

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING NR 1/2017

A photograph of three people swimming in a body of water. In the foreground, a man is swimming towards the camera. In the middle ground, another man is swimming to the right. In the background, a woman is swimming. The water is a vibrant blue, and there is some white foam from the swimmers.

De siste svømmetakene

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

PER HELGE SEGELSTEN

JOURNALIST

thelebrity@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 2/2017 er 05.06.2017

Forsidefoto: Trygve Indrelid
Layout: Svovel AS

ANNONSER:

Media-AaMarketing
Postboks 240,1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 /
90 04 32 82

E-post: arne@aaamedia.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

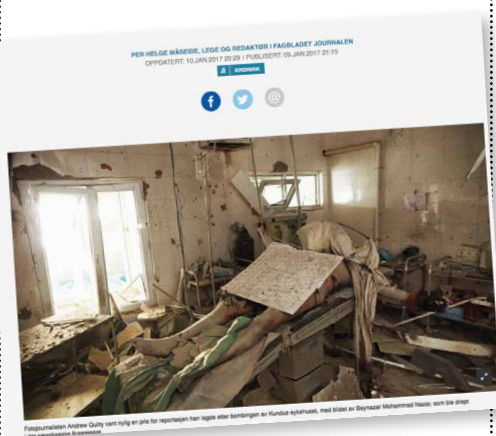
OPPLAGSKONTROLLERT

Ettertrykk og elektronisk videredistribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

JOURNALEN I NYHETENE



«Redaktøren» i forrige nummer ble publisert 9. januar i Aftenpostens papir- og nettutgave. Den ble kommentert av UD og ble mye delt og lest i sosiale medier.

INNHOOLD

REDAKTØREN

Bør vi boikotte amerikanske legekongresser?

6

TEMA:

Terapitilbudet som forsvant

8-15

KRONIKKER OG DEBATT:

Bør vi få ro i sykehusene?

16

Den sykeliggjørende idretten

18

Ideologi styrer tildeling av forskningsmidler

20

Reell innflytelse fra pasienter og pårørende

21

Norges ME-forening er en forening for ME-syke, ikke utbrente og utmattete

21

FRA FORENINGEN

22-23

ANMELDELSER

24-25

I FORBIFARTEN: Sven Nordin 26-27

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

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



PER HELGE MÅSEIDE

Bør vi boikotte amerikanske legekongresser?

Norsk psykiatrisk forening, støttet av Nordland legeforening, har oppfordret sine medlemmer til å boikotte en stor amerikansk legekongress. De protesterer mot president Donald Trumps forslag om å nekte muslimer innreise.

Ikke bare Trump selv, men også hans nyutnevnte helseminister Tom Price, har utløst sterke protester blant leger. Den amerikanske legeforeningen, AMA, som for øvrig kun organiserer et mindretall leger, kom i hardt vær da den støttet kandidaturet til ortopedten Price. Begrunnelsen var kampen for å markeditilpasse helsevesenet. Price vil ha staten ut av lege-pasientforholdet, reversere Obamacare, er for liberale våpenlover og er medlem av ultrakonservative Association of American Physicians and Surgeons (AAPS). AMAs støtte til Price har ført til protestbrev, utmeldinger, Twitterkampanjen #notmyAMA og opprettelsen av en alternativ legeforening.

Inntil videre er innreiseforslaget for personer fra sju land med hovedsakelig muslimsk befolkning stanset i rettssystemet. Men mye tyder på at Trump vil fremme et nytt forslag. Boikott-spørsmålet er derfor fortsatt aktuelt.

Lederen for Norsk psykiatrisk forening, Ann Kristin Bergem, ser i følge Dagens Medisin på boikotten av kongressen i Diego i mai, arrangert av American Psychiatric Association (APA), som en solidaritetshandling med leger som vil bli nektet innreise til USA. Legeforeningen har i en uttalelse valgt å fordømme innreiseforbudet, men har ikke oppfordret til boikott.

Debatten går nå langs to linjer: Skal vi boikotte amerikanske konferanser, eventuelt også amerikanske vitenskapelige tidsskrift, eller skal vi forsøke å påvirke med andre virkemidler?

Gynekologen Mette Løkeland ved Hauke-

land universitetssjukehus er på linje med psykiater-kollega Bergem. – Det var en automatisk reaksjon. Det er helt uaktuelt å reise til USA nå. Ikke engang på ferie, sier hun til Klassekampen. Hennes kollega ved Kvinnekliviken, Elham Baghestan, er en av dem som ville blitt nektet innreise til tross for sine 30 år i Norge. Hun er nemlig iransk statsborger. Også internasjonalt har reaksjonene vært sterke. Flere tusen akademikere samlet seg raskt om et opprop til støtte for boikott, mens langt flere skrev under på et skarpt protestbrev. Blant de protesterende er også 40 Nobelpris-vinnere. En lang rekke amerikanske medisinske foreninger har også vært usedvanlig sterke og klare i sin fordømmelse av Trumps forslag.

De norske psykiaterne får imidlertid ikke støtte verken fra Torkel Brekke ved Institutt for fredsforskning eller fra statsviter Bernt Hagtvedt. Han kaller en akademisk boikott for infantil, å skyte seg selv i foten og vanvittig kunnskapsløs. Hagtvedts poeng er at man rammer liberale krefter som er i mot Trumps politikk, og at det er bedre å opprettholde viktige arenaer og kanaler for fri meningsutveksling. På Klassekampens spørsmål om hvordan man da kan vise solidaritet med forskere som ikke slipper inn i USA, svarer han at mange av de store organisasjonene kommer til å uttale seg kraftig mot innreiseforbudet og at det allerede finnes en tradisjon for store, koordinerte akademiske protester.

Torkel Brekke ved Institutt for fredsforskning (PRIO) har lagt seg på Hagtvedts linje. I følge NRK tror han ikke at noen i Trumps administrasjon vil merke noe til en boikott, men at de tvert i mot er fornøyd med at det akademiske fellesskapet begynner å slå sprekker. Heller ikke Løkeland tror

at Trump nødvendigvis lar seg påvirke av et frafall på gynekolog-kongressen. Hun tror likevel at slike virkemidler kan bli lagt merke til i det republikanske partiet.

Konsekvensene av Trumps politikk er vanskelig å overskue. Gjesteforskere og utenlandske studenter er blitt usikre og redde for at de ikke kan få reise tilbake om de forlater USA for å delta på kongresser eller på gjesteopphold. Det kan torpedere forskningssprosjekter og doktorgrader. *Nature* skriver om forskere som verken tør forlate USA eller reise tilbake fra Europa på gyldige visa. Paradoksalt nok kan Trumps forslag, om det gjennomføres, øke den amerikanske legemangelen. I følge *Scientific American* mangler USA 8200 allmennleger og 2800 psykiatere.

Hvor stor effekten vil være av en boikott er vanskelig å forutsi. Internasjonale kongresser er ikke bare faglige møteplasser, de er også «big business». En bred akademisk boikott kan bety milliardbeløp i tapt omsetning for arrangører, flyselskap og hoteller. Det svir. Boikott kan også føre til varige konsekvenser. Vinmonopolet tror for eksempel at boikotten av fransk ost og vin mot de franske prøvesprengningene på Muroroa-øyene på 90-tallet er en viktig årsak til at det i dag selges mye mer italiensk enn fransk vin. Og det er ikke gitt at kongresser som forsvinner fra USA kommer tilbake senere. I følge *Nature* frykter forskere og studenter som ikke tør forlate USA, at de kan bli faglig isolert over lenger tid.

Diskusjonene om boikott har gjerne fulgt politiske skillelinjer. Høyresiden har tradisjonelt vært mer tilbakeholden enn venstresiden og fagbevegelsen. Legeforeningen har stort sett fulgt internasjonale



Donald Trump har pådratt seg vrede fra amerikanske og norske leger etter forslaget om et innreiseforbud for muslimer.

organisasjoner, som FN, WHO og verdens legeforening, WMA, i konfliktspørsmål. Boikottspørsmålet kan fort virke splittende i en forening som ikke pleier å ta kontroversielle politiske standpunkt. Samtidig har sykehusstreiken ført til at Legeforeningen, og spesielt Ylf, har opprettet sterke bånd til fagforeninger på venstresiden. Disse har ofte gått i bresjen for å bruke boikott som virkemiddel, blant annet i Israel-konflikten. **Debatten om «ja eller nei» til boikott** bør

skriver den amerikanske psykiaterforeningen at de jobber aktivt med de problemstillingene som den norske søsterorganisasjonen tar opp. De ber den norske foreningen om å «stand strong with us». *Nature* tar til orde for alternative tiltak, som å invitere inn foredragsholdere fra «musliske land» og overføre kongresser elektronisk.

Donald Trumps første tid som president har opprørt de fleste av oss, selv om blant annet



Protester mot Donald Trump har også rettet seg mot hans nye helseminister, legen Tom Price, som vil reversere Obamacare.

kanskje vinkles om til en diskusjon om hvilke virkemidler som kan være aktuelle å bruke i ulike sammenhenger. Og debatten bør ikke bare dreie seg om når et virkemiddel skal settes inn, men også når det skal trekkes tilbake. En kongressboikott bør vel ikke trekkes tilbake før det er skjedd en endring i riktig retning?

I et tilsvarende svar til Norsk psykiatrisk forening

innreiseforbudet var varslet i valgkampen. Vi har antakelig ikke sett det siste forslaget som er på kant med grunnleggende menneskerettigheter. Derfor er det kanskje på tide å utarbeide lokale policyer for akademisk samarbeid med USA som kan forankres bredt, enten det er i Legeforeningen eller på institusjoner som driver forskning.

Et ukontroversielt forslag bør være å delta i «March for Science» som arrangeres over hele verden 22. april. – Utspringet for denne demonstrasjonen er den spesielle utviklingen i USA, men vi bør stille opp i solidaritet med USA, sier rektorkandidat Hans Petter Graver til Uniforum. Han oppfordrer til deltakelse. Men i motsetning til utfordreren Svein Stølen, og rektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Curt Rice, ønsker han ikke at institusjonene skal delta som sådanne. Forhåpentligvis vil den debatten føre til økt oppslutning om demonstrasjonen.

Som det heter på lederplass i *Nature*: «... carefully evaluating different courses of action before acting is not being passive, it is being effective.»

Snart vil 800 kronisk syke bli kastet ut av varmtvannsbassenget på Diakonhjemmet sykehus, som hevder at det ikke har hatt ansvar for å drive basseng siden år 2010.

2010 var også året da tidligere helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap) forsikret Stortinget om at pengene til basseng ikke skulle ta slutt, og at de regionale helseforetakene skulle påse at tilbudene ikke ble lagt ned.

Dette er historien om hvordan det kan ha seg at revmatismesykehus i Norge kan legge ned bassengene sine, stikk i strid med Stortingets føringer og fagfolkenes råd.

Basseng- ~~behandling~~ trening

TEKST: PER HELGE SEGLSTEN OG PER HELGE MÅSEIDE

800 personer, hvor av majoriteten er revmatikere, forsøker hver uke å holde plagene sine i sjakk i varmtvannsbassenget ved Diakonhjemmet sykehus. Øvelsene ledes av instruktør, og gjøres i vann med en temperatur på 34 varmegrader. Det er stor enighet om at revmatikerne har godt av bassengaktiviteten.

Avgjørelsen om at Diakonhjemmet sykehus kan legge ned varmtvannsbassenget 10. april er helt og holdent fundert på at basseng-aktivitetene kan defineres som trening, og ikke som spesialisert behandling. Trening er nemlig et kommunalt ansvar, mens spesialisert behandling er en del av spesialisthelsetjenestens «sørge-for-ansvar». I tillegg er ansvaret for habilitering delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Så da Diakonhjemmet sykehus bestemte seg for å legge ned bassenget sitt i oktober i fjor, så de at de hadde drevet bassenget i flere år uten at det hadde vært deres ansvar å gjøre det, og at hvis revmatikerne i Oslo fortsatt skulle ha tilgang til varmtvannsbasseng etter 10. april 2017, ja så var det Oslo kommunes ansvar å skaffe basseng.

Hva det skal kalles når en gruppe alvorlig syke kronikere gjør øvelser under instruksjon av en fysioterapeut i et oppvarmet basseng, er det altså ikke lett å enes om.

MISTER TILBUDET.

I arbeidet med denne saken har *Journalen* hatt innsyn i en omfattende korrespondanse på kryss og tvers mellom fortvilte brukere og en lang rekke med etater og personer. Ja, til og med biskopen har vært dratt inn i saken. Det er ikke lett å finne noen rød tråd, men uenigheten dreier seg i hovedsak om følgende:

- I 2010 bortfalt sykehusenes inntekter fra fysioterapi-tjenestene som var sentrale i varmtvannsbehandlingen. Dermed bortfalt også finansieringen, mener noen. – Nei, mener brukerne, og viser til debatten på Stortinget samme år, der det var sterk bekymring for at det var gitt grønt lys for å avvikle basseng-driften.
- Ansvaret for bassengdriften er overført til kommunene mener både departementet, Diakonhjemmet og Helse Sør-Øst. – Nei,

mener brukerne, og viser til brev fra departementet og svar fra Høie, der det heter at det skal avgjøres konkret om basseng-aktivitetene er behandling eller trening.

- Diakonhjemmet mener de har gitt brukerne god tid til å finne et alternativ. – Det er ikke vårt ansvar, mener brukerne, under henvisning til at de etter deres mening mister et behandlingstilbud, og ikke et treningstilbud.
- Det er viktig med ny MR-maskin for revmatikerne, mener Diakonhjemmet. – Dette er å sette pasientgrupper opp mot hverandre, mener revmatikerne, som peker på at for mange bassengbrukere er sykdommen kommet for langt til at de kan bruke nye og mer effektive medikamenter.

STERKT BEKYMRING

Kjernen i konflikten er grundig belyst i en stortingsdebatt fra 2010. Spesielt KrF var sterkt bekymret for en tendens til at stadig flere behandlingstilbud til revmatikere i varmtvann forsvant. De koplet dette til at det økonomiske incentivet til å opprettholde





FOTO: TRYGVE INDRELLID

Journalen kunne tidligere bringe nyheten om at 100 av brukerne ville få et midlertidig erstatnings-tilbud på vår nettutgave, www.fagbladetjournalen.no.

et fortsatt bassengtillbud kunne renne ut i sluket fordi finansieringen skulle omlegges. Debatten på Stortinget dreide seg blant annet om hvorvidt fysioterapi burde innføres i ordningen med innsattsstyrt finansiering for å forhindre et økonomisk incitament for å legge ned bassengene. Dette ble det ikke flertall for.

Selv om Høyres Sonja Sjøli ikke fikk flertall for å vedta en gjenåpning av allerede nedlagte bassengtillbud, skulle ikke pasientene som benyttet dem (de var nemlig henvist av lege) drukne i en ansvarspulverisering. Her skulle det samarbeides tett mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Og pengene forsvant heller ikke,

ifølge daværende helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen (Ap). De skulle i stedet bakes inn i de ordinære overføringene til helseforetakene. Hør bare her:

«Ordningen med at enkelte sykehus skal kunne kreve takster og egenandeler etter takstsystemet for privatpraktiserende fysioterapeuter er avviklet fra 2010 og midlene er overført basisbevilgningen. De regionale helseforetakene skal påse at tilbudet opprettholdes.»

Og nøyaktig samme ordlyd stod i departementets tildelingsbrev til de regionale helseforetakene. Så hvordan kan da Diakonhjemmet Sykehus i et brev til en bruker skrive at de «har opprettholdt driften av bassenget inntil nå til tross for at myndighetene i 2010 bestemte at bassengtrening ikke lenger ble regnet som en sykehusoppgave»? Noe klart svar på det, har vi ikke fått.

I Stortingets dokumenter fra 2010 står det ingen ting om at revmatikernes bassengtillbud heretter skal omdefineres fra behandling til trening, og at sykehuset ikke lenger skulle ha

dette som en prioritert oppgave. Tvert i mot.

MISTET INNTEKTER

En konsekvens av finansieringsomleggingen ble imidlertid at små sykehus fikk en forholdsmessig mindre del av basisbevilgningene enn de store sykehusene, fordi de behandlet færre pasienter. For Diakonhjemmet betød det godt over en million kroner mindre. Da det ble påpekt av Revmatikerforbundet og andre at tilbudet om bassengbehandling stod i fare for å bli lagt ned flere steder som følge av finansieringsomleggingen, forsøkte man å rette opp skjevheten i revidert statsbudsjett. Men tilleggsbevilgningene som kom fra de regionale helseforetakene til sykehusene – i tråd med pålegget i departementets oppdragsdokument – dekket bare delvis opp for inntektstapet.

For Diakonhjemmet var tilleggsbevilgningen fra Helse Sør-Øst 600 000 kroner unna beløpet som manglet til bassengaktivitetene. Dermed begynte sykehusene i Oslo å kreve inn «administrasjonsgebyr» fra brukerne. Brukerne av varmtvannsbassenget ved Radi-



FOTO: TRYGVE INDRELI

umhospitalet ble avkrevd gebyr allerede i mars 2010, og i juni skrev Diakonhjemmets daværende direktør Morten Skjørshammer til «sine» brukere at hvis det ikke kom på plass ny refusjonsordning av poliklinisk fysioterapi innen 2011, så ville også de vurdere å kreve brukerbetaling for det sykehuset i et brev til sykehusets brukerutvalg betegnet som «gruppebehandling i bassenget med instruksjon fra fysioterapeut» fra nyttår. Behandling altså.

I 2011 kom det ingen tilleggsbevilgning, og dermed ble det innført administrasjonsgebyr, også for brukerne av varmtvannsbassenget ved Diakonhjemmet sykehus.

BA OM AVKLARING

I 2013 var det imidlertid noen som hadde sett seg lei på at de måtte betale dette administrasjonsgebyret for en behandling de var henvist til med rekvisisjon fra legen. De henvendte seg derfor til Helse- og omsorgsdepartementet for å få avklart om sykehuset hadde anledning til å ta et slikt gebyr. I svaret slår departementet fast at sykehusene ikke har «adgang til å ta administrasjonsgebyr fra pasienter som mottar helsehjelp i spesialisthelsetjenesten». Departementet la imidlertid til at bassengbrukerne etter deres oppfatning «i all hovedsak er personer som benytter aktiviteter i vann som generell fysisk aktivitet, og som finner slik trening hen-

siktsmessig og nyttig». Disse kunne derfor avkreves gebyr. For å avklare hvilke av brukerne som skulle slippe å betale gebyr skrev departementet at det måtte avklares «hvorvidt bassengtreningen er å anse som helsehjelp eller ikke. Dette vil kunne variere og må vurderes konkret (vår understreking)».

Etter det *Journalen* har klart å bringe på det rene ble resultatet at de bassengbrukerne som var så hardt rammet av revmatiske lidelser at de ikke klarte å ta seg til bassenget selv, men måtte få rekvirert syketransport, slapp å betale egenandel. Resten av brukerne – de aller fleste – fortsatte å betale, og betaler fremdeles.

Nå var altså bassengaktiviteten ved Diakonhjemmet omdefinert fra behandling til (i all hovedsak) trening. Det skulle få betydning. For sykehusene har ansvar for spesialisthelsetjenesten, mens kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten. Og trening, det faller inn under primærhelsetjenesten. Så ergo var ansvaret overført til kommunen. Men ikke helt uten videre: Departementet skrev jo at det skulle foretas konkrete vurderinger av om det foregikk spesialisert behandling i bassengene.

KONKRETE VURDERINGER

Formuleringene om at det skal foretas konkrete vurderinger av om det foregår spesialisert behandling i bassengene er en gjenganger. Men da *Journalen* ba Helse- og omsorgsdepartementet svare på om basseng-

aktivitetene for revmatikerne er spesialisert behandling, svarte statssekretær Anne Grethe Erlandsen (H) med en ny, og litt annen ordlyd. Hun skrev nemlig at om det er spesialisert behandling må vurderes konkret «for hver enkelt pasient (vår understreking)».

Derfor spurte vi også om departementet mener at Diakonhjemmet sykehus for hver enkelt pasient må foreta en konkret vurdering av om bassengtrening for dem er å anse som spesialisert helsehjelp, og at sykehuset ikke kan stenge bassenget før den vurderingen er gjort. Departementet svarer at det Erlandsen sier ikke kan forstås på den måten. Men hvordan dette i så fall skal forstås, har vi aldri fått noe svar på.

Stortingsrepresentant Karin Andersen (SV) har etter at *Journalen* begynte å arbeide med saken, i et skriftlig spørsmål bedt helseminister Bent Høie (H) om en klar definisjon på hva som er spesialisert behandling og rehabilitering som forutsetter bassengtrening? «Flere sykehus benytter bassengtrening som behandling og spesialisert rehabilitering, noen har fjernet tilbudet og andre er i ferd med å legge ned, uten at det er gitt noen faglig definisjon på når dette ansees å være endel av det sykehusene skal tilby eller ikke. Det virker som om det er helt opp til foretakene å selv velge det bort, uten klare kriterier», skriver hun i spørsmålet. ■

Mener Høie burde stanset nedleggelse

Både Oslo kommune, Revmatikerforbundet og stortingsrepresentant Karin Andersen (SV) mener helseminister Bent Høie (H) burde avklart en rekke forhold før bassenget ved Diakonhjemmet blir stengt for godt. De viser til manglende etterlevelse av oppdragsdokumentene fra departementet og Helse Sør-Øst.

PER HELGE SEGLSTEN
PER HELGE MÅSEIDE

Styret ved Diakonhjemmet sykehus begrunnet stengingen av bassenget med at sykehuset trenger arealer til nye oppgaver de har fått fra Helse Sør-Øst, noe som krever plass til en MR-maskin. I sommer ble det dessuten oppdaget at bassenget er lekk, og sykehuset sier de uansett ville ha vært nødt til å stenge bassenget i åtte måneder for å sette det i stand igjen.

Sykehusdirektør Anders Mohn Frafjord skriver i en epost at sykehus har tilbudt opprettholdt gruppetrening og egentrening i bassenget fordi tilbudet har vært viktig for mange – ikke fordi det er en del av spesialisthelsetjenesten. At sykehuset oppfatter aktiviteten som trening, og ikke spesialisert behandling, er også grunnen til at det ikke blir gjort individuelle undersøkelser, funksjonstesting eller ført journal for disse brukerne, skriver han.

Journalen fortalte i en nettsak 28. februar at et midlertidig erstatningstilbud nå skal være på plass. Men bare 100 av 800 brukere vil få tilgang til bassenget i Cathinka Gulberg-senteret fram til nyttår. De resterende må selv finne et alternativ.

Både Diakonhjemmet sykehus, Helse Sør-Øst og Helsedepartementet peker på Oslo kommune som ansvarlig for å skaffe byens revmatikere et erstatningstilbud når Diakonhjemmet stenger bassenget sitt. Kommunen går imidlertid ikke med på at alle de 800 brukerne av varmtvannsbassenget skal være et kommunalt ansvar fra 10. april.

Oslo kommunes byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester skriver til *Journalen* at «Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester. Når det gjelder terapibasseng for revmatikere og mennesker med muskel og skjelettlidelser, fins ingen klare føringer på hvem som har



Stortingsrepresentant
Karin Andersen (SV).



Helseminister
Bent Høie (H).

ansvaret for tjenesten.»

Byrådsavdelingen skriver videre at dette er noe helseministeren burde ha avklart.

Det er SVs stortingsrepresentant Karin Andersen enig i. Hun har nå bedt helseministeren avklare hvilken del av bassengaktiviteten ved Diakonhjemmet og andre steder rundt om i landet, som skal regnes som spesialisthelsetjenester, og hva som skal være kommunenes ansvar. Andersen mener departementet selv har bidratt til å skape usikkerhet om hvem som har dette ansvaret, og om sykehuset har anledning til å stenge bassenget før det er bestemt.

MÅ VURDERES FOR HVER PASIENT

– Høie prøver å definere vekk alt som foregår i bassengene som trening, som er en del av det kommunale ansvaret, sier Andersen. – Men på spørsmål fra meg før jul i fjor om på hvilket faglig grunnlag bassengrehabiliteringen kan fjernes fra sykehusenes ansvar, svarte han selv at «Hvorvidt bassengtrening er å anse som spesialisert medisinsk behandling vil kunne variere og må vurderes konkret.»

Karin Andersen mener departementet med dette innrømmer at rehabilitering i basseng også kan være en spesialisert helse-tjeneste, og at det Helsedepartementet skriver i sitt eget oppdragsdokument til Helse Sør-Øst, og som Helse Sør-Øst igjen

skriver til Diakonhjemmet, innebærer at bassenget ved Diakonhjemmet sykehus ikke kan legges ned før det er avklart hvem som har ansvaret for bassengaktiviteten til de forskjellige brukerne.

I oppdragsdokumentene står det nemlig at «Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere.»

– Denne formuleringen kan ikke forstås på annen måte enn at det må skaffes til veie et minst like godt erstatningstilbud, før bassenget kan stenges, sier Karin Andersen. – Likevel lar Høie dette skure og gå, selv om både han og Helse Sør-Øst er klar over at Oslo kommune ikke har mulighet til å erstatte bassengtilbudet ved Diakonhjemmet på kort varsel.

Også Norsk Revmatikerforbund mener det som står i oppdragsdokumentet må forstås slik at bassenget ved Diakonhjemmet ikke kan legges ned før et like bra erstatningstilbud er på plass.

– Ja, det står jo der svart på hvitt! Sier interessepolitisk rådgiver Merete Nielsen til *Journalen*.

Hun mener også at det er viktig å få på plass en definisjon av hva revmatikere gjør i basseng, skal regnes som. Og om hvem som har ansvar for det.

– Vi mener helt klart at bassengaktiviteten for noen er behandling. For andre kan den samme aktiviteten være funksjonsvedlikehold og trening, og derfor er det så viktig hvilke ord som brukes. Vi synes omdefineringen av bassengaktiviteten fra behandling til trening som har skjedd de siste årene, er underlig, sier Nielsen. ■

Satser på bassengene

Selv om mange basseng legges ned, skiller to sykehus seg ut. Og tilbudet er viktig, sier professor i revmatologi.

TEKST PER HELGE SEGLSTEN OG PER HELGE MÅSEIDE

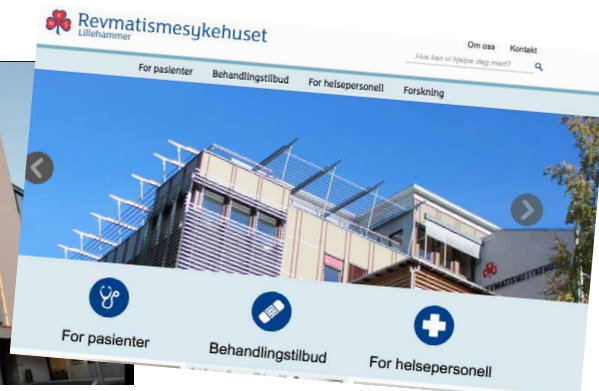
Revmatismesykehusene i Haugesund og Lillehammer mener at bassengtilbudet er viktig i behandlingen av revmatikerne. De har ingen planer om å legge ned varmtvannsbassengene sine. Tvert imot har sykehusene de siste årene brukt store ressurser på å oppgradere bassenganleggene. Det er nemlig et problem at den høye temperaturen fører til økt vedlikeholdsbehov sammenliknet med andre basseng. Også bassenget ved Martina Hansen i Bærum er stengt på ubestemt tid for oppussing, opplyser avdelingssjef, prof. dr.med. Glenn Haugeberg. – Om det vil bli gjenåpnet er et politisk spørsmål. Men jeg håper at det vil skje, sier han.

FRA CARE TIL CURE

Mens revmatologi tidligere var det Haugeberg omtaler som et «trøste-og-lindre»-fag med et svært begrenset behandlingstilbudet, er det nå tidlig og aggressiv behandling av mer sykdomsmodifiserende medikamenter, såkalte biologiske legemidler, som står i fokus. – 70-80 prosent av pasientene går i remisjon i løpet av et halvt år, sier han.

Dilemmaet ved bassengbehandlingen er at det er vanskelig å dokumentere effekten av den, men både Haugeberg og andre vi har snakket med, er klare på at revmatikerne selv rapporterer om god effekt.

– Svært mange sier at de blir mykere og har det mye bedre i løpet av dagen, sier Haugeberg. Han sier at han «kan skrive under på» viktigheten av å opprettholde til-



budet til den gruppen som i mindre grad har effekt av biologiske legemidler, eller som ikke tolerer dem på grunn av bivirkninger.

Dagfinn Dahle, som er personalsjef, og tidligere enhetsleder for terapienheten ved Revmatismesykehuset i Haugesund, er klar på at bassengtilbudet er viktig.

– For oss er det en himla lang vei å gå å legge ned et så viktig tiltak som varmtvannsbassenget er. Fra pasientenes ståsted ville det helt klart medført et dårligere behandlingstilbud, og det tror jeg også et samlet fagmiljø på terapisiden ville sagt.

Og det ville vært en forringelse av tilbudet for de som trenger det mest – de som er dårligst, og som responderer dårligst på de nye medisinene som revmatikerne har fått til rådighet de senere årene. For disse pasientene vil alle tiltak som har en subjek-

tiv eller objektiv effekt – eller begge deler – ha en veldig viktig funksjon og misjon. For vi vet jo at ikke alle responderer like bra på de nye potente legemidlene, selv om de hjelper mange, sier han.

I en situasjon med fritt rehabiliteringsvalg, mener Dahle varmtvannsbassenget dessuten er viktig for å kunne konkurrere om pasientene med andre rehabiliteringsinstitusjoner.

Direktør Aage Westlie ved Revmatismesykehuset på Lillehammer sier til *Journalen* at behandling i basseng inngår som en viktig del av innholdet i sykehusets rehabiliteringsprogram for innlagte pasienter.

– Faglig erfarer vi at behandling i basseng for mange pasienter er betydningsfullt for resultatet av rehabiliteringsoppholdene vi tilbyr. Vi har også deltatt i et forsknings-

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

«Faglig erfarer vi at behandling i basseng for mange pasienter er betydningsfullt for resultatet av rehabiliteringsoppholdene vi tilbyr.»

prosjekt initiert av NKRR (Nasjonal Kompetansetjeneste Revmatologisk Rehabilitering). Vi hadde pasienter med i prosjektet som sier at dette er betydningsfullt for bedring av blant annet fysisk funksjon, redusert smerte og fatigue (utmattelse, red. anm.). Prosjektet understøtter at denne delen av behandlingssopplegget vårt er sentralt, og at det i tillegg bør følges opp etter avsluttet rehabilitering hvis det skal gi effekt.

Westlie opplyser at pasienter med revmatisk sykdom har tilgang til bassenget når det ikke er i bruk til sykehusets egne behandlingsopplegg, og at slik egentrening er viktig for mange.

VIL KARTLEGGE NEDLEGGING

Norsk Revmatikerforbund har begynt arbeidet med en nasjonal kartlegging.

– Vi mener jo å se en trend mot at det legges ned flere og flere bassenger, men det er for tidlig å si noe detaljert om dette før vi får inn flere tilbakemeldinger fra lokal- og fylkesavdelingene våre, sier interessepolitisk rådgiver Merete Nielsen i Norsk Revmatikerforbund.

Revmatikerforbundet ber i sine krav til Statsbudsjettet for 2018 likevel regjeringen oppfordre kommunene til å prioritere utbygging av varmtvannsbasseng i forbindelse med bygging av idrettsanlegg og sykehjem, og om å tilby funksjonstrening i varmt vann.

– Slike bassenger vil det ikke bare være revmatikere som nyter godt av, sier Nielsen. – Flere andre lidelser behandles med øvelser i varmtvannsbasseng, og både opptrening fra idrettsskader og babysvømming gjøres bedre i varmtvannsbasseng enn i basseng med kaldere vann.

Revmatikerforbundet ber også regjeringen legge føringer for at kommunene overtar driften av basseng fra spesialisthelsetjenesten.

I svaret skriver kommunalminister Jan Tore Sanner at regjeringen er svært opptatt av et godt helsetilbud for personer med kroniske lidelser.

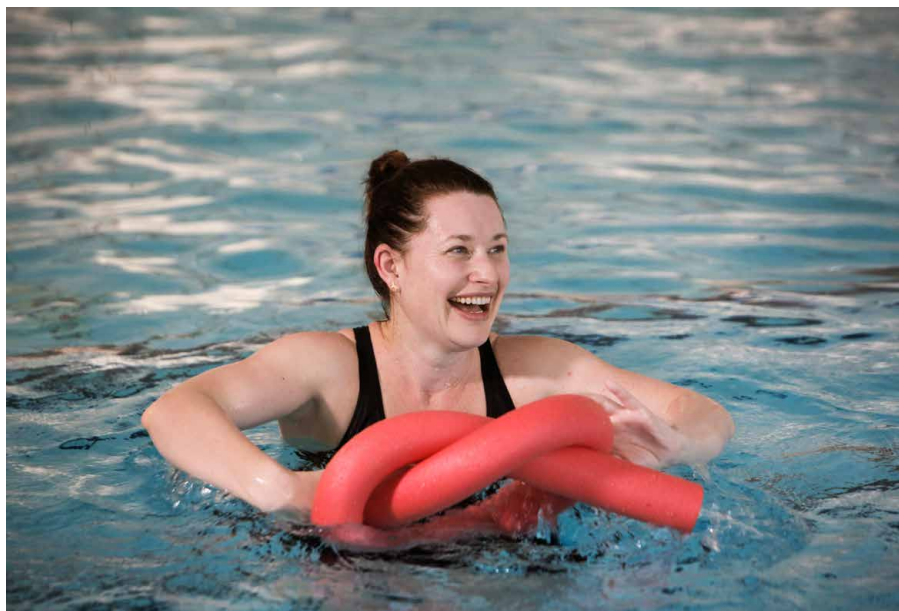
«Vi har derfor fremmet Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019, som blant annet skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne, og over tid overta flere rehabiliteringstjenester fra spesialisthelsetjenesten.», står det i brevet.

SVs stortingsrepresentant Karin Andersen levner imidlertid ikke revmatikerne særlig håp om at opptappingsplanen vil gi dem flere bassenger.

– Opptappingen består i at staten sparer 175 millioner kroner, og pasientene må betale mer. Penger til kommunenes ramme er ikke øremerket, men helt avhengig av kommunal prioritering og pasientenes egenbetaling, skriver Andersen til *Journalen*, og betegner planen som «juks og fanteri». ■

Her står det en annonse i papirutgaven.

Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.



Fortvilet og skuffet

Revmatiker Marte Rua har gått i gruppebehandling i varmtvannsbassenget ved Diakonhjemmet sykehus i snart 20 år, og er med i aksjonsgruppa bassengbrukerne har startet for å jobbe mot nedleggelsen av bassenget. Hun er en av dem som ikke får tilbud om å bruke bassenget på Cathinka Guldberg-senteret.

PER HELGE SEGLSTEN OG TRYGVE INDRELID (FOTO)



– Verken jeg eller de mange andre som har fått rekvirert bassengbehandling av leger i årevis får nå noe tilbud. Vi er gitt en liste over bassenger som Diakonhjemmet selv sier ikke har varmt nok vann og tilstrekkelig kapasitet til å erstatte tilbudet ved sykehuset. Og det er det.

Marte er ikke overrasket over det som er skjedd.

– Nei, løsningen er som vi har fryktet siden Diakonhjemmet i november gjorde det klart at de ikke hadde noen plan for pasientoverføring. Vi er glade for de 100 som får et tilbud, men det er en veldig stor gruppe som har tapt her. Tilbudet viser at ansvaret for behandlingstilbudet i praksis ikke er gitt til kommunen, men til pasientene selv. Nå må helseministeren ta ansvar og stanse stengningen, som både strider mot

regjeringens egne oppdragsdokumenter og Høies prosjekt «pasientenes helsetjeneste».

Marte Rua gruer seg til Diakonhjemmet legger ned bassenget om en liten måned.

– Vi vet hva som vil skje når bassenget stenges. Effekten av en periode uten bassengbehandling merker vi nemlig hver eneste sommer, når bassenget holder ferielukket. Den kan kort oppsummeres med at livskvaliteten blir dårligere, sier Rua.

Sykdommen hennes går i bølgedaler, og hun sier at hun uten bassengtilbudet må regne med at de dårlige periodene blir tøffere og lengre, mens de gode periodene blir kortere.

– Jeg frykter flere sykedager, økt medisinbruk, og at det vil bli vanskeligere for meg å oppfylle forpliktelsene jeg har, både i forhold til jobben, og som mamma, sier hun. – Jeg

kommer rett og slett til å få et hardere liv.

Blant de som er i bassenget med Marte Rua, finnes det imidlertid mange som har det enda verre.

– Jeg kjenner flere som har kommet så langt i sykdomsforløpet at de vil bli pleietrengende uten bassengtilbudet, fordi de ikke vil være i stand til å kle på seg selv, eller tørke seg når de går på do.

Rua føler at ledelsen ved Diakonhjemmet sykehus har sviktet bassengbrukerne.

– Det er utrolig skuffende at de som vet hva dette betyr for vår helse, livskvalitet og funksjonsnivå, hverken argumenterer eller slåss for oss. Vi er skremt over måten ledelsen fraskriver seg ansvaret for mennesker i en sårbar situasjon, og liker ikke at de setter pasientgrupper opp mot hverandre, sier hun. Det har



«Flere kommer til å bli pleietrengende uten bassengtilbudet, fordi de ikke vil være i stand til å kle på seg selv, eller tørke seg når de går på do.»

vært vanskelig for oss å bli hørt hos ansvarlige myndigheter siden alvoret i situasjonen har blitt tilslørt fra sykehusledelsens side. De visste allerede i høst at vi ikke har reelle alternativer, og at stengningen vil få alvorlige konsekvenser for oss.

Marte Rua forteller at bassengbrukerne ikke har gitt opp kampen for å få stoppet nedleggelsen av varmtvannsbassenget.

– Vi føler vi ikke har noe annet valg enn å slåss mot stengningen så lenge bassenget står, sier hun. – Fortsatt drift er bare en beslutning

unna. Vi kommer til å fortsette å presse helsemyndighetene til å gripe inn, og 13. mars har vi en protestmarkering ved Diakonhjemmets basseng, mot at vi gjøres til kasteballer i helsevesenet. Etterpå er det debattmøte på Litteraturhuset om de helsepolitiske problemene situasjonen vår illustrerer, og hvem som har ansvaret for den.

– Sykehusledelsen og helsedepartementet får mange pekefinger i denne saken. Men må ikke også Oslo kommune ta ansvar for situasjonen som er oppstått?

– Jo, Oslo kommune har forsømt seg i mange år ved ikke å bygge varmtvannsbasseng for revmatikere, hjerte- og lungepasienter, og andre som har behov for generell bassengterapi. Men det er aldri besluttet at basseng ikke lenger skal være en del av behandlingstilbudet, blant annet for revmatikere ved sykehuset, hvor den fremste kompetansen på sykdommen vår holder til. Det mener vi det er gode grunner til.

– Sykehusets leger har henvist oss pasienter til gruppebehandling i basseng som en del av behandlingstilbudet fra 1980-tallet til i dag. At sykehusdirektøren og andre nå gir aktiviteten nye merkelapper, endrer ikke den rollen bassenget til nå har hatt i behandlingen av revmatikere og andre med behov for livslang behandling og oppfølging.

Bør vi få ro i sykehusene?

Det er ikke nødvendigvis riktig medisin å forskrive «ro i sykehusene», slik Arbeiderpartiet vil, skriver Trude Basso, lege og tillitsvalgt. Hun mener avstanden til Høyre er svært liten.

Arbeiderpartiet uttrykte ved presentasjonen av forslag til nytt prinsippprogram at de skal jobbe for «ro i sykehusene». I dette ligger en erkjennelse av eksisterende uro. Men er ro i sykehusene nødvendigvis riktig medisin?

Erkjennelsen av uro er nye takter fra et parti som sammen med partibrøren Høyre konkurrerer i å manøvrere seg unna ubehagelige problemstillinger relatert til helsevesenet. Arbeiderpartiet og Høyre virker begge tilfreds med den bedriftsøkonomiske ideologien sykehusene våre driftes etter. De virker også tilfreds med at Helsedepartementets politisk ledelse i dag kun sitter igjen med ansvaret for statsbudsjettet, og for teoretiske og ambisiøse oppdragsdokument.

Det braker ikke akkurat løs under diskusjoner mellom to tidligere motsatser i norsk politikk. Smilet ligger på lur i skjegg og skjeggstubb under debatter om ventelister på innsiden eller utsiden, om det er bra eller dårlig at en positiv budsjettbalanse ble større eller mindre enn ventet, og om fritt behandlingsvalg som nesten ingen benytter seg av uansett.

Hva Arbeiderpartiet eller andre mener skal til for å få ro i sykehusene er vanskelig å si. Jeg er ikke engang sikker på at det er gjengs oppfatning i ledelsen i Helsedepartementet eller i helseforetakene at uroen i sykehusene krever tiltak i det hele tatt.

Uroen blant Norges sykehusleger er ikke et særnorsk fenomen. Det murrer i våre naboland, på de britiske øyer og på kontinentet. Uroen er heller ikke særegen for ansatte i helsevesenet. Det ulmer i skoleverket og blant politifolk. Fellesnevneren er at offentlig ansatte fagfolk opplever å bli fratatt innflytelse over profesjonsutøvelsen, at arbeidstiden tøyes, og at arbeidstakerrettigheter demonteres i møte med stadige omstillings- og effektiviseringskrav.

HANDLING MÅ TIL!

Helseministeren innskrenket raskt «tillitskrisen» i sykehusene til å omhandle fryktkultur. En ministers generelle oppgjør med en ikke nærmere definert fryktkultur på sykehusene er stuerent og krever ikke politisk mot.

Tenk hvis en helseminister i stedet for å jobbe for «ro i sykehusene» hadde ryddet opp i at helsepersonell ikke sier fra om krittikverdige forhold fordi de frykter at den



TRUDE BASSO, lege ved Ortopedisk avdeling og vara-foretakstillitsvalgt for Yngre legers forening, St. Olavs hospital.

midlertidige ansettelsen da vil bli den siste. Eller fordi de er redd for ikke å få rykke opp som overlege ved byens eneste sykehus. Og tenk om en minister hadde vist gjennom handling at det er uakseptabelt med plutselige personalsaker der kolleger kalles inn på teppet uten tillitsvalgte, eller rett og slett med tillitsvalgte som kalles inn på teppet fordi de har vært brysomme og utfylt oppgaven sin. Det hjelper jo ikke bare å si at man vil bli kvitt snøen i oppkjørselen. Man må måke den vekk og.

TILLITSKRISEN GÅR BEGGE VEIER

Leger er, sammen med prester, angivelig landets mest engasjerte yrkesgruppe. Likevel virker det bestemt som at helseforetaks-ledelsene ikke har tillit til at leger vil sykehusenes beste. Minst tillit til legenes agenda finner man kanskje i personalavdelingene som nå har plassert seg strategisk i naborommene til direktørene.

Sittende HF-ledelse har over tid gitt uttrykk for at ansatte bare er ute etter å mele sin egen kake. Det kan derfor bli vanskelig å gjenopprette de ansattes tillit til at ledelsen vil dem vel. Tenk om partiene kunne foreslå lederstillinger på åremål. Og at alle i ledende stillinger måtte ut i avdelingene på regelmessig basis, også uten fintfolk og presse på slep.

De to største partiene håper det skal roe seg i sykehusene uten å gjøre vesentlige endringer i organisering og prioritering.

Høyre «tror på Norge» og kjører stø kurs. Arbeiderpartiet vil tilbake til tre ledernivåer, og siden «alle skal med» skal også ansatte høres. «Klinikerstøy», er et uttrykk i den danske helseadministrasjonen. Hvis man ignorerer støyen lenge nok vil det nok etter hvert bli ro i sykehusene.

AVHENGIG AV STERKE FAGMILJØER

For at man skal ha velfungerende offentlige velferdsinstitusjoner er man avhengig av at tjenestene er så gode at de aller fleste ønsker å benytte seg av dem. Svarer ikke kvaliteten til forventningene, vil private alternativer vokse frem. Før vi vet ordet av det kan vi ha et todelt helsevesen. Tanken på at behandlingstilbudet vil avhenge av foreldrenes eller barnas økonomi er hjerteskjærende.

Helsevesenet er helt avhengig av dyktige leger. Medisinen krever vitale fagmiljøer for utvikling og opplæring, og også for selvjustis. Hvert fagmiljø er videre avhengig av andre fagmiljøer for utvikling og opplæring, og ikke minst for støtte. Behandlingen i et sykehus er aldri bedre enn det svakeste ledd. I et sykehus jobber man kollektivt, ikke individuelt.

Flere har snakket om fagforeningsknusing i forbindelse med konflikten om kollektive arbeidstidsavtaler mellom Legeforeningen og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter. Fagknusing er kanskje et enda mer dekkende begrep. Hvis ikke Spekter handler etter eget forgodtbefinnende, sitter det altså personer rundt omkring i helseforetakene som på ramme alvor mener at utøvende spesialister bør ha mindre å si for utvikling og opplæring innen sitt eget fagområde.

RIKTIG MEDISIN?

Er man rigid, proteksjonistisk, lite samarbeidsvillig og konfliktdyrkende fordi man protesterer mot tap av kollektive arbeidstakerrettigheter, svekkelse av undervisning og opplæring, uforsvarlige arbeidsforhold eller forhold ved driften som går ut over kvaliteten på behandlingen og pasientsikkerheten? Er dette «klinikerstøy», eller er det rett og slett her løsningen på tillitskrisen ligger?

Skal du helbrede pasienten må du behandle mer enn bare symptomene. Ro er ikke nødvendigvis riktig medisin for norske sykehus. Årsaken til uroen må angripes for det kan gå fort å bryte ned hva man møysommelig har bygd opp.

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

Den sykeliggjørende idretten

Langrenns-løpernes bruk av astmamedisiner kan sammenliknes med at sjakkgeniet Magnus Carlsen skulle gått på Ritalin, mener lege Henrik Vogt. Han karakteriserer den norske praksisen som tvilsom menneskeforbedring, helt på kanten av det umoralske.

Enkelte, som Aftenspostens Ola Bernhus, har hevdet at Johaug-saken er ti ganger verre enn astmasaken i norsk langrenn. Men med mindre denne tuben med leppesalve som Therese Johaug kom borti var et skalkeskjul for systematisk doping (usannsynlig!), mener jeg det er feil. Hun vil få sin dom. Men det er ikke vist tydelig at hun ikke har utført doping av den typen vi vil til livs.

Astma-saken vil derimot stå igjen som den mest alvorlige for norsk langrenn. Den sier mer om tvilsomme holdninger, om det problematiske ved norsk langrenns syn på kropp, helse og hva som er greit å ty til medisinsk

MENNESKEFORBEDRING

Jeg er opptatt av medikalisering (det at stadig flere aspekter ved menneskelivet og dets fungering gjøres til medisinske problemer), og «menneskeforbedring» (på engelsk «human enhancement», den beslektede samfunnstendensen til å ville gjøre mennesket bedre enn det er). Et paradoksalt trekk ved denne utviklingen er at idretten, som skulle handle om en sunn sjel i et sunt legeme, i tospann med medisin har drevet denne utviklingen frem.

Den mest megetsigende artikkelen til nå i astma-saken om illustrerer hva jeg mener, har vært et Dagbladet-intervju med Simen Andre Sveen, som er både medisinerstudent og toppidrettsutøver i langrenn. Han forsøker i intervjuet å berolige og forklare hvorfor alt dette med astma-behandling egentlig er ok, men ender i stedet med å illustrere hva som er så problematisk, både med toppidrett og medisin: De tenderer til å sykeliggjøre og gjøre kroppen om til en medisinsk kamparena i jakten på perfektjon. For ifølge Sveen er det nemlig slik at «alle beveger seg mot astma». Holdningen i norsk langrenn er, ifølge Dagbladet, at «ingen har helt perfekte lunger. Ingen har 100 prosent 'friske' lunger.» Alle er med andre ord litt syke, eller «suboptimale».



FOTO: NICOLAI BAUER

HENRIK VOGT, Lege og dr.grads.stipendiat.

Nemlig. Alltid rom for forbedring. Spesielt fordi det er så tøft i toppen, og man sliter på kroppen, så argumenterer man med at det greit å ta medisin for å være sitt «sanne jeg». Det som skjer her er at man omdefinierer det man ellers ville se som friskt eller uproblematisk til noe sykt for å rettferdiggjøre perfektjonering.

Man omdefinierer det å drive med medisinsk forbedring av kroppen til å handle om «normalisering» og sykdoms- og risiko-bekjempelse.

MAGNUS CARLSEN PÅ RITALIN?

Det er nesten som at Magnus Carlsen skulle ta litt Ritalin (et sentralstimulerende stoff) og argumentert med at «alle sjakkspillere tenderer mot ADHD; man blir så sliten i hodet av alle de lange partiene; jeg må få lov til å ta litt for å komme meg opp på normalen min, mitt sanne jeg, mitt egentlige potensiale». Og selvfølgelig, man trenger ikke ha diagnosen en gang; det er alltid et rom for forbedring, også hos de som er definert som friske (velkjent tanke på amerikanske college der man knasker ADHD-medisin i jakten på de beste karakterene).

Det er selvfølgelig også grenser for hvor smart du kan bli av amfetamin-lignende stoffer, men, du vet, bare en knert for å ta bort «tendensen til ADHD». Ikke en veldig betryggende filosofi, mener jeg. Ikke idretten verdig. Ikke medisinen heller. (Dette med ADHD-medisiner og sjakk er ikke oppspinn, slik VG meldte nylig).

IDRETTE ER EN SYMBOLARENA

Problemet er at det å bruke astmamedisin for å optimalisere lungene til ellers høyt ytende mennesker er menneskeforbedring: Medisinbasert perfektjonisme. Ved hjelp av medisin klarer man å drive på et nivå man ellers ikke ville kunne drevet. Og det er det vi helst ikke vil ha. Idretten er en symbolarena. Vi vil at det skal være mennesket og ikke medisinen som gjør at mennesket kan yte som det gjør. Hvis du driver kroppen din så hardt at du pådrar deg sykdom og risiko; hvis du trenger astma-spray som glider i luftveiene på grunn av belastningen, så er det kanskje en idé å ta det litt mer med ro og innse at du rett og slett ikke tåler kjøret?

Det er ikke enkelt dette. Det er helt sant at grensene mellom sykdom, helse og optimal helse er glidende i medisinen – og faktisk i stadig utvikling siden de til dels defineres kulturelt og utfra hvilke teknologiske muligheter vi har. Det er dermed heller ikke er noe klart og enkelt skille mellom medisinsk behandling og enhancement. Dette betyr imidlertid ikke at man skal bruke det som unnskyldning for å ty til medisinsk perfektjonering. Jeg mener norsk langrenn i astma-saken roter farlig nær grensen til det umoralske, hvis ikke over. Og her gjør de det systematisk, villet, og tilsynelatende som uttrykk for en generell holdning om at «ingen har 100% friske lunger».

Noen vil peke på at astma-behandling ikke virker spesielt godt som prestasjonsfremmende. Men om det virker, er litt på siden av saken i denne sammenhengen. Norske langrennsfolk tror det virker, og idretten handler om sinnelag. Langrennsfolk tror de kan skape



FOTO: MARKUS BERNET, WIKIMEDIA COMMONS

«Problemet er at det å bruke astmamedisin for å optimalisere lungene til ellers høyt ytende mennesker er menneskeforbedring: Medisinbasert perfeksjonisme.»

seg et lite fortrinn ved å dose på med astma-spray. Dette kan så skape en uheldig utvikling. Man får en situasjon der folk tenker de ikke kan hevde seg i toppen uten et regime med stadig luftveissmøring. Man får en situasjon der man ikke kan greie seg uten legemidler i toppen av sporten. Så kan man spørre: Hva skiller den situasjonen fra doping?

KREATIV LUFTVEIS-SMØRING

Astmasaken ble et hakk styggere tidligere i sesongen da det ble kjent at smørebusen til langrennslandslaget også er et medisinsk laboratorium for kreativ smøring av luftveier. I følge Aftenposten reagerte skiklubber med vantro. Som en skileder for barn sier det: «Det bør være mulig å drive med idretten uten et velfyllt medisinskap». Nettopp.

Men landslagslegen, Petter Olberg,

har tydeligvis ikke skjønnet tegninga. Han sier til Aftenposten at alt de har gjort er å gjøre luftveiene «så friske som mulig». Problemet er at så «friske» luftveier finnes ikke hos mennesker som ikke skaffer seg det medisinske. Man skaper dermed en ny normal, et nytt begrep om hva som er «friskt nok» ved å gripe til teknologi.

Kanskje er det dette som er det fremste problemet med norsk toppidrett, at den leder til sykliggjøring og medikalisering i jakten på det perfekte? Holdningen om at «alle tenderer mot astma, de perfekte lungene finnes ikke» er ikke akkurat uttrykk for en sunn sjel i et sunt legeme. Tvert imot må må i stedet defineres som syk og i «risikosonen» for å henge med.

OGSÅ ET ESTETISK SPØRSMÅL

Når det ikke er noen klar grense mellom medisinsk behandling og

menneskeforbedring, blir det ikke bare et vitenskapelig og etisk spørsmål hva vi vil ha. Det blir også estetisk. Idrett handler om estetikk og symbolikk. Når heltene sitter og peser på en forstøver halve dagen, så er de ikke forbilder lenger for annet enn et sykt samfunn der mennesker må bruke medisin for å henge med. Det er en grunn til at forstøver-apparatene ikke står ute på stadion, men skjult i smørebusen. «Det handler om signaleffekten. Det er sider ved toppidretten barn ikke nødvendigvis trenger å eksponeres for,» sier den tidligere utøveren Øystein Pettersen til Aftenposten.

Nei, og når man må skjule noe for de man skal være symbol for, da er det på tide å bremse.

Ideologi styrer tildeling av forskningsmidler

I et kontroversielt felt bør ingen av partene sitte på pengesekken. Om man velger å unnlate å forske på den ene tilnærmingen, vil man fordomsfullt kunne hindre ny kunnskap.

Forskningsrådet øremerket 30 millioner kroner til ME-forskning. Så ba de om innspill fra pasienter og behandlere. En god del ønsket forskning på Lightning Process (LP). Nå er forsknings-søknaden avvist basert på negative påstander fra ME-foreningen.



Live Landmark.

Forskningsrådet mottok 737 innspill til forskning og forskere ble invitert til å sende inn søknader om finansiering. Norges mest publiserte forsker på feltet, professor Vegard Bruun Wyller fra Akershus universitetssykehus (Ahus), sendte inn en søknad om å studere effekten av Lightning Process (LP).

Årsaken er at mange ME-pasienter benytter seg av det mentale treningsprogrammet. Flere av dem har fortalt offentlig om stor bedring og tilfriskning etter kurset. En kvalitativ studie publisert i et internasjonalt anerkjent tidsskrift har anbefalt en større studie på programmet.

BRUKERPANEL

Normalt vurderes søknadene av en medisinsk ekspertgruppe og et utenlandsk ekspertpanel. Denne gangen gjorde Forskningsrådet et eksperiment og introduserte et nytt virkemiddel kalt «behovsidentifisert forskning». Så satte de ned et brukerpanel for å sile søknader. Panelet besto av flere representanter fra ME-foreningen.

ME-foreningen er åpen på at den er en ideologisk organisasjon med et biomedisinsk ståsted. De er uttalte på at de ønsker en medisinsk behandling og ikke en psykologisk tilnærming. De vil altså ha en pille og ikke noen annen form for hjelp. Det er disse som er representanter i brukerpanelet.

ME er et betent felt med store kontroverser og mye emosjoner. Er Forskningsrådet sikre på at ME-foreningen og deres meningsfeller er de riktige medspillerne i en slik prosess? Kan det være en gevinst ved å være bredere representert?

BLE AVVIST

Brukerpanelet avviste Wyllers søknad, noe som førte til at Forskningsrådet avslø søknaden med følgende begrunnelse: «Søknaden skåret lav nytteverdi sammenlig-



Faksimile

Journalen skrev i nr. 3/2016, om hvordan Norsk forskningsråd inviterte ME-pasienter til å fore-
slå tema det burde forskes på. En av søknadene gjaldt forskning på «Lightning process» (LP),
et kurs som mange ME-pasienter har benyttet seg av, men som andre ME-pasienter er svært
skeptiske til. Live Landmark, som er LP-instruktør, reagerer på at et forskningsprosjekt om LP
er stanset av Forskningsrådet. Landmark har skrevet et debattinnlegg i Dagbladet, 9. februar i
år, om samme tema.

net med andre søknader. En brukerundersøkelse i regi av ME-foreningen har vist at mange ME-pasienter har fått forverret sin tilstand etter LP-behandling. Det ble vurdert som ønskelig å avvente resultatene fra en pågående studie av LP i England før det settes i gang studier med norske pasienter».

LP er et mentalt treningsprogram der store deler av kursets innhold baserer seg på prinsipper fra kognitiv terapi, den best dokumenterte behandlingen for CFS/ME. Behandlingen strider imidlertid i mot alt ME-foreningen står for.

MANGLER FAGKOMPETANSE

Hvorfor forholder ikke Forskningsrådet seg til denne åpenbare interessekonflikten? I hvilken grad vil et brukerpanel med en stor andel personer med et ideologisk ståsted ha interesse for kunnskap og fri undersøkelse? Hvordan kan man sikre støtte til andre tilnærminger når brukerpanelet lammer undersøkelse av alternativer, samtidig som de fleste paneldeltakerne mangler fagkompetanse?

I avslaget legger Forskningsrådet en brukerundersøkelse fra ME-foreningen til grunn. Dette er en nettbasert undersøkelse i regi av foreningen på deres nettsider og har dermed et svært skjevt utvalg av respondenter. Kan Forskningsrådet tillate at dette blir brukt som argument i mot annen forskning?

ØKT LIVSKVALITET

Vi publiserte 12. mars i fjor en brukerundersøkelse på effekten av Lightning Process i Tidsskriftet for Den norske legeforening (DOI: 10.4045/tidsskr.15.1214). Undersøkelsen omfattet alle kursdeltakere i 2008, totalt 226 personer. De rapporterte signifikant økt livskvalitet, aktivitet i hjemmet og tilbakeføring til skole/arbeid og kraftig redusert behov for hvile. Ingen av deltakerne rapporterte om alvorlige bivirkninger. I denne undersøkelsen hadde 4 av 5 oppgitt ME som diagnose, og det er ingen andre diagnoser som skiller seg ut i resultatene.

Harvard-forsker Silje Endresen Reme har publisert en kvalitativ, hypotesegenererende studie der syv av ni ungdommer ble friske eller bedre av LP. Metoden har altså vist lovende resultater, men vi trenger randomiserte, kontrollerte forsøk. Og det er behov for forskning på effekten av ulike tiltak ved ME.

Til tross for konfliktnivået på feltet velger altså Forskningsrådet et skjevfordelt brukerpanel. Det faglige har ikke vært sentralt, men derimot personlige meninger og ideologi. Eksperimentet med demokratisering av forskningen førte dermed til en uheldig slagside. Kanskje bør det nå settes inn midler for å opprette balansen?

LIVE LANDMARK

Foredragsholder, lederutvikler og instruktør i Lightning Process.

Reell innflytelse fra pasienter og pårørende

Forskningsrådet deler årlig ut over en milliard til helseforskning. Forskerne kan i stor grad selv foreslå sykdommer og problemstillinger det skal forskes på. I februar lyste vi ut 485 millioner kroner med stor tematisk bredde.

I tillegg har vi startet utprøvingen av en ny ordning hvor vi øremerket 30 mill. kroner til CFS/ME. En viktig premisse er å gi de som er rammet og involvert muligheten til å velge forskningstema og prioritere søknadene de mener er mest nyttige.

Initiativet utløste et fantastisk engasjement. Vi mottok over 700 innspill til forskning på ME.

Basert på innspillene utformet et panel av pasienter, pårørende, behandlere, forskere og helsemyndigheter en invitasjon til forskere om å sende inn søknadsskisser. Professor Vegard Bruun Wyller ved Ahus sendte inn to forslag. Det ene forslaget ble invitert til neste

runde. Det andre, en studie av effekten av Lightning Process (LP), gikk ikke videre.

Instruktør i LP-metoden, Live Landmark, kritiserer Forskningsrådets prosess. Hun mener forslaget ble avvist på ideologisk grunnlag og siterer avslaget som blant annet viser til ME-foreningens brukerundersøkelse. Samtidig trekker hun fram en brukerundersøkelse blant egne kursdeltakere. Tolkningen av begge disse to undersøkelsene er vanskelig, fordi utvalgene ikke er representative for hele pasientgruppen.

Landmarks kritikk av brukerpanelets manglende fagkompetanse må bero på en misforståelse. Brukerpanelet vurderte ikke prosjektenes faglige kvalitet. Panelet vurderte skissene ut fra om de svarer på utlysningen, i hvor stor grad brukerne medvirker i forskningen og forventet nytteverdi av prosjektene. Basert på dette gav panelet en anbefaling om hvilke søknader de mente burde inviteres videre. I neste trinn sender

forskerne inn fulle søknader som blir evaluert av utenlandske fageksperter.

Av de 12 brukerne i panelet representerte fire de to ME-foreningene i Norge, med til sammen over 4000 medlemmer. I tillegg hadde panelet en uavhengig tidligere pasient og en uavhengig pårørende.

Av de 19 søknadene som kom inn var det uenighet om fire søknader. Det ble derfor foretatt avstemming. Et flertall stemte mot at LP-søknaden og to andre søknader, skulle gå videre. Av de 11 som går videre i prosessen, vil de øremerkede midlene rekke til 3-4 prosjekter.

Forskningsrådets helseprogrammer er tematisk brede og dekker dermed også ulike typer forskning om ME. Og det trengs mer forskning og kunnskap om ME enn det de øremerkede 30 millionene kan gi.

JESPER W. SIMONSEN
divisjonsdirektør Forskningsrådet

Norges ME-forening er en forening for ME-syke, ikke utbrente og utmattete

Professor i samfunnsmedisin Preben Aavitsland fortsetter i *Journalen* 4 2016 sin kritikk mot Norges ME-forening. Det er vanskelig for ME-foreningen å ta ham helt på alvor. Han burde ha fått med seg at ME-foreningen ikke er, og aldri har hevdet å være, en pasientforening for alle pasienter med kronisk utmattelse eller utbrenthet.

Vi har lenge jobbet ut fra en hypotese om at ME er en alvorlig sykdom som krever en stringent diagnose slik som Canada-kriteriene eller de internasjonale konsensuskriterier for ME (ICC). Den rammer kun 0,2 – 0,4 prosent av befolkningen. Sommeren 2016 ble hypotesen bekreftet av en større metastudie fra Agency for Healthcare Research and Quality (Smith et al) som går igjennom studier som har testet effekten av kognitiv terapi og gradert trening.

Når de studiene som bygger på andre, og mye videre diagnosekriterier (Oxford-kriteriene), holdes utenfor, faller effektene av kognitiv terapi bort, eller blir sterkt redusert. Alle effekter av gradert trening faller også helt bort. Det er kun pasienter som oppfyller disse vide diagnose-kriteriene

som har gjort det mulig å hevde at kognitiv terapi og gradert trening gjør noen pasienter litt bedre. Amerikanske helsemyndigheter arbeider nå med hvordan sørge for at disse to gruppene får forskjellig behandling.

ME-foreningen er svært fornøyd med å ha et medisinsk fagråd med bred kompetanse på ME etter slike diagnosekriterier. Så ser vi gjerne at Aavitsland og andre slår et slag for behandling av utmattete og utbrente pasienter, men kaller dem ikke ME-pasienter. Nå bør norske helsemyndigheter gjøre som de amerikanske, vurdere hvordan man kan sørge for at disse to gruppene får forskjellig behandling.

Vi er forbløffet over at Aavitsland hevder at ME-foreningen har et «tortur-opplegg». Som Aavitsland burde vite har vi ingen medisinske opplegg. Vi jobber hardt for at alle ME-pasienter skal få oppfølging fra sin fastlege og helsevesenet for øvrig. Det bør inkludere mestringskurs og



Faksimile fra Journalens kronikk- og debattsider i utgave nr 2 2016.

aktivitetsavpassing – gjør 50-70 prosent av det du tror du orker. Samtidig sørger vi for å fortelle om ME-pasienters erfaringer med anstrengelsesutløst sykdomsforverring. Vi har dessverre alt for mange medlemmer som har opplevd det de selv kaller «tortur» der de lokkes og presses til å gjøre mer enn de orker og derved har gått på en skikkelig smell.

BJØRN K GETZ WOLD
styreleder i Norges ME-forening

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.elines@gmail.com

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

Even Holt, PSL 900 56 250
Moloklinikken
eveho@online.no

Jose Hernan Alfonso, Namf
STAMI
alfonso@stami.no

Kenan Santic, Nmf
santickenan@gmail.com

SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeförening
unni.broter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42
Oslo legeförening
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.elisegronvold@hotmail.com

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

Oslo legeförening er en lokalförening
i Den norske legeförening.

MØTEKALENDEREN

Mars

23.-25. Styremøte i Legenes hus.

April

19. Styremøte i Legenes hus.

Mai

23. Styremøte i Legenes hus.

Juni

14. Styremøte i Legenes hus.

LEDEREN

Behov for ressurser, samarbeid og tillit

Vi har nylig vært gjennom den lengstvarende legestreiken i Norge. Den norske arbeidslivsmodellen står på spill, sier leder Rune Frøyland i Akademikerne helse. Viktige element i den nordiske/norske modellen er sterk prioritering av allmenne velferdstjenester, og en organisering av arbeidslivet som er basert på samarbeid og tillit. Over tid har vi bygget opp et system hvor de tre partene, arbeidstakere, arbeidsgivere og myndigheter, samarbeider på mange områder.

Samarbeidet vi har tatt for gitt i arbeidslivet i Norge, er ikke lenger en selvfølge. Har trepartssamarbeidet vært en forutsetning for velstandsutviklingen vi har hatt i Norden? Har pasientene det bedre når samarbeid mellom ledelse og ansatte fungerer? Jeg tror det. Forskningsrapporten Medbestemmelsesbarometeret 2016 oppsummerer bl.a.: «Ansatte i pleie og omsorg, i helsevesen og i offentlig tjenesteyting generelt har betydelig lavere innflytelse på organiseringen av arbeidet enn andre, inkludert innflytelse på arbeidstiden, arbeidstempo og ressurser til å gjøre jobben.»

«Samarbeidet vi har tatt for gitt i arbeidslivet i Norge, er ikke lenger en selvfølge»

Vi vet at frihet til å ta egne valg og løse problemer er avgjørende for økt trivsel og arbeidsinnsats. Skal samarbeidet fungere, må avtaler som inngås overholdes, ansatte må føle seg trygge i jobbene sine, og det må være rom for å komme med konstruktiv kritikk.

Høie bestilte en rapport fra OECD om pengebruk i helsetjenesten. På Helsedepartementets nettsider står det: «Rapporten viser at Norge ligger i nedre del av ressursbruken blant de rikeste landene i OECD. Skal vi holde utviklingen til de rikeste landene i OECD, må vi være forberedt på å bruke mer ressurser til helsetjenesten i årene fremover, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.» Den 17. februar kom en annen rapport, fra Oslo Economics, om fremtidens helse- og sosialtjeneste, på bestilling fra arbeidsgiverforeningen Spekter. Der

påpekes et økende gap mellom tilgjengelige ressurser og forventninger i befolkningen i fremtiden. Vil regjeringen bruke mer ressurser på helsevesenet inkludert bygninger og teknisk materiell? Det synes for tiden for enkelt bare å peke på at vi må effektivisere. Helsevesenet har blitt betydelig mer effektivt de senere år, og ja, vi må fortsette å tenke kreativt, bruke ressursene på smarte måter fremover også, men igjen vil et reelt samarbeid mellom partene være en forutsetning for å lykkes, mener jeg.

Det planlegges å bygge sykehus for flere milliarder i årene fremover. Sykehusbygg HF ble stiftet i 2014, og følgende trekkes blant annet frem med tanke på hva de skal bidra med: Sykehusbygg HF skal sikre et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging på høyt internasjonalt nivå. Sykehusbygg HF skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen gjennom læring, innovasjon, erfarings- og kompetanseoverføring. Likevel synes det ikke som erfaringene fra hverdagen på Ahus og Kalnes i Østfold, de nyeste sykehusbyggene vi har, blir tatt på alvor. Manglende plass, dårlige løsninger for ansatte og pasienter, mange korridorpasienter og administrasjon i brakker er noen av utfordringene.

Vi må bygge sykehus ut fra dagens behov, men med muligheter for endring når utviklingen tilsier det. Vi må ikke fjerne deler av bygningene for å spare litt nå (i verste fall summer svarende til noen måneders drift), når det går ut over kvalitet, effektivitet og trivsel for de ansatte – og pasientene – i mange år fremover.

Forpliktende dialog bør være prioritert å jobbe med i år, for å kunne opprettholde det gode helsevesenet vi har i Norge i dag.



KRISTIN H HOVLAND,
leder Oslo legeförening

Hjerneflukt fra OUS

Oslo universitetssykehus (OUS) har 106 fordypningsstillinger for leger i spesialisering. I stedet for å lyse dem ut tar sykehuset inn vikarer som settes inn i den ordinære driften. Nå slutter forskertalentene, skriver Anniken Riise Elnes, foretakstillitsvalgt for Ylf.

OUS har som en av sine fremste visjoner å styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud med høy kvalitet. Får å få til dette har vi følgende strategiske mål presentert på våre hjemmesider:

- God forskningskultur skal prege virksomheten, gjennom ledelsesmessig og kollegial tilrettelegging for forskning.
- Vi skal drive fremragende forskning og pasientbehandling som gjensidig skal styrke hverandre. Forskning og innovasjon skal derfor være en integrert del av virksomheten og reflekteres i behandlingen av våre pasienter.
- Vi skal bidra til en god forskerutdanning, drive aktiv rekruttering av forskertalenter og gi forskerne god veiledning underveis i forskerkarrieren.

Årlig bidrar vi til 1700-1900 vitenskapelige artikler, og om lag 130-150 doktorgrader fullføres hvert år med OUS som arbeidssted. Dette legitimerer at Oslo universitetssykehus kan kalle seg en lærende og skapende organisasjon.

For å få til denne utfordrende kombinasjonen av forskning og klinikk har vi egne fordypningsstillinger for leger i spesialisering. Dette er stillinger som i en gitt periode inneholder øremerket tid til forskning og faglig fordypning i kombinasjon med van-



Anniken Riise Elnes, foretakstillitsvalgt for Ylf.

«Etter innføring av faste stillinger for leger i spesialisering 1. juli 2015 har ikke OUS ansatt én eneste lege i denne typen stilling»

lig klinisk hverdag. På denne måten unngås avbrudd i legens spesialisering samtidig som helseforetakene beholder legen i avdelingen under forskningsperioden. Den ervervede kompetansen og resultatene fra forskningen kommer umiddelbart både helsetjenesten og pasientene til gode.

Vi har i alt 106 slike stillinger i OUS, men etter innføring av faste stillinger for leger i spesialisering 1. juli 2015 har ikke OUS ansatt én eneste lege i denne typen stilling. Dette til tross for at alle er enige om at det kun er stillingen i bunnen som skal være fast, og at fordypningen fortsetter å være tidsbegrenset som før. Begrunnelsen fra HR for å holde tilbake utlysninger har vært at Spekter har ønsket å bruke dette som et forhandlingskort i årets hovedforhandlinger. Forhandlingene førte ikke frem, vi opplevde tidenes lengste sykehusstreik, og vi er nå i tvungen lønnsnemnd.

I stedet har vi nå en situasjon hvor OUS i snart to år kun har ansatt vikarer som jobber 100% i den daglige driften i de ubesatte fordypningsstillingene. Altså: leger som ikke har avsatt tid til forskning og fordypning. Som et nedslående resultat av dette ser vi nå at et titalls fremragende forskertalenter med formidable prosjekter slutter ved helseforetaket til fordel for arbeidsgivere som aktivt satser på å tilrettelegge for forskning. Brain drain i OUS sin disfavør.

Spekter er blitt utfordret av Legeforeningen, men sier de har spilt ballen tilbake til OUS for en lokal løsning. Sykehusledelsen på sin side fortsetter å gjemme seg bak Spekter.

Vi trenger en arbeidsgiver som tar forskning og innovasjon på alvor om vi skal kunne klare å møte fremtidige helseutfordringer. Vi er en kunnskapsbedrift, og må ikke avvike oss selv ved å unnlate å investere i forskning til fordel for ren drift.

OSLO-LEGEN 2017

Vi ber om forslag til årets Oslo-lege.

Utmerkelsen vil bli delt ut på vårt årsmøte 22. august.

Retningslinjer som legges til grunn er:

1. Mottakeren må være medlem av Oslo legeforening.
2. Mottakeren må ha utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet ha synliggjort legene og legerollen på en positiv måte.
3. Nåværende medlemmer av Oslo legeforenings styre er ikke aktuelle.
4. Mottakeren bør ha et spesielt «Oslo-fokus» med hensyn til sitt virke, og være kjent ut over en indre krets.
5. Svært kjente kandidater, som også har mottatt andre utmerkelse, er ikke prioritert.

Begrunnet forslag til kandidater sendes Oslo legeforenings sekretariat: unni.broter@legeforeningen.no, innen 26. mai 2017.

Oslo legeforening inviterer til

TEMAMØTE

i Litteraturhuset, sal Wergeland

MANDAG 13. MARS KL 18:00 – 20:00.

Gratis adgang.

«Er vi i ferd med å skrote den norske arbeidslivsmodellen?»

Møteleder: Andrew P. Kroglund

17. mai i Legenes hus

Vi minner om at vi også i år vil feire

17. mai i Legenes hus fra kl 12-14.

Invitasjon vil bli sendt medlemmene i Oslo legeforening og mer informasjon blir lagt ut på vår nettside www.legeforeningen.no/oslo.

Tankeeksperiment – ja, nyttig analyse – nei!



Arbeidsgiver-organisasjonen Spekter arrangerte fredag 16. februar en konferanse med tittel «Helsepolitiske veivalg». *Journalen* har bedt professor

i helseøkonomi ved NTNU, **JON MAGNUSSEN**, om å anmelde en rapport som ble presentert på konferansen og som dannet grunnlag for mye av debatten.

Oslo Economics har, på oppdrag fra Spekter, gjennomført en analyse av utfordringer og handlingsalternativer for helsesektoren. Rapporten «Fremtidens helsetjenester» maler utfordringsbildet med bred pensel, men er tynnere i diskusjonen og vurderingen av handlingsalternativene.

De fleste som er engasjert i samfunnsdebatten vil ha fått med seg at helse-tjenesten står ovenfor utfordringer: En aldrende befolkning, en teknologisk utvikling som gir nye og kostbare muligheter, en velinformert befolkning med økende forventninger og kjøpekraft, og en stadig lavere andel av befolkningen i arbeid. Her bringer rapporten ikke noe nytt til torgs. Lesere med begrenset tid kan trygt gå rett på de tre avsnittene som skisserer mulige virkemidler og helsepolitiske veivalg.

Virkemidlene som skisseres er også velkjente: Effektivisering, strammere prioritering, økte egenandeler (både for å redusere etterspørselen og gi økte inntekter), og mer satsing på forebygging. Økte skatter og/eller vridning av offentlig ressursbruk mot helsetjenesten kan på den andre siden gi rom for økt kapasitet.

Rapporten inneholder en blanding av vurderinger og tiltak. Ved flere anledninger stusser jeg over både utsagn og resonnerer. Tre eksempler:

- I følge rapporten er produktiviteten «i alle fall ved noen av måltallene» synkende. Selv publiserer jeg i disse dager sammen med kolleger en studie som anslår en produktivitetsvekst i somatiske sykehus på 25% fra 1999-2014. Vi tar ikke hensyn til vanskelig mål-bare kvalitetsforbedringer, og studien undervurderer dermed ventelig den reelle



«... vi må ikke la oss forlede til å tro at de vanskeligste diskusjonene dreier seg om jobbglijding, arbeidstidsbestemmelser eller ettermiddagsåpne operasjonsstuer»

produktivitetsveksten.

- I rapporten er det en påtakelig optimisme hva gjelder gevinster ved samlokalisering og stordrift. Det finnes lite forskningsmessig belegg for dette, i rapporten synes optimismen å ta utgangspunkt i utviklingsplanen for Sørlandet sykehus (sic).
- Potensialet for effektivisering beskrives ofte gjennom «tenk om man kunne redusere Y med X %, da ville vi spare Z mrd.» Tankeeksperiment – ja, nyttig analyse – nei!

Hva så med de helsepolitiske veivalgene?

Rapporten anslår en underdekning i år 2040 på 90 mrd. kroner. Det beskrives fire «handlingsalternativer»:

- Effektivisering
- Redusert tilbud
- Økte egenandeler
- Økt andel av BNP til helse.

LITEN INNSIKT

Nå innebærer vel effektivisering, i ordets rette betydning, å redusere unødig ressursbruk og er en selvfølgelig oppgave mer enn et «alternativ». Den helsepolitiske interessante diskusjonen er derfor ikke om, men hvordan man kan effektivisere. Ligger det størst potensiale i å eliminere unødig byråkrati, i å redusere omfanget av unødige tjenester eller i å være smartere i måten vi leverer tjenestene på? Dette er spørsmål som kan, og bør, diskuteres fra et faglig perspektiv, men hvor det åpenbart også vil være ulike syn avhengig av hvilke interesser man skal forsvare. Her gir rapporten liten innsikt ut over å liste opp en (tilfeldig?) smørbrødsliste over tiltak som (kanskje) kan gi økt effektivitet.

Effektivitet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for bærekraft. Vårt viktigste veivalg er om fellesskapet fortsatt skal ha som ambisjon å tilby befolkningen (nesten) gratis helse- og omsorgstjenester med dagens standard. Gir vi opp den ambisjonen vil deler av etterspørselen finne veien til et privat markedet. Det får igjen konsekvenser for fordeling av både helse og helsetjenester. Står vi fast på ambisjonen er konsekvensen at vi må sette av en større andel av verdiskapningen til helsetjenester. Det innebærer en omfordeling fra privat konsum til offentlige velferdsgoder – med andre ord økte skatter.

FANTASTISK VELSTANDSVEKST

Det er dette som er vårt virkelig krevende valg. At dette betyr kontinuerlig oppmerksomhet rundt effektivitet er selvsagt, men vi må ikke la oss forlede til å tro at de vanskeligste diskusjonene dreier seg om jobbglijding, arbeidstidsbestemmelser eller ettermiddagsåpne operasjonsstuer. Vi lever i et land som de siste generasjonene har nytt godt av en fantastisk privat velstandsvekst.

Det som er krevende i en tilværelse overmåte preget av privat kjøpekraft er nå å vise fortsatt reell vilje til å prioritere offentlige velferdstjenester.

Les mer:

På <https://fagbladetjournalen.no/helsepolitiske-veivalg-sendes-her> har vi lagt ut videointervjuer, lenker til Spekters nettsaker og blog fra konferansen.



GEIR SVERRE BRAUT

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

Nyttig debatt om nye vegar i helsepolitikken

Dette er eit politisk kampskrift, samansett av stort sett velskrivne, kronikkprega tekstar. Til saman 25 ulike forfattarar har kome med sine bidrag til boka. Målet er å gi grunnlagsmateriale for ein meir nyansert helsepolitisk debatt enn den som vi har i dag, og som redaktørane kallar eit spel for galleriet. Utgangspunktet for bokprosjektet er *Helsetjenesteaksjonen* og den uroa som den har for situasjonen i den norske helse-tenesta.

Styrken ved boka er det store mangfaldet av problemstillingar som blir lagt fram for drøfting. Ho eignar seg difor godt som ei innramming av dei sentrale utfordringane i den nasjonale helsepolitikken som det er nødvendig å arbeide meir med i åra som kjem.

Veikskapen er at fleirtalet av tekstar legg eksplisitt og à priori til grunn at det står dårleg til med den norske helsetenesta. Implisitt i budskapane i boka ligg det også at mykje var betre før. Det kan vel vere at dette stemmer, men det empiriske datagrunnlaget for synspunkta som blir fremja, er av varierende kvalitet og ikkje alltid like fullstendige i dei ulike kapitla.

Nokre stader er det i beste fall unøyaktig, til dømes når det på side 43 blir hevda at det etter 2005 har vore ganske stille frå tilsynet om kapasitetsproblem og overbelegg i sjukehusa. Eit kjapt søk på nettsidene til Statens helsetilsyn hadde vist at dette ikkje stemmer. Eit kapittel med ein interessant kritikk av prioriteringsutvalets arbeid (NOU 2014:12) står også litt aleine når det ikkje blir kopla opp mot ei vurdering av det administrative og politiske etterarbeidet som har resultert i at prioriteringsordningane ikkje blir slik som utvalet foreslo.

Tekstane står seg jamt over godt som politiske debattinnlegg, men nokre sviktar såleis litt når det gjeld den fordomsfrie og



WYLLER, T. B. & HAUKELIEN, H. (RED.)

NY HELSEPOLITIKK.
DET FINNES LØSNINGER.
Oslo: Dreyers forlag, 2017.
305 s. Innb. III. NOK 299,-
ISBN 978-82-8265-152-3

«Tekstane står seg jamt over godt som politiske debattinnlegg»

breitt grunngitte analysen som ein ønskjer seg i ein vitskapleg diskurs om helsepolitikken. Men for alt i verda, det er også nokre særlege godbitar som er lesverdige ut over dei helsepolitiske interesserte sine rekkjer. Dei juridiske artiklane om ytringsfridom (Fliflet), rammer som hindring eller hjelp (Halvorsen) og demokratisk underskot i helseføretaka (Befring) inneheld vurderingar som det er vanskeleg å finne så klart fremja andre stader. Det same gjeld analysen av det kommunale sjølvstyret (Vike) som er ein tekst som alle som strevar med tenking om samanslåing av kommunane vil ha utbytte av å lese.

«... det empiriske datagrunnlaget for synspunkta som blir fremja, er av varierende kvalitet»

Kva er så hovudbudskapane? Den norske velferdsstaten ligg på sotteseng. Vi må få tilbake dugnadsånd og tillit mellom aktørane. Det faglege skjønnnet må gjenreisast som grunnlag for leiarskap og avgjerder på ulike nivå i helsetenesta. Trua på betring gjennom omorganisering (samanslåingar) må avlivast.

Det er tankevekkjande at dei fleste (alle?) forfatarane har si geografiske plassering i det sentrale austlandsområdet. Kan det vere at det pregar synspunkta? Er det like ille alle stader? Det blir ikkje drøfta. Det er også nokre innspel som viser til utviklings- trekk i utlandet, men det er ingen som eigentleg tar opp til analyse og drøfting den påverknaden som politikken i EU har alt no og kjem til å få i åra som kjem, både på velferds- og helsepolitikken.

Til slutt i boka er det eit fint kapittel med 20 forslag til ein betre helsepolitikk. Dei fleste av desse forslaga kan med liten innsats omskrivast til gode og konkrete forskingsspørsmål. Dersom vi legg til grunn at det kan vere regionale og lokale ulikskapar i utforminga av styringsmodellane for helsetenesta her i landet og utanlands, kan dette kapitlet vere starten på prosjektplanen for komparativ analysar som vil gi eit nyttig og nødvendig empirisk grunnlag for framtidige avgjerder i helsepolitikken. Neste søknadsfrist i Noregs forskingsråd (HELSEVEL) er 26. april, og då er styring, leing og organisering mellom dei prioriterte tverrgående emna!

– Vi jukser og stjeler og holder på så godt vi kan

Norges mest uetiske lege må være Ravn Eikanger som starter en undergrunns-klinikk i samarbeid med en dommedagsprofet. Pasienten som interesserer ham aller mest, er hans egen kone, som er i ferd med å dø.

PER HELGE MÅSEIDE

Tidligere i vinter har vi kunnet følge et underlig drama på nedlagte Valkyrien stasjon. Legen Ravn (Sven Nordin) er lykkelig gift med legen og forskeren Vilma (Pia Halvorsen) som får en livstruende sykdom. Da hun nektes videre behandling setter Ravn i gang en særdeles eksperimentell behandling, samtidig som han bygger opp en privat legeklinikk i samarbeid med en tidligere pasient.

Det er på tide å ta en prat med sjeflege Sven Nordin som er på landeveien med Riksteatrets forestilling «En mann ved navn Ove».

– Hva slags fyr og lege er Ravn Eikanger?

– Kona hans er jo forsker, men han er ikke forsker selv. Jeg vil si en håndverker, en akuttmedisiner. Vi begynte med at han skulle ha bakgrunn fra å være krigskirurg, men det gikk vi litt vekk fra. Men han har utdannelse innen kirurgi.

– Hvorfor skulle han ikke være krigskirurg?

– Da måtte vi ha laget noe mer «back-story» fra den tiden da han og Vilma traff hverandre. Men det var så mye annet som skjedde at vi ikke hadde tid til å bygge opp universet med Ravens utdannelse og tidligere karriere. Vi måtte droppe det til fordel for andre tema som vi syntes var viktig å få med, blant annet forholdet til Leif, konspirasjonsteoriene og forskningen til Vilma. Det ble vel egentlig et spørsmål om å få det med innenfor rammen av åtte episoder.

– Vi hadde også en mor med i serien som ble skrevet ut etter hvert. Hun ble det heller ikke plass til. Sånn er det ofte i serieverdenen. Man må prioritere ut fra hva som er viktigst.

– Hvor kommer Ravn fra?

– Vi ville ikke ha ham som ansatt på et spesielt sykehus, og filmet mye av sykehusscenene på Ullern videregående. Han er jo Oslo-gutt, kommer fra Oslo øst, og ikke fra en veldig ressurssterk familie med tidligere leger. Han er kanskje en fyr som er blitt lege mot alle odds, og som ikke har en sterk akademisk bakgrunn. Det kan jo være derfor han ser så opp til Vilma, fordi hun er så mye mer skolert enn ham, og litt høyere i hierarkiet. Hun er

SVEN NORDIN

- Født 1957 på Grefsen.
- 1979: Statens teaterhøgskole
- En rekke store roller på Nationaltheatret, bla. «Brand», «Romeo» i Romeo og Julie
- Kjente film-, radio- og TV-karakterer, «Kjell Bjarne» i filmene om Elling, «Nils» i TV-serien Mot i Brøstet
- Utmerkelser: 2009: Ridder av 1. klasse av St. Olavs orden. 2016: Wenche Foss' ærespris

en velrenommert forsker som jobber med Nobelpris-materiale og har en mer akademisk bakgrunn, mens Ravn kommer fra litt enklere kår, da.

– En litt enkel kirurg, med andre ord. Men han slår jo også inn på en forskerkarriere?

– At han begynner å eksperimentere på egen hånd er jo drevet av kjærligheten til Vilma. Det er jo helt spesielt å få henne ut av koma, men det blir jo ikke forskningsresultater som kan verifiseres eller brukes i medisinsk sammenheng, for han vet jo ikke egentlig hva det er som har fått liv i henne igjen. Og her er vi jo inne på den frie diktningen.

REALISME

Sven Nordin er opptatt av at det skulle være en form for realisme i serien. Han forteller at de har fått mange tilbakemeldinger om at de lyktes med det.

– Det har vært en ambisjon å få det til å se troverdig ut, så man ikke skal avskrive serien fullstendig, selv om man som lege ikke kunne ha behandlet pasienten slik. Da ville han jo ha vært død for lenge siden.

– Vi lener oss på at vi ikke lager en lege-dokumentar, vi lager jo en fiction-serie som delvis beveger seg inn i det som vi kaller sci-fi verden, hvor mye av det Ravn holder på med ikke hadde latt seg gjøre i det virkelige liv. Til vårt forsvar tar vi oss store kunstneriske friheter fordi vi tenker at storyen er så bra at i et tenkt univers kunne dette kanskje vært en mulighet, sier Nordin, og ler: – Vi jukser og stjeler og holder på så godt

vi kan. Men det trøkket, og den energien, i Valkyrien, det har mange likt.

LEGER SOM SUPERVISERE

– Når det gjelder å behandle utstyr, pipettere, bruke mikroskop og laboratorieutstyr så har vi hatt med oss supervisere som er leger og forskere, slik at vi gjør tingene riktig. Det gjelder for eksempel det å bruke en defibrillator slik den skal.

– Alle nærbildene på snitt og syng er i hendene på en venn av meg, Henrik Moen, som er ortopedisk kirurg. Det er han som gjør alle de tingene som man ser nærbilder av.

– Jeg har lest at dette manuset var veldig spesielt for deg, og at du også har brukt mye tid på å gå inn i manusutviklingen?

– At man bruker et medisinsk miljø synes jeg er en spennende og ny tematikk i norsk dramasammenheng. Ofte er det en politiserie hvor jakten på en seriemorder er det drivende element. Det er ikke så ofte at vi går inn i et akademisk miljø og viser hvordan virkeligheten ser ut der.

– Og så synes jeg at den kjærlighetshistorien mellom Ravn og Vilma er veldig spesiell. En mann som er villig til å gå over så mange etiske grenser for å redde sin kone fra å dø at han er går «underground» og utfører ting som medisinsk-juridisk er helt ulovlig er en drivende sterk linje i Valkyrien.

DOMMEDAGSPROFETIER

Valkyrien handler også om fremtidsangst. Det er tette bånd mellom Ravn og beredskapsmannen Leif, som forbereder seg på verdens undergang. Sven Nordin tror at dette har gjort at serien også har appellert til ungdom.

– Disse «doomstay preppers-folkene» er en realitet. Det finnes mange unge som er fullt og hellig overbevist om at verden kommer til å gå til helvete, det er bare snakk om tid, og som er i gang med å forberede det som skal skje etter apokalypsen og samfunnskolapsen. Det synes jeg også er utradisjonell og ny tematikk. Jeg tror mange unge mennesker er opptatt av hvor utrygg verden er blitt på



FOTO: TORDENFILM/ERIK AAVATSMARK



FOTO: TORDENFILM/ERIK AAVATSMARK

grunn av forurensing og forbruk av ressurser i et sånt tempo at man kan spørre om hva som blir det igjen til de kommende generasjoner.

– Så jeg synes at hele manuset og hele Valkyrien tar opp i seg en del ganske nattsvarte sider i fremtidsutviklingen i vestlige samfunn. Det var noe som trigget min interesse.

– Er det noe du kjenner deg igjen i, i selve legerollen?

– Jeg kjenner meg jo litt igjen i hans handlekraftighet på en eller annen måte. Jeg føler vel at jeg er en person som gjør mye, som tar sjanser, som tør å utfordre meg selv innen teater og film og tv-verdenen, og tør å gå litt nye veier. Jeg flyttet til Sverige noen år, og jobbet med svensk tv og svensk teater uten å vite helt hva det kom til å innebære. Når det gjelder å ta noen sjanser, å tørre å tenke utenfor boksen, kan jeg kjenne meg igjen i Ravn. Fordi han føler at han har en «mission», er han villig til

å gå nokså langt for å gjennomføre det han mener er riktig.

– Og så vipper det vel kanskje over i noen sammenhenger, at han går for langt. Han trækker jo over noen etiske linjer som ikke er bra. Det var i utgangspunktet ikke meningen, tror jeg, men det ene drar det andre litt med seg, og har man først sagt A så har man også sagt B, det er også noe man kan kjenne igjen.

VAR MED PÅ SYKEHUSLIVET

Som ledd i forberedelsene til serien fikk Sven Nordin tillatelse av sykehusdirektør Per Bleikelia til å være tre dager på Ringerike sykehus. For å følge sykehuslivet fra innsiden, sier han.

– Leger og sykepleiere, ja, alle som jobber på sykehus, jobber jo med veldig alvorlige ting som kan få ekstreme konsekvenser hvis ting går galt eller ikke blir gjort riktig. I en sånn sammenheng tror jeg det er viktig at man klarer å takle stress. At selv om verden kan se dramatisk ut når man jobber for å redde mennesker for å dø, så er det likevel en veldig dedikert ro og profesjonalitet i alle ledd. Det tenkte jeg var viktig i rollekarakteren for Ravn, som er øverst i næringspyramiden. Det er han som alle støtter seg på når pasientene kommer inn, og det er han som må ta avgjørelsene om hva som skal skje. Så jeg tenkte at å få oppleve litt av hva som er stemningen på et sykehus og en operasjonssal, det var veldig fint. Så det hadde jeg stor glede av.

KLIPPET STUMPENE

Det nærmeste Sven Nordin kom å bli kirurg på ordentlig var da han fikk assistere ved en amputasjon av en tå. – Jeg fikk bare lov til å klippe stumpene, det var ikke verre enn det, sier han.

– Har du hatt noen legedrøm eller noen relasjon til det å være lege før du begynte med de serien?

– Nei, men både leger og skuespillere arbeider i spennende yrker som byr på nye utfordringer der man skal lære seg nye ting, sier Sven Nordin, som for øvrig har en bror som er anestesisykepleier.

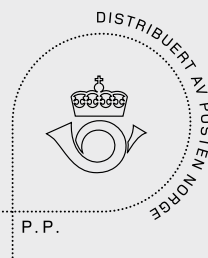
– Ser du annerledes på legerollen og helsevesenet etter Valkyrien?

– Nei. Jeg har alltid hatt tillit til helsevesenet og blir ofte litt lei meg når folk kritiserer det. Jeg synes vi har et fantastisk system hvor alle har tilgang til helsetjenester, og jeg sier at «la oss betale vår skatt med glede» når vi ser hvor vanskelig det kan være å bli syk i et (annet) land. Hvis man ikke har dyre og ordentlige forsikringer så er man skikkelig ille ute.

– At vi har et helsevesen som forsøker å ivareta alle, det må vi bare være utrolig glade for. Jeg liker den sosialdemokratiske modellen med at staten betaler helsetjenestene våre. Og jeg synes i veldig stor utstrekning at vi har flinke leger og sykepleiere i dette landet. Så min beundring for alle som jobber innenfor det systemet har alltid vært stor, og har ikke blitt mindre etter at jeg har jobbet med Valkyrien. ■

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

B-Economique
NORGE



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