voksende populasjon «Leger uten turnus» som gjør nærmest hva som helst for å få

den jobberfaringen som trengs for å bli aktuell for LIS1 i neste utlysningssrunde. Krysningpunktet blir alt annet enn ordnede arbeidsforhold. Alt foregår i gråsonen.

Det siste halvåret har jeg som foretakstillitsvalgt for Ylf ved OUS fått innblikk i en godt etablert praksis ved flere helseforetak i regionen: Utlysninger foregår i lukkede Facebook-grupper, med oppfordring til å sende søknad direkte til avdelingsleders personlige mail. Eventuelt kan også disse stillingene gå i arv, alle kjenner jo noen som gjerne vil overta, og da blir det gjerne ikke «utlyst» noen stilling overhodet. Kontraktene skrives som tilkallingsvikar, eller på timebasis, selv om man allerede i første samtale med leder får beskjed om at man forventes å jobbe mandag til fredag kl. 8-16, og at fravær ikke aksepteres om man har tenkt å beholde jobben. Opplæring og veiledning er helt fraværende. Dersom du ikke jobber raskt og selvstendig nok til ikke å ha behov for veiledning får du gjerne beskjed om at det står flere hundre i kø. Og at du bare kan droppe å komme på jobb til uken, for da trenger ikke sykehuset lenger å kjøpe flere timer av deg.

Hvem er det vi prøver å lure? Vi må øke antall LIS1-stillinger i sykehus, og det må skje NÅ. Alle ansatte må ha ordnede arbeidsforhold, og det totale antall legestillinger i en avdeling må basere seg på en aktivitetsplan og ikke ut fra et altfor trangt budsjett. Får vi til dette kan vi endelig fokusere framover på det vi egentlig er her for å skape: et offentlig og tilgjengelig helsevesen i verdensklasse for alle! ■

FOTO: PAAL AUDESTAD

STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINLEGG!

Kronikker: 6500 tegn, debattinnlegg 4500 tegn og replikker på 2500 tegn. Alt med mellomrom. Kontakt redaktøren (se s. 3).

Helseminister Bent Høie (H) har trukket gale konklusjoner om framtidens sykehus-struktur i hovedstaden før de nødvendige utredningene er gjennomført. Det hevder foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen, Aasmund Bredeli.

Isiste nummer av *Journalen* aviser Bent Høie «omkamp» om sykehusutbyggingen i Oslo. Han vil ikke ha noen utredning av Ullevål-alternativet og setter dette opp mot lokalsykehus på Aker. Uten Gaustad er det ikke grunnlag for Aker, påstår Høie. Og henviser til egne bemerkninger han gjorde om «målbildet» i 2016.

Skal vi ta Høie på alvor var løsningen i realiteten bestemt lenge før utredningen startet. Mener ministeren at vi skal konkludere før utredningen er ferdig? Og er ministeren kjent med konsekvensene av planene han vil presse på innbyggerne i hovedstadsområdet?

Vi har mange dårlige erfaringer med ulike sykehusprosjekter. I stedet for en reell utredning av det beste alternativet er utredningen blitt et arbeid for å framskaffe argumenter for en på forhånd valgt løsning.

I den eksterne kvalitetssikringsrapporten etter idéfasen ble det rettet skarp kritikk mot løsningsforslagene. Kapasiteten ville ikke bli god nok, og de valgte løsningene hadde store mangler. Tre forhold er fremdeles uavklarte; tomtenes egnethet, sykehusets økonomi og samlet sykehuskapasitet i regionen. Gode sykehusløsninger forutsetter at tomtene tillater en hensiktsmessig og stor nok utbygging. Det er uavklart om de valgte tomtene kan romme det som er planlagt nå, og enda mer usikkert om tomtene er egnet for de behovene vi har inn i framtiden. Å skulle flytte halve Ullevål til inngangstorget på Rikshospitalet er en halsbrekkende øvelse. Så langt er bygningshøyden presset opp til nivå med Oslo rådhus sine tårn. Er det mulig å se for seg framtidige utvidelser ved en slik løsning?

Løsningen vi utreder nå er også særdeles kostbar, og økonomien i sykehuset er ikke på stell. Tvert i mot er de årlige økonomiske resultatene vesentlig svakere enn forutsatt



Minister mot omkamper

Bent Høie er tilhenger av direkte tale. – Blir det omkamp om Ullevål kan det bli stans i planene om nytt akuttstykkehus på Aker, truer han. Det får Kjersti Toppe til å rase. Men stadige angrep fra alle hold og utskjellinger til tross, Høie er i ferd med å bli en levende legende som helseminister.

[illegible]

Faksimile fra Journalen 2/2018.



AASMUND BREDELI

da Høie fastsatte målbildet for sykehuset. Samtidig har planene øket i omfang. Det er all grunn til å tro at en så kostbar løsning for sykehusene i Oslo vil gå ut over andre nødvendige investeringsbehov i regionen.

Det viktigste er likevel at vi må ha plass nok til pasientene. Løsningsforslaget gir for dårlig plass. Befolkningsvekst og en aldrende befolkning øker behovet for sykehustjenester vesentlig i de kommende årene. Selv om sykehuset planlegger med flere sengeplasser, er dette langt fra nok til å håndtere aktivitetsveksten. I opptaksområdet øker behovet for døgnplasser med omlag 50 prosent fram til 2035. I tillegg bør løsningen ivareta pasientene fra Groruddalen. Da Aker ble nedlagt ble mange flyttet til Akershus universitetssykehus. Der er det allerede trangt om plassen. I årene som kommer vil plassmangelen forverres dramatisk.

For å få regnestykket til å gå opp planlegges det med en betydelig oppgaveoverføring til kommunen. Oslos befolkning har allerede særdeles lavt forbruk av sykehustjenester, og det er sannsynligvis lite å gå på. I de kommende tiårene

vil også kommunen slite med en kraftig oppgavevekst knyttet til en aldrende befolkning. Utfordringene i pleie- og omsorgssektoren blir større enn på sykehusene. Kommunen har nok å stri med allerede. Det er urealistisk at de i tillegg kan ta over oppgaveveksten vi står foran ved sykehusene. Lovisenberg og Diakonhjemmet skal ifølge planforutsetningene øke sin aktivitet betydelig i årene fremover, men de foreliggende planene viser ikke hvordan det legges til rette for at de skal lykkes med det. Oppraksområdene og finansieringen for disse sykehusene holdes konstant.

Helseministeren ønsker gode løsninger for sykehusene i Oslo. Men det er ikke nyttig at han trer inn i en pågående utredning, og gir en framstilling av at saken er avgjort, lenge før utredningsarbeidet er sluttført.

Ministerens engasjement bidrar til å løse utredningen, og kan føre til at de beste løsningene for sykehusene og pasientene ikke kommer til vurdering. Det er uheldig. Å treffe avgjørelser om hva som er riktig før vi har gjennomført utredningen er en gammeldags tilnærming til store utbyggingsprosjekt. Han risikerer å sitte med ansvaret for en løsning som gir for liten lokalsykehuskapasitet, kommunen vil få store utfordringer og de økonomiske rammene vil ikke holde.

Høie må stå til ansvar for og besvare spørsmålene om tomtens egnethet mhp fremtidige kapasitetsbehov, uavklart finansiering og en konkret løsning for Grorudalens innbyggere og resten av Ahus sitt opptaksområde. Uavklarte svar på disse problemene er ikke til pasientenes beste og bidrar ikke til «pasientenes helsetjeneste».

Å skulle flytte halve Ullevål til inngangstorget på Rikshospitalet er en halsbrekkende øvelse.

Vi må ha på plass en løsning for oppgaveveksten på Ahus lenge før 2030. ■

Her står det en annonse
i papiirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.