

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING NR 2 / 2018

A man with a beard and short hair, wearing a white dress shirt, a dark tie with small white dots, and dark trousers, is walking towards the camera on a rooftop terrace. He is smiling and holding a dark jacket under his left arm. The terrace has a metal railing and wooden decking. In the background, there are city buildings and a clear blue sky.

Tøffe tak
for Høie

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 legeförening 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 3/2018 er 21.09.2018

Forsidefoto:

Paal Audestad

Layout: Svovel AS

ANNONSER:

Media-AaMarketing

Postboks 240,1401 Ski

Tlf: 64 87 67 90 /

90 04 32 82

E-post: arne@aamedia.no

POSTADRESSE:

c/o Oslo legeförening

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 og
Vær Varsom-plakaten.

Fagpressen

Etter **OPPLAGSKONTROLLERT**
videredistribusjon kun tillatt
etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

JOURNALEN I NYHETENE



Journalens temasak i forrige nummer om seksuell trakassering ved Oslo universitetssykehus ble bredt dekket av Aftenposten og fikk stor oppmerksomhet i andre nasjonale nyhetsmedier, som NTB, NRK og VG.

INNHOOLD

REDAKTØREN:

Kan Kjersti Toppe bli vår nye helseminister?

4

TEMA:

Kunstig intelligens i helsevesenet

6-13

KOMMENTAR:

Genterapi og fremtidens medisin

16-17

INTERVJUET: **Bent Høie**

18-23

FRA FORENINGEN:

Årsmelding

24-29

ANMELDELSE: **Samfunnet på langs og på tvers**

30-31



PER HELGE MÅSEIDE

Psykisk syke skal ikke isoleres i fengsler

Sivilombudsmannen vil ha slutt på isolasjon av psykisk syke i fengsler. Også FNs torturkomité er kritiske til omfanget av isolasjonstiltak i Norge.

Sivilombudsmannen fikk for noen år siden en egen forebyggingsenhet mot tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling som undersøker forholdene der mennesker er fratatt friheten. Det høres i utgangspunktet ut som en utgift som kunne vært bedre anvendt.

En gjennomlesing av enhetens fjerde årsrapport siden oppstarten i 2014 etterlater dessverre et til dels skremmende inntrykk av forholdene i barnevernstjenesten, i fengsler – og på sykehus.

Siste år har enheten særlig fokusert på tre områder:

- Isolasjon av psykisk syke i fengsler
- Bruk av elektrosjokk-behandling på nødrett
- Bruk av såkalt skjerming i psykiatrien.

Det er godt kjent at svært mange fanger har psykiske lidelser. Men utbredelsen av disse, og at Norge ligger høyt på statistikken over selvmord i fengsler, er kanskje ikke like utbredt kunnskap.

Tall fra OUS viser ifølge en kronikk av sivilombudsmann Aage Thor Falkanger at 42 prosent av domfelte har en angstlidelse, 12 prosent er suicidale og fire prosent er psykotiske.

Leger vet at akutt suicidale pasienter skal innlegges i sykehus hvor de skal få medisinsk behandling, både samtaler og evt. medikamenter.

Men i fengsler kan det rett og slett mangle noen å snakke med. I fengsler med minimal bemanning, og uten nødvendige ressurser, kan løsningen bli den stikk motsatte av hva som åpenbart bør gjøres for å oppnå en god behandlingsallianse: For å unngå selvmord kan fangen bli isolert i en

sikkerhetscelle med en seng som er fastboltet i gulvet, en madrass å ligge på, og et hull i gulvet til å gjøre fra seg i. Deretter sjekker man den syke, det vil si fangen, jevnlig. Loggføring viser at dette «tilsynet» kan være redusert til at man i 23 av døgnets timer åpner luka inn til cellen en gang i timen for å se om fangen puster eller viser andre tegn til liv. I tillegg skal det gjøres et tilsyn av helsepersonell en gang i døgnet, mange steder er det sjelden at det foregår lengre samtaler.

Dette kan nærmest høres ut som noe i retning av Guantanamo Bay, og de ansatte i fengslene beskriver selv forholdene som umenneskelige. At denne formen for «behandling» har noe for seg annet enn fysisk å forhindre at fangen får tak i et redskap som kan brukes til å skade seg selv med, er mer enn tvilsomt.

«Bruken av isolasjon er et inngripende tvangstiltak, og personer med psykiske lidelser, vil være særlig sårbare for umenneskelig eller nedverdiggende behandling når de er helt utelukket fra fellesskap», skriver forebyggingsenheten i sin årsmelding. Likevel er bruken av isolasjon mot personer med psykiske lidelser i Norge fortsatt uforandret, til tross for hard og gjentatt kritikk av soningsforholdene, også fra FNs torturkomité. Mange pendler også mellom korte opphold i psykisk helsevern og isolasjon uten behandlingstilbud.

Forebyggingsenheten peker på at når selvmordstruede personer frarøves kontakt med andre mennesker kan selvmordsfaren øke – både på kort og lang sikt. I tillegg kommer det faktum at vi snakker om mennesker som på grunn av sine psykiske lidelser i utgangspunktet isolerer

seg, eller som ikke er i stand til normal sosial omgang. Å få dette til kan kreve store personalressurser, noe som i praksis ofte er umulig å få til, til tross for ansatte som gjør sitt beste under svært vanskelige forhold.

Forebyggingsenheten har også studert bruken av elektrokonvulsiv behandling (ECT), ofte kalt elektrosjokk. Psykiatrien har definitivt et omdømmeproblem knyttet til denne behandlingsmåten, som mange har forbundet med filmen Gjøkeredet og tidligere tiders ulike «sjokk-behandlinger» der effekten var lik null og dødeligheten høy. Nå utføres behandlingen i narkose, og strømsekvensene skal være mer gunstige. Likevel vet man at behandlingen kan påvirke kognitive funksjoner, i likhet med de lidelsene den skal behandle, selv om det er faglig uenighet om hvor stort dette problemet er – på kort og lang sikt. Det er derfor strengt forbudt å gjennomføre behandlingen uten etter å ha innhentet samtykke, selv om dette i praksis kan være vanskelig fordi de syke ikke selv er i stand til å samarbeide.

Myndighetene har likevel åpnet for at behandlingen kan skje i etter såkalte nødretts-bestemmelser i straffeloven, dersom det er fare for å redde pasientens liv og helse. Både FN og Europarådet har stilt spørsmål ved lovligheten av denne praksisen, og Helsedirektoratet har uttalt at behandlingen kun kan skje uten samtykke når dette er eneste behandlingsalternativ.

Forebyggingsenheten har også på dette området gjort alarmerende funn. ECT på nødrett skjer gjerne sammen med



ILLUSTRASJON: COLOURBOX

Både FNs torturkomité og Sivilombudsmannen er sterkt kritisk til isolasjon av psykisk syke i norske fengsler.

andre tvangstiltak. Pasienten husker ikke om behandlingen har funnet sted, det er dårlig dokumentasjon på grunnlaget for tvangshandlingen og samtykke kan være innhentet fra pårørende på pasientens vegne, noe som ikke er lov. Et annet poeng er at behandlingsperioden til dels har skjedd over så lang tid at det er vanskelig å se for seg at nødretts-vurderingene var til stede hele tiden.

Det tredje forholdet som kommisjonen har undersøkt, er bruken av isolasjonspregget skjerming. Dette innebærer at pasientene holdes atskilt fra andre personer enn behandlingspersonalet, noe som kan være aktuelt ved opphold på tvang. Norge er et av de få landene som bruker skjerming, der pasienten ikke skal være innelåst, til forskjell fra ved isolasjon.

Forebyggingsenheten fant at skjermingen til dels har vært omfattende ved de undersøkte enhetene. Begrunnelsene var

ofte dårlig dokumentert, terskelen var lav, og begrunnelsen kunne være et så ullent begrep som «blamering» overfor medpasienter, selv om pasientene var innlagt på tvang. Et sted var 30 prosent av sengene i skjermede enheter, noe som selvsagt gjør terskelen lavere dersom avdelingen er full. Hva som var hensynet til pasienten selv, eller andre pasienter, var også til dels uklart.

Skjermingsenhetene framstod ofte som isolasjonspregede, med liten tilgang til utearealer og med «nedstrippede» lokaler. Skjermingen ble gjennomført forskjellig, og til dels mye lenger enn hva som er lovlig.

Det er dokumentert hinsides all tvil at isolasjon er helseskadelig. Spesielt utsatt er barn, gravide kvinner og psykisk syke. Foregår isolasjonen i mer enn 15 dager regner FN den som tortur. Sivilombudsmannen frykter at det er isolasjonen i seg selv som i mange tilfeller er årsaken til psykisk sykdom blant innsatte.

Ansaret for å følge opp disse forholdene er delt mellom flere statlige instanser:

- Isolasjon i fengsler og isolasjonsskader er først og fremst justisministerens ansvar, men det er nødvendig med tett samarbeid med helseministeren.
- Helsedirektoratet har anbefalt at bruken av ECT på nødrett skal vurderes av det regjeringsoppnevnte Tvangslovutvalget, som skal legge fram sin innstilling i september.
- Skjerming er fullt og helt helsevesenets område, og trenger tett oppfølging av helsemyndighetene.

Vi kan ikke ha det slik at Norge har en praksis overfor psykisk syke som er i strid med grunnleggende menneskerettigheter og norsk lov, og der dette til stadighet påpekes av FNs torturkomité og Sivilombudsmannen uten at noe gjøres.

Isolasjon av psykisk syke er det motsatte av behandling og må opphøre straks.

Helse-Norges første praterobot

Dina er en kunstig intelligens (AI), modellert etter en trygg og erfaren jordmor. I en pratetjeneste på nettet gir hun informasjon til gravide om svangerskapsdiabetes.

AV KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

Praterobotene er altså på god vei inn i helsevesenet. I første omgang skal de bidra med kvalitetssikret informasjon til spesifikke grupper.

Dina rulles ut i Bergen og andre kommuner i regionen i disse dager, og til neste år er planen at hun skal være nasjonal. Flere andre grupper jobber også med prateroboter. For eksempel én som skal snakke med unge om alt fra forelskelse og prevensjon til førerkort, rus, likestilling og skilsmisser. Dina er likevel den første roboten som faktisk er på jobb i helsetjenesten.

– Jeg vil gjerne komme i gang med å hjelpe deg, men husk: Jeg er en robot under opplæring, og fungerer best om du stiller meg korte, presise spørsmål, sier hun i pratvinduet sitt.

ER PÅ JOBB

Internett har for lengst endret forholdet mellom pasienter og helsepersonell, blant annet ved at pasientene ofte er mye mer informert. Den syke viser til forskning på egen tilstand når hun kommer til legen – selv før diagnosen er stilt. For mange kan det likevel være vanskelig å navigere i alle informasjonskildene.

Utviklingen innen AI, maskinlæring og store datasett (stordata), sammen med den utbredte bruken av smarttelefoner og ulike applikasjoner, gir nye muligheter for å hjelpe pasientene i denne prosessen.

Dina jobber for tiden ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus, og er åpent tilgjengelig for alle via klinikens nettsider. Vi ser for oss at vi har fått svangerskapsdiabetes og spør henne: «er det min feil?».

– Det er ulike erfaringer rundt det å ha



Agnethe Lund, overlege ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus, er kvinnen bak Dina. Hun er spent på hva roboten kan klare.

svangerskapsdiabetes, alt fra skyldfølelse til motivasjon for en sunnere livsstil, svarer prateroboten diplomatisk.

DUGNAD

Dinas mor heter Agnethe Lund og er overlege ved Kvinneklinikken. Unnfangelsen skjedde på en innovasjonscamp i 2015. Hun hadde ikke planlagt å jobbe med dette selv, og ville egentlig bare gi noen andre en idé. Slik ble det ikke. Lund er imidlertid fullt opptatt med å være kliniker, så prosessledelsen har hun fått hjelp til fra seksjon for e-helse i Helse Bergen.

– Jeg sitter ikke på et kontor og lager

Dina, altså. Men mitt engasjement har gjort det mulig å få med andre i en faggruppe, forteller overlegen.

Der har arbeidet vært ganske dugnadspreget, selv om prosjektet har fått noe støtte fra Helse Vest og Bergen kommune. Lund tror prosjektet har fungert nettopp fordi aktørene har spilt på engasjement heller enn å ha masse penger og måtte ansette folk og ha store anbudsrunder.

– Det blir veldig spennende å se hvordan bruken av Dina blir, og hva hun egentlig kan klare, sier Lund.

NORSK AI

Dinas kropp og hjerne, altså språkintelligensen og den tekniske plattformen, ble kjøpt inn fra et norsk firma. Deretter startet prosessen med å lære henne opp.

Utgangspunktet har vært spørsmål fra brukergruppen – altså kvinner med svangerskapsdiabetes, og spørsmål som faggruppen har formulert selv. Faggruppen har deretter kommet opp med svar på alle spørsmålene.

Spørsmålene og svarene danner et datasett som ligger kategorisert i Dinas system etter tema.

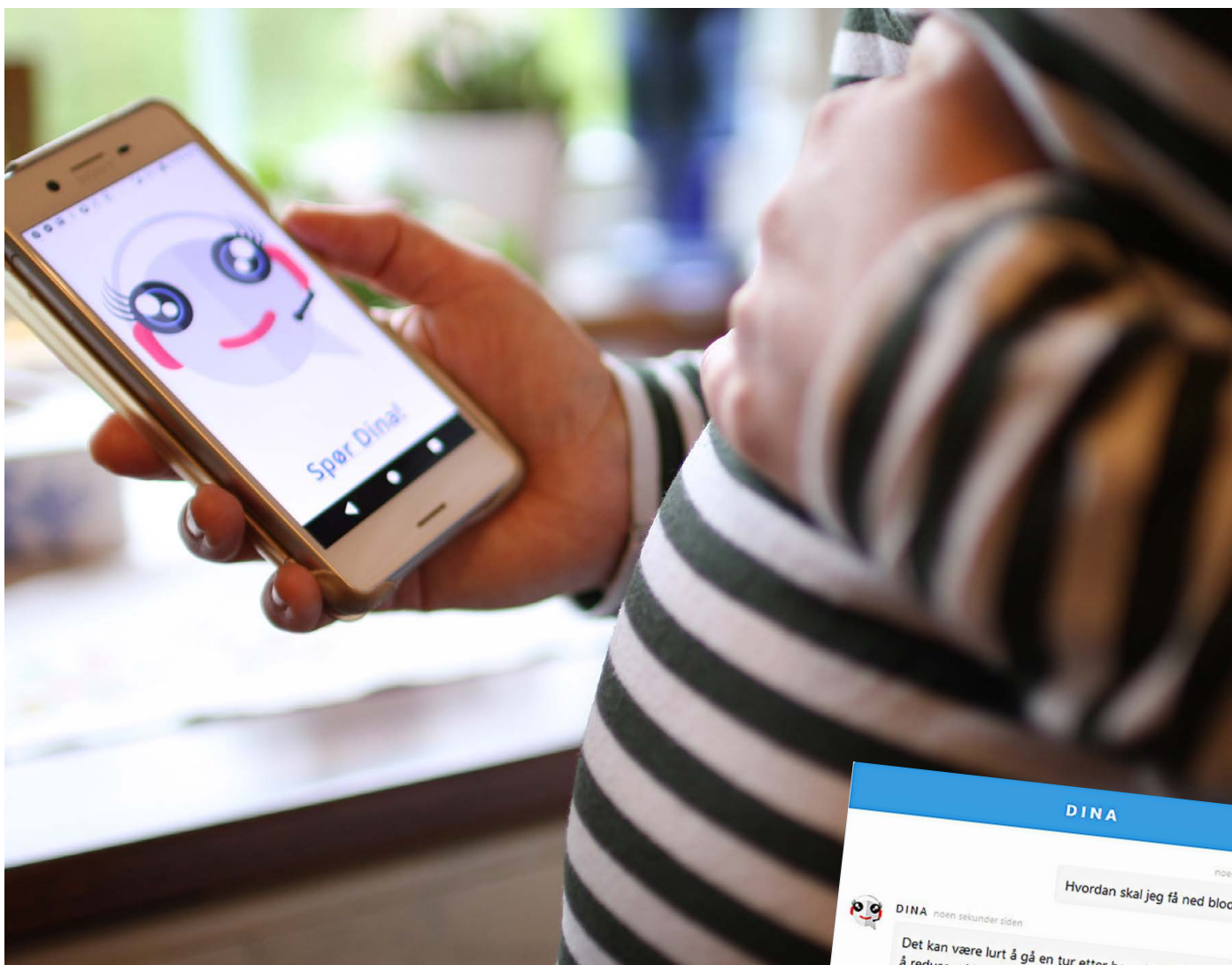
– Hun er bare den spede begynnelsen. Det var mye vi ønsket å få inn, som ikke gikk i første runde. Dina er minimumsproduktet vi kan starte med for å få erfaring, sier Lund.

To jordmødre går gjennom dialogene Dina har hatt, og finner alt hun ikke har klart å svare på. Dermed kan prosjektgruppen lage nye svar der prateroboten kommer til kort.

BARE Å GJØRE DET

Dina er, i alle fall foreløpig, ikke en veldig avansert AI. Om du skriver «appelsin», så kan hun svare «frukt». Hun kan altså gjenkjenne språk og kategorier, og gi et riktig

FOTO: E. HELLAND, LUMINATE PHOTO



Prateroboten Dina har foreløpig lært seg å svare på spørsmål fra kvinner med svangerskapsdiabetes.

svar selv om brukeren ikke formulerer seg helt presist eller grammatisk korrekt.

– Men hun finner ikke på svar selv. Hun finner dem fram for deg. Hun lærer på den måten at jo flere som bruker henne, jo bedre blir hun til å finne rett svar, forklarer Lund.

Overlegen understreker at nye løsninger må lages sammen med brukerne, og at det ikke er nødvendig å gjøre alt på én gang.

– Det er veldig mye vi kan få til dersom vi spisser prosjektene mot spesielle grupper eller problemstillinger. Så kan vi heller bygge ut seinere. Vi som jobber i klinikken hver eneste dag vil gjerne styrke pasientens kunnskap om egen helse, og vi vet om mange områder hvor dette trengs. Da er det bare å sette i gang, sier overlegen.

ØNSKER Å UTVIDE

Lund ser for seg at Dina eller en liknende AI etter hvert kan ha alle gravide som målgruppe.

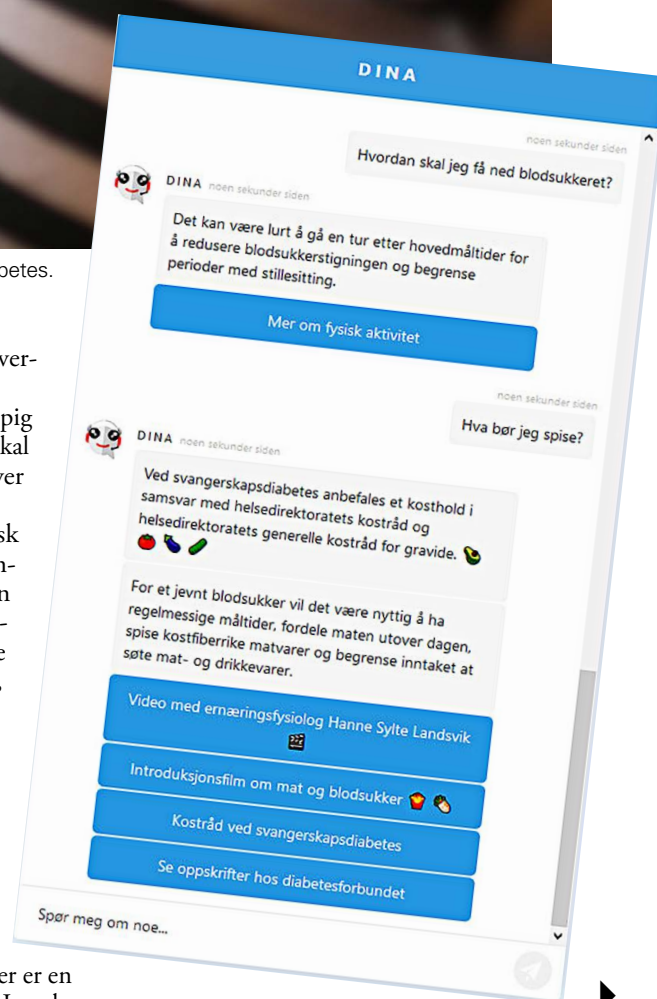
– Da må vi lage henne større så hun kan

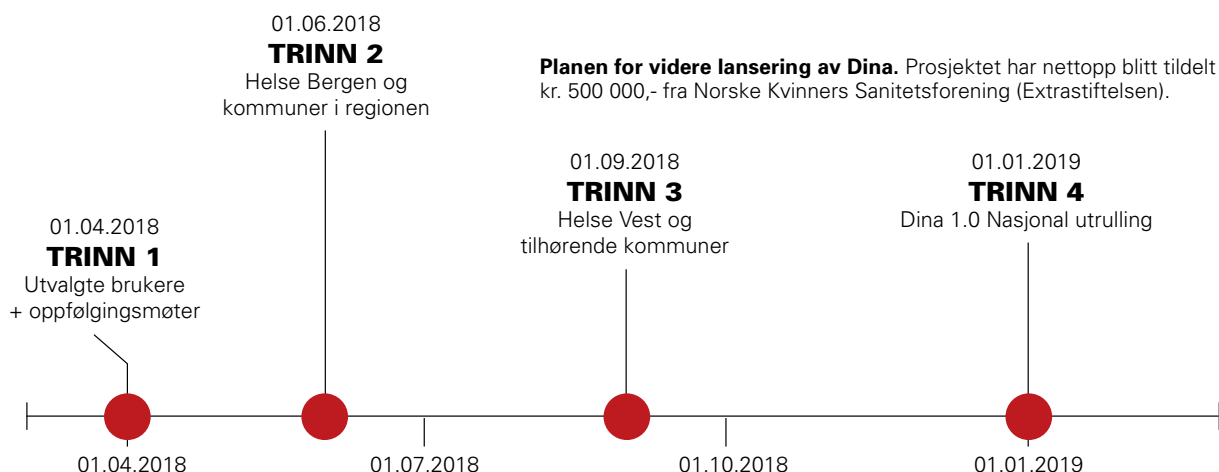
svare på det gravide lurte på, sier overlegen.

Effekten av å bruke Dina er foreløpig ikke testet, men to masterstudenter skal kartlegge bruken og skrive oppgaver om dette til høsten.

Overlegen viser likevel til fersk forskning fra Haukeland på pasienter som fikk utlagt tarm. Gruppen som fikk utvidet informasjon i forbindelse med inngrepet hadde flere dager kortere liggetid på sykehuset, sammenlignet med gruppen som fikk standardinformasjon (Forsmo, 2018).

– Her var det ikke brukt noen spesiell teknologi for å informere, men studien viser at god informasjon betyr veldig mye. Ofte har vi knapt nok tid til å snakke med pasientene, men å informere har lovpålagt plikt til å gjøre. Prateroboter er en ny måte å dele informasjon på, sier Lund.





START MED NOE UFARLIG

Den offentlige debatten spiller gjerne en viss skepsis til hvilket ansvar vi egentlig kan overlate til roboter og kunstig intelligens, og om vi egentlig kan stole på datasystemene.

– Det er bare å begynne med noe som er ufarlig – som å dele informasjon med pasientene. Helsevesenet har kanskje hatt en annen rolle tidligere der pasientene kom til oss med sine bekymringer og symptomer, og vi svarte. Slik er det ikke lenger. Jeg mener vi skal være med på å styrke pasientenes kunnskap om egen helse, særlig i de gruppene hvor pasientene skal behandle seg selv eller må endre livsstil, for eksempel diabetikere, sier Lund.

Pasientene kommer uansett til å søke opp informasjon selv, så her handler det bare om kvalitetssikring og tilgjengeliggjøring, mener overlegen. I dag er det mer naturlig for pasientene å bruke telefonen til å finne informasjon, enn å ringe til noen og spørre, tror hun.

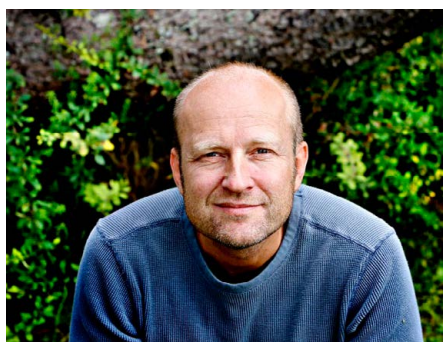
– Å få en praterobot til å stille diagnose og skrive ut resept er noe helt annet. Der må vi ha en viss skepsis, sier Lund.

UNGBOT

I det pågående prosjektet Social Health Bots utvikles en annen praterobot kalt Ungbot. Den bakenforliggende ideen går ut på at roboten kan senke lista for at unge skal be om informasjon og hjelp i tilknytning til psykisk helse. Prosjektet er et samarbeid mellom forskere ved SINTEF, Oslo Universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Universitetet i Agder.

– Vi har laget flere prototyper på prateroboter, og har én som fungerer ganske bra, som ligger inne i pratetjenesten Messenger, forteller Petter Bae Brandtzæg, prosjektleder og sjefforsker ved SINTEF.

Så langt har 16 ungdommer fått tilgang til Ungbot, og Brandtzæg er nå i gang med å dybdeintervjue dem om dette.



Prosjektleder og sjefforsker ved SINTEF, Petter Bae Brandtzæg, har vært med å utvikle prateroboter Ungbot. Den skal gjøre det lettere for unge å be om informasjon og hjelp i tilknytning til psykisk helse.

– De jeg har snakket med forteller at de liker å kunne ligge i sengen sin og snakke med en robot om alt mulig rart. De forteller om en opplevelse av å bli bedre kjent med seg selv, sier seniorforskeren.

UNG.NO OG KLARA KLOK

I motsetning til mange lignende prateroboter i utlandet, er ikke Ungbot basert på noen spesielle terapeutiske prinsipper.

– Vi skal ikke lage en robotpsykolog. Det er mer snakk om en interaktiv informasjonsguide, sier Brandtzæg.

Stordataene som er matet inn i den kunstige intelligensen består av mer enn 600 000 spørsmål og svar som har gått gjennom to digitale helsetjenester for unge over en tiårsperiode, nærmere bestemt ung.no og Klara Klok.

Mens dette prosjektet kun er i startfasen når det gjelder utprøving, forteller Brandtzæg om en økende mengde forskningslitteratur på feltet.

– Bare de siste par årene er det publisert 6-7 studier av prateroboter i helsetjeneste. Studiene har kontrollgrupper, og viser veldig positive resultater, sier SINTEF-forskeren. ■



Freser gjennom alle typer journaldokumenter

En kunstig intelligens fra Sørlandet kan lese tusenvis av sider i Elektronisk pasientjournal i løpet av sekunder, og trekke ut den avgjørende informasjonen når det haster.

AV KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

I dag har utviklingen av kunstig intelligens (AI) kommet så langt at systemene selv kan lese gjennom enorme mengder dokumenter med maskinskrevet fritekst. Systemene lærer seg selv å trekke ut bestemte typer informasjon, og kan sammenstille opplysningene på nye måter.

PÅ OPERASJONSBOARDET

Se for deg at en pasient kommer til sykehuset i all hast og blir lagt rett på operasjonsbordet. Verken kirurgen eller anestesilegen vet mer om pasienten enn det som legitimasjonen viser. Har hun noen medikamentallergier?

Det er vanlig å slå opp i den strukturerte delen av pasientjournalen, men det er ikke uvanlig at denne har mangler.

I den elektroniske journalen ligger det kanskje 500 ulike dokumenter, og noen av dem kan gi den avklaringen anestesilegen trenger. Det er ikke menneskelig mulig å pløye gjennom alt dette i løpet av de få minuttene som er til rådighet.

Det klarer derimot en AI fra Sørlandet. Den søker gjennom alle typer dokumenter, inkludert eksterne epikriser og andre former for innskannet dokumentasjon. Den kan lese all maskinskrevet tekst, men forstår foreløpig ikke håndskrift eller tale.

– Vi har laget et system for beslutningsstøtte som kan gjenkjenne pasientallergier ut fra elektronisk pasientjournal. En pasientjournal består gjennomsnittlig av 200 dokumenter, men det kan være snakk om flere tusen, forteller Geir Thore Berge. Han arbeider i seksjon for teknologi og e-helse ved Sørlandet sykehus HF.

Berge er sykepleier og utdannet innen IT- og informasjonssystemer, og som doktorgradsstipendiat er han tilknyttet Senter for e-helse- og omsorgsteknologi og Institutt for informasjonssystemer ved Universitetet i Agder (UiA).

TESTET UT

Systemet han forteller om, ser gjennom alle journaldokumentene uavhengig av format, og gjenkjenner det som handler om allergier.



– For et menneske er det en uoverkommelig oppgave å gå gjennom hele pasientjournaler når folk kommer inn akutt, men ikke for en AI, sier Geir Thore Berge ved Sørlandet sykehus HF og UiA.

FOTO: SØRLANDET SYKEHUS HF

Systemet finner ut hvilke type allergier det er snakk om, og forsøker i tillegg å gradere alvorligheten.

Når det gjelder presisjon, kan systemet måle seg med erfarne klinikere. Dette ble testet ved at helsepersonell gikk gjennom journalene til 330 pasienter og klassifiserte innholdet i deres journaler med tanke på allergier. Deretter ble AI-en satt til å gjøre den samme vurderingen.

– Vi har også testet systemet poliklinisk, på operasjonsstuen og på intensivposten ved Sørlandet sykehus, og det er fremdeles til utprøving der, forteller Berge.

Verktøyet ble kjørt systematisk på alle pasienter som var inntatt anestesipoliklinikken for forundersøkelser til operasjoner fra mai til august 2017.

Helsepersonell gir veldig gode tilbakemeldinger. På en skala fra 1–5 i brukerundersøkelser, der 5 er best score, får systemet mellom 4,5 og 5 i karakter. Den viktigste innvendingen er at brukerne ønsker tilgang lang flere steder, og dessuten inte-

grert i hovedsystemet. I dag må de gå til en egen datamaskin for å bruke AI-en.

– Konklusjonen er at dette fungerer i praksis, og at det er interessant å utvikle videre, sier stipendiaten.

KRITISK INFORMASJON

Planen er å utvide dette til å omfatte kritisk informasjon også – altså alt fra medisinske lister til informasjon om implantater eller alvorlige smittsomme sykdommer, forteller Berge.

Både allergier og kritisk informasjon skal være del av kjernejournalen, men tilbakemeldingene fra helsepersonell er at de ikke helt kan stole på at den er oppdatert, ifølge stipendiaten. *Journalen* har tidligere skrevet at bare 2,6 prosent av den kritiske informasjonen i pasientjournalene i Helse Sør-øst var lagt inn i kjernejournalene. I AI-systemet finnes det dessuten byggeklosser som kan gjenbrukes til å søke etter andre typer informasjon, og som etter hvert kan settes sammen i hierarkier som søker etter mer og mer kompleks informasjon i pasientjournalene.

Systemet bruker læringsalgoritmer til å assosiere seg fram til den relevante informasjonen i pasientens dokumenter.

SELVLÆRENDE

Arbeidet med AI-en er gjort i samarbeid med overlege Tor Oddbjørn Tveit ved sykehuset og professor Ole-Christoffer Granmo ved UiA.

Basert på kunstig intelligens har Granmo utviklet et språkverktøy med evnen til å lære seg et hvilket som helst språk etter å ha blitt foret med store mengder tekst. Granmos oppskrift er fullt ut selvlærende, og Berge har fått den til å fungere i praksis.

Stipendiaten har utviklet et datasystem som mater Granmos algoritmer med de riktige reglene og begrepene, mens overlege Tveit har vært en medisinsk støttespiller.

– Over 90 prosent av den relevante informasjonen knyttet til allergier blir oppdaget, og korrekthetsgraden er på rundt 89 prosent. Allergi kan være vanskelig og komplekst, og hvis systemet kan lære dette feltet, vil det sannsynligvis kunne overføres til andre sykdomsområder, sier Berge. ■

Store data, større vyer

– For veldig mange leger blir det umulig å være god uten støtte fra kunstig intelligens, sier lege Thomas Smedsrud ved Oslo universitetssykehus (OUS). Mens Smedsrud mangler sikre dataløsninger klager allmennlegene over at de mangler helt basal beslutningsstøtte. Så hvor blir det av alle de nye verktøyene?

AV KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

Å ha oversikt og holde seg godt oppdatert i legeyrket blir stadig mer krevende. I dag kan én enkelt blodprøve gi enorme mengder informasjon. Effektive og billige genetiske analyser medfører raske endringer i forståelsen av sykdommer og av responsen på behandling. Fjellet av ferske forskningsartikler vokser i et tempo som kan få en skarve spesialist til å rive av seg håret, og digitaliseringen gjør stadig flere nye informasjonskilder lett tilgjengelige. I dette perspektivet får moteordet stordata en mer hverdagslig betydning.

– Ingen mennesker klarer å bla gjennom alt for å finne mønstrene i dataene. Det kan kunstig intelligens hjelpe oss med, sier Smedsrud.

Han leder forskningsprosjektet BigMed og er tilknyttet Intervensjonssenteret ved OUS. Målet er å utvikle et knippe digitale verktøy for presisjonsmedisin, og i prosessen identifisere årsaken til at både pasienter og leger fremdeles venter på at de store løftene skal bli innfridd.

ALLE DATATYPENE

Fra et teknologisk perspektiv er drømmesituasjonen å kunne ha tilgang til alle eksisterende typer helsedata via én teknisk plattform, og så bruke selvlerende algoritmer til å se på informasjon om veldig mange pasienter.

– Vi kan se for oss at man lager modeller ut fra dette, som kan brukes til å si noe om din risiko for sykdom, hva som er spesielt med din type sykdom, eller hvilke medisiner som virker best for deg, sier Smedsrud.

Kanskje kommer det automatisk opp et



– Det er langt igjen til de blomstrende visjonene innen presisjonsmedisin. It-verktøy som man ikke kan levere i løpet av et års tid, bør man vente med å markedsføre, sier Petter Brelin i Norsk forening for allmennmedisin.

varsel på fastlegens skjerm om at pasienten bare trenger halv dose av medisinen som skrives ut fordi hun har en genvariant som gjør at den virker mye sterkere på henne. Eller kanskje legen får opp en statistikk over de ulike årsakene til liknende symptomer hos et stort antall andre pasienter

Fortsatt er det bare en teoretisk mulighet å gi presis og individuelt tilpasset behandling ved hjelp av stordata og kunstig intelligens. Forklaringen på at utviklingen går saktere enn mange skulle ønske, er sammensatt. Det handler om både overoptimisme, oversalg, teknologiske utfordringer og et uavklart juridisk landskap.

LEI AV Å VENTE

Petter Brelin leder Norsk forening for allmennmedisin. Han har sett seg lei på fremtidsbeskrivelsene av hva datasystemene skal kunne gjøre for oss.

– Diskusjonen om alt dette fine, nye som sikkert kommer en gang, er preget av forestillingene til konsulenter og hypervisjonære aktører. Jeg hadde likt om de satset mer på å få til mer av det vi trenger av helt basale tjenester først, så kan vi få det mer avansert etter hvert, sier han.

Det er nemlig et veldig stort gap mellom det som loves og det vi har – eller mellom håp og realiteter.

FAKTA

PRESISJONSMEDISIN

Begrepene persontilpasset medisin og presisjonsmedisin brukes gjerne om hverandre. Det handler om å finne behandling eller forebygging som er tilpasset den enkelte – kanskje spesielt med tanke på genetikk.

Håndteringen og analysen av de store datamengdene krever it-verktøy med stor regnekapasitet, sikker infrastruktur og kunstig intelligens.

STORDATA

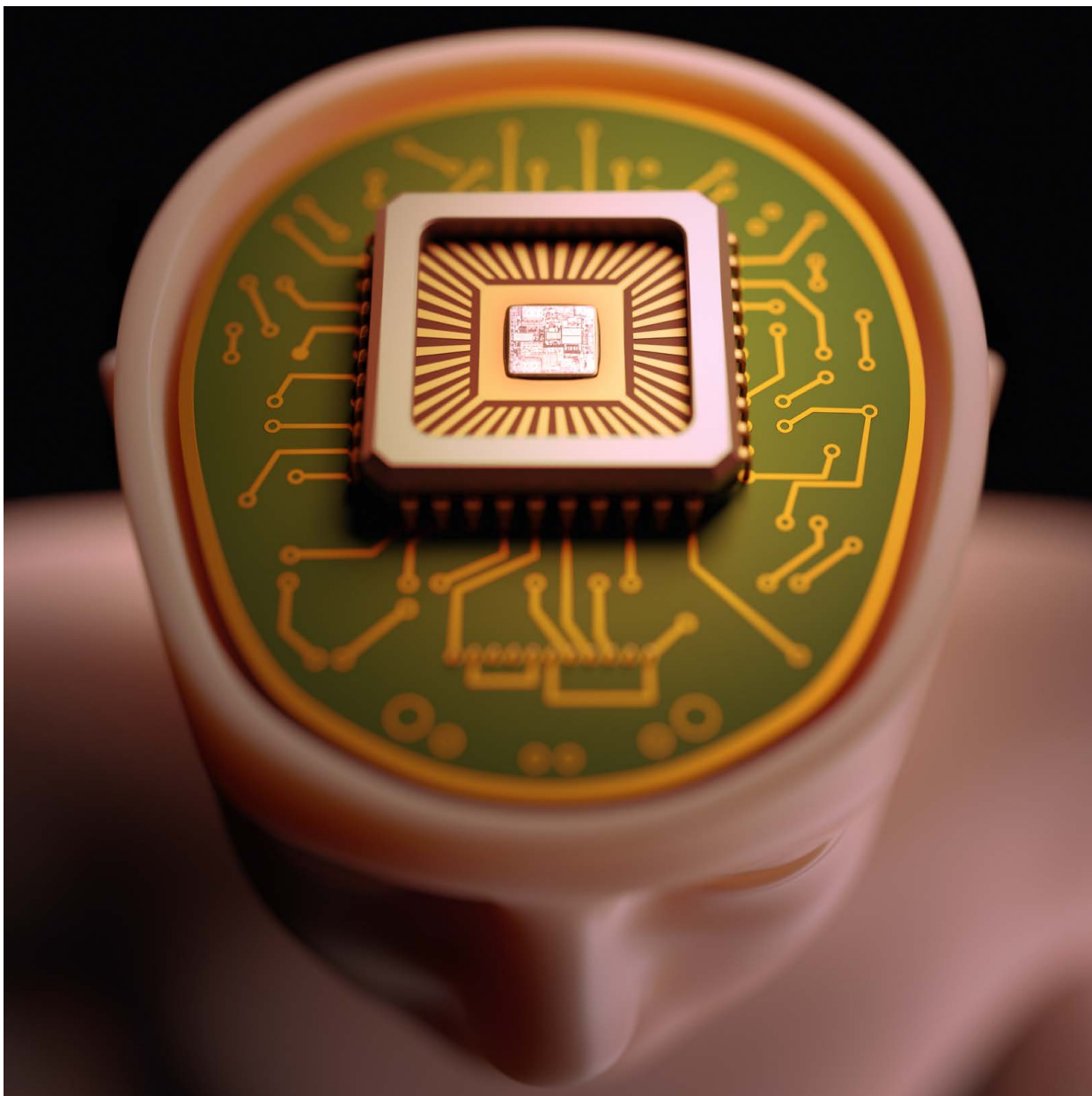
Big data eller stordata er datasett som er så store eller sammensatte at de er vanskelige å analysere med vanlige databehandlingsverktøy.

Noen aktuelle datakilder innen medisin er:

- pasientjournaler
- forskningslitteratur
- erfaringer fra lignende pasienter
- genetiske databaser og storskala genetiske analyser
- labdata og prøvesvar
- sensordata
- medisinske bilder

– I årevis har konsulentene og it-optimistene lovet oss verktøy for beslutningsstøtte og oppfølging av pasientforløp, men det er fortsatt ikke kommet noe særlig på den fronten. For eksempel har vi lenge ønsket oss digitale verktøy for prosesskontroll, som kan hjelpe oss å huske på hva som står i handlingsprogrammer og retningslinjer, men ikke en gang det er kommet på plass, sier Brelin.

Å få spesialister og allmennleger til å



Medisinske data har i mange sammenhenger blitt så omfattende at de overskrider det som kan håndteres ved manuell inspeksjon.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

skrive ting inn i den samme pasientjournalen, altså «én innbygger, én journal» er fortsatt langsiktig målsetning, ifølge Direktoratet for e-helse.

OPPVÅKNING

Det er en del som tyder på at den største optimismen har fått seg en nesestyver. For eksempel har flere medier rapportert om nedskjæringer av over halvparten av de ansatte i avdelingen Watson Health i IBM, som utvikler beslutningsstøtte og avanserte søkealgoritmer for medisinske data.

Smedsrud beskriver en form for oppblåsthet på feltet.

– Når det gjelder kunstig intelligens har det vært veldig mye optimisme de siste fem årene, og dette er blitt hausset ganske kraftig opp. Bakgrunnen er gode løsninger på andre områder, som for eksempel Google translate eller førerløse biler. Man har tenkt at teknologien kjapt kan tas i bruk på helsefeltet også. De siste par årene har vi skjont at dette ikke er så lett, og vi er i ferd med å justere forventningene, sier BigMed-prosjektlederen.

Han beskriver en slags oppvåkning både når det gjelder teknologiske begrensninger, personvern og kvalitetssikring. I tillegg kommer utfordringer med manglende infrastruktur.

IKKE SÅ LENGE TIL

Samtidig er Smedsrud sikker på at stordata, kunstig intelligens og presisjonsmedisin kommer til å transformere medisinen.

– Det blir vanskelig å være en god radiolog, patolog, genetiker, kreftlege eller hjertelege uten støtte fra kunstig intelligens, sier han.

– Men det er vel ganske langt opp og fram?

– På noen områder er det ikke så lenge til dette blir viktig, for eksempel når det gjelder analyser av bilder, snitt og preparater, og andre områder hvor hovedoppgaven er mønstergjenkjenning. Innen radiologi og patologi går dette veldig fort. Deretter kommer

genetikken og laboratoriefagene, og så kommer kreftfeltet, sier Smedsrud.

Ying Chen leder Avdeling for patologi ved OUS, og forteller at de ikke har noen kunstig intelligens-systemer i bruk enda. – Det er mye snakk om dette, men det er fortsatt på forskningsnivå. Når det kommer, ønsker vil det velkommen, men jeg tror det vil ta tid. Systemene kommer nok til å hjelpe oss, men det er veldig viktig at de valideres skikkelig, sier hun.

På flere andre områder er det også en lang vei å gå, selv om det til en viss grad er mulig å se hva som kommer til å skje, mener Smedsrud. Blant annet er det gjort veldig lite for å teste effekten av systemene, på samme måte som man tester nye medisiner. Gir de bedre resultater enn om vi ikke bruker dem?

– Der er vi kommet veldig kort. Vi har akkurat skjønnet at dette er noe vi faktisk må gjøre, og at teknologi ikke bare er bra, sier Smedsrud.

MANGLER INFRASTRUKTUR

For forskningsprosjektet Smedsrud leder har det vært en utfordring å utvikle beslutningsstøtte basert på kunstig intelligens. Hovedårsaken er at systemene må håndtere sensitive data, og ved OUS finnes ikke den sikre, digitale infrastrukturen som trengs.

Prosjektet skulle opprinnelig få dette levert fra Sykehuspartner, men det var før avsløringene om at it-arbeidere i blant annet Malaysia, India og Bulgaria fikk tilgang til norske pasientdata. Datainnbruddet hos Helse Sør-Øst den 8. januar i år gjorde ikke saken bedre.

– Sykehuspartner får derfor ikke levert det de skulle til oss, og vi har endt opp med å måtte bruke Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo i stedet, forteller Smedsrud.

TSD er et sett med forskningsrettede tjenester i sikre omgivelser – fra innsamling av data til analyse, behandling og lagring. Det er en lukket verden og langt fra klinikk nært slik det er behov for i BigMed.

– Når vi får slike problemer i et stort prosjekt ved et stort sykehus, kan du tenke deg hvordan dette er for mindre aktører og mindre prosjekter. Det er et tankekors at ikke sykehusene selv har satt opp denne typen sikker infrastruktur, sier Smedsrud.

SKUFFET

Så langt har forskerne i BigMed laget noen verktøy for lagring og deling av gendata, men de har ikke fått lov til å begynne å bruke dem enda, fordi juridiske aspekter er uavklarte. De er også i ferd med å ferdigstille et verktøy for beslutningsstøtte i multidisiplinære grupper som tar avgjørelser om behandling av kreftpasienter.

– I tillegg jobber vi med verktøy for risiko-



– Stordata fører til ganske betydelige endringer som også endrer de rettslige perspektivene, sier Anne Kjersti Befring, som er forsker ved UiO og leder det juridiske arbeidet i BigMed.

vurdering av hjertepasienter, men der er vi ikke kommet ordentlig i gang fordi vi ikke har fått tilgang på data enda, sier Smedsrud.

Han legger ikke skjul på at problemene med infrastruktur og datatilgang har vært en skuffelse for prosjektet, og at det har skapt forsinkelser.

BESKYTTEDE OPPLYSNINGER

Anne Kjersti Befring er forsker ved Juridisk fakultet ved UiO og leder det juridiske arbeidet i BigMed. Fakultetet arrangerte tidlig i juni en konferanse for jurister om rettslige aspekter ved stordata i helsetjenesten.

– Stordata fører til ganske betydelige endringer som også endrer de rettslige perspektivene. Det ble bekreftet på konferansen. Derfor må vi se på rettslige reguleringer på en helt nye måte, sier Befring som har skrevet doktorgrad om genetisk kartlegging som grunnlag for persontilpasset medisin.

– Behandling av pasienter må ses i sammenheng med behandling av helsedata.

Det handler om hva vi kan oppnå med å anvende data i diagnostikk, kvalitetssikring og helseforskning, og hvilke krav som på dette grunnlaget må stilles for å bruke dataene.

– Dersom det blir mye prosedyrer i en situasjon hvor data egentlig er tilstrekkelig beskyttet, risikerer vi å legge beslag på kapasiteten i behandlingstilbudet, sier Befring.

– Når vi anvender data i helsehjelp, kvalitetssikring og helseforskning er det mer aktuelt å diskutere om opplysninger er tilstrekkelig beskyttede, og ikke om de er anonyme, mener hun. Årsaken er at begrepet anonymisering nesten er meningsløs i forbindelse med genetiske data. Det skal veldig lite genetisk informasjon til før det er mulig å spore tilbake til pasienten, siden genene våre er så unike.

– I tillegg bør vi investere i systemer som

er tilrettelagt for differensiering av opplysninger med tanke på graden av sensitivitet. Systemene bør legge til rette for gjenbruk av data ved lav sensitivitet, og eventuelt innhenting av tillatelse fra pasienten, mens svært sensitive opplysninger må beskyttes enda bedre enn i dag.

Hun understreker at sikkerhet i it-systemene for å motvirke cyberkriminalitet er et viktig grunnlag for bruk av data.

– Dette krever investeringer. Det er påfallende hvor stor avstanden i dag er mellom politiske visjoner og faktiske realiteter i helsetjenesten, sier Befring.

STOR VARIASJON

Prosjektlederen i BigMed peker på et stort behov for tverrfaglig kompetanse mellom informasjonsteknologi og medisin.

– Det er veldig stor variasjon i it-kompetansen i toppledelsen på helseforetakene. Å få dette på plass, er en av hovednøkklene for å få ting til å løse på dette feltet. Én ting er å ansette en flink it-direktør, men toppledelsen må selv lese seg opp og peke ut en retning. Det kan ikke overlates til it-folkene, sier Smedsrud.

Han tror ikke at Norge henger så langt etter innen presisjonsmedisin foreløpig, men at vi ligger i faresonen.

– Vi har ikke de initiativene som vi burde hatt nå, for å fortsette å ligge i hovedfeltet. Det gjelder både innen informasjonsteknologi og genetik, sier Smedsrud.

FORFØRT

Brelín ser for seg at vi kommer til å få glede av både stordata, maskinlæring og kunstig intelligens, men tror ikke nødvendigvis utviklingen vi har veldig stor innvirkning på folkehelsen.

– Vi har sett en enorm utvikling innen genetiske analyser, og en enorm utvikling i datamaskinenes kapasitet til å håndtere all informasjonen. Samtidig har vi sett at levealderen øker, og at folk lever friskere liv. Men de to tingene har ingenting med hverandre å gjøre. Sistnevnte endringer handler først og fremst om at folk ikke røyker, spiser sunnere og trener mer, sier Brelín.

Han tror vi har en tendens til å bli så forført av teknologien at vi glemmer hva det er som gjør at folk lever gode og lange liv. Han mener også at det finnes andre retninger for utvikling hvor det kan være vel så mye å hente for folkehelsen.

– For eksempel skaper mishandling, misbruk og omsorgssvikt mye sykdom og dårlige liv. Som leger har vi veldig lite å hjelpe oss med, og vi famler fortsatt etter gode måter å håndtere situasjonene på. Her trenger vi hjelp. Vi har ganske mye kunnskap om de epigenetiske konsekvensene av dårlige oppvekstvilkår, avslutter Brelín. ■

Kunstig intelligens kan hjelpe helsepersonell med å finne livsviktig informasjon når minuttene teller.



FOTO: SAMFOTO / MIKKEL ØSTERGAARD

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.

Genterapi og fremtidens medisin

Den 15. mai i år stemte Stortinget over forslag til endringer i bioteknologiloven. Ett av områdene der det ligger an til liberalisering, er bestemmelsene om genterapi. Dette er teknologi som kommer til å få stor betydning for den kliniske hverdagen, og som byr på en rekke etiske problemstillinger.

Genterapi – der nytt DNA blir tilført pasienter for å kompensere for defekte gener – ble første gang prøvd ut i 1990 på barn med medfødt immunsvikt. Mange ble friske nok til å leve et relativt normalt liv. Suksessen utløste en kaskade av utprøvinger med genterapi for ulike genetiske sykdommer. Lidelser som tidligere hadde vært uhelbredelige, kunne plutselig kureres.

BEHOV FOR REGULERING

Den store optimismen tok imidlertid brått slutt. Det viste seg at flere av barna hadde utviklet kreft fordi metodene var upresise. Da en deltaker i en klinisk utprøving av genterapi i USA like etter døde som følger av bivirkninger, stoppet utviklingen av genterapi nesten fullstendig opp.

Usikkerhet om risiko førte til strengere regulering for å beskytte pasientene. Da den norske bioteknologiloven ble innført i 1994, fikk genterapi et eget kapittel. Bestemmelsene sier blant annet at genterapi kun kan brukes til å behandle alvorlig sykdom, og alle genterapier skal godkjennes av både Legemiddelverket, Helsedirektoratet og Bioteknologirådet.

FORNYET OPTIMISME

Tross tilbakeslagene fortsatte utviklingen innen genterapi. Metodene har gradvis blitt både tryggere og mer effektive. Etter 13 år med utprøvinger og svært gode resultater fikk Strimvelis, som er genterapi for alvorlig kombinert immunsvikt (SCID), i 2016 endelig markedsføringstillatelse i EU. I 2017 ble ytterligere en håndfull genterapier godkjent i både EU og USA, blant annet for kreft og blindhet. Og det er mange flere under utvikling. På verdensbasis er over 2000 genterapier



SIGRID BRATLIE
Molekylærbiolog og seniorrådgiver
i Bioteknologirådet

i kliniske utprøvinger, og det anslås at det innen 2022 vil bli gitt markedsførings-tillatelse til rundt 40 genterapier i USA. Europa vil følge hakk i hæl.

CRISPR – GENTERAPI 2.0

I tillegg kommer nå også neste generasjons genterapi – såkalt genredigering. Med genredigering er det mulig å ta vekk, bytte ut, eller legge til DNA der man ønsker. Det er spesielt mye optimisme knyttet til CRISPR-metoden.

CRISPR er langt billigere og enklere å bruke enn andre genteknologier, og både store og små aktører kappes om være først ute med nye medisinske behandlinger. Eksempler er reparasjon av genfeil som gir blodsykdommer, synstap, HIV og metabolske sykdommer. Dyreforsøkene har vært svært lovende, og i nær framtid

skal CRISPR prøves ut på mennesker. På kreftfeltet har metoden allerede blitt brukt til å aktivere immunceller fra lungekreftpasienter i immunterapi. Flere kliniske studier planlegges nå i ulike deler av verden. Størst håp er knyttet til behandling med genterapi for alvorlige, arvelige tilstander som det ikke finnes behandling for i dag, som Huntingtons sykdom og muskelsykdommer. Genterapi for spinal muskelatrofi (SMA) er for eksempel ikke langt unna. En studie publisert i New England Journal of Medicine i november viste at samtlige 15 barn som fikk prøve dette var i live ved 20 måneders alder, sammenliknet med kun åtte prosent overlevelse hos de som ikke fikk denne behandlingen.

OPPMYKING PÅ TRAPPENE

I 2018 er situasjonen en helt annen enn den var da bioteknologiloven ble skrevet. Nå ønsker både regjeringen og Stortinget å løse på tøylene slik at genterapi kan komme flere pasienter til gode. De anbefaler både å gjøre godkjenningssprosessen enklere, slik at genterapi godkjennes etter samme kriterier som annen medisinsk behandling, samt fjerne forbudet mot å benytte genterapi ved sykdommer som ikke er alvorlige. Dette, i tillegg til den raske utviklingen innen genteknologi, betyr at vi står overfor et paradigmeskifte innen medisinsk behandling. Det får konsekvenser for både helseforvaltning og den kliniske hverdagen.

KLINISKE STUDIER

Det tar tid å utvikle genterapier. I nær framtid vil derfor de fleste som får genterapi, få det gjennom kliniske studier. Det vil kreve nye måter å organisere helsetjenesten på, der fagmiljøer, hel-



FOTO: VG / KLAUDIA LECH

setjenesten og beslutningstakere må være proaktive for å få studier til Norge.

Det må også bygges kompetanse på en annen måte når helsetjenesten trenger mer ekspertise innen for eksempel biologi, genetik og informasjonsteknologi. Å kunne gi det beste tilbudet krever økt samarbeid på tvers av både fagfelt og landegrenser. Det behøves dessuten gode systemer for å samle inn såkalte real-world data etter at studiene er avsluttet for å kunne dokumentere langtidseffekten av ulike genterapier. Her kan helsetjenesten spille en viktig rolle.

VANSKELIG REGNESTYKKE

Inntoget av genterapier bringer også med seg en rekke etiske og samfunnsmessige problemstillinger. For det første vil mange av behandlingene bli svært kostbare når de kommer på markedet, dels fordi utviklingskostnadene er store og pasientgruppene ofte små. For eksempel koster Strimvelis rundt fem millioner kroner. Genterapi krever også betydelige ressurser av helseomsorgen i behandlingsforløpet.

Samtidig kan en livslang kur også innebære betydelige kostnadsbesparelser for helsetjenesten. Et viktig spørsmål er

hvordan man regner på kostnad og nytte når vi ikke på lenge kan vite noe om langtidseffekten av en behandling. Klarer offentlig forvaltning og helseadministrasjon å finne økonomiske modeller og insentivsystemer som er like innovative som genterapiene selv, slik at ikke de offentlige helsebudsjettene rakner i sømmene? Og kan legemiddelindustrien bidra? Selskapet Spark Therapeutics forsøker. De har innført en «pengene tilbake»-garanti dersom genterapi for synstap ikke fungerer tilstrekkelig.

ETISK DILEMMA

Vi står også overfor en svært vanskelig etisk utfordring: Ved å reparere genfeil i kjønnseller eller befruktede egg kan vi med CRISPR forebygge alvorlige sykdommer før de i det hele tatt oppstår. Forskere har vist at dette er mulig i laboratoriet, blant annet ved å fjerne genfeil som gir alvorlig hjertesykdom. Men slik behandling vil ikke bare påvirke enkeltindividene, det vil gå i arv til alle etterkommerne.

Vil det være etisk forsvarlig å overstyre vår egen evolusjon på den måten? Er det etisk forsvarlig å la være? Mange, for eksempel National Academy of Sciences og European Society of Human Genetics mener vi bør tillate slike arvelige endringer for å forebygge alvorlig sykdom, dersom det er trygt. Andre frykter at det vil bringe oss betydelig nærmere et sorteringssamfunn, der det ikke er plass til alle. Foreløpig er slike arvelige endringer forbudt etter bioteknologiloven. Dette kommer likevel til å bli en av de viktigste og mest krevende etiske diskusjonene vi står overfor i tiden fremover.

Genterapi skaper et paradigmeskifte innen helseomsorgen – fra symptombehandling til forebygging og kurasjon. Det blir viktig å samle alle relevante helseaktører til dialog om hvordan neste generasjons behandling kan bli en realitet innenfor rammene av en bærekraftig helse-tjeneste. ■

STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINNLEGG!

Ta kontakt med redaktøren (se kolofon s. 3).



Minister mot omkamper

Bent Høie er tilhenger av direkte tale. – Blir det omkamp om Ullevål kan det bli stans i planene om nytt akuttstusykehus 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.

PER HELGE MÅSEIDE OG PAAL AUDESTAD (FOTO)

Sola står høyt på himmelen på takterrassen over R6. Helseminister Bent Høie (H) sjekker mobilen før intervjuet starter. Han er i godt humør og ler på de rette stedene. Antakelig er det ikke kommet nye mistillitsforslag fra verken Mads Gilbert eller Bjørnar Moxnes siden møtet om ambulansesflyene i Tromsø dagen før. På den andre siden; dagen er ennå ikke omme.

Det er tøffe tak. I nabobygget, Helsedirektoratet, lempes det ut to hundre byråkrater, kan statsråden fortelle. Han har fast håndtrykk, er direkte i blikket og har kastet jakka.

Høie er en av landets lengstsittende helse- og sosialministre. Man må tilbake til legen Gudmund Harlem, Gro Harlem Brundtlands far, for å finne en minister som har sittet like lenge sammenhengende. Han satt seks år i Gerhardsens tredje regjering. Dagfinn Høybråten satt også som helseminister i seks år, fordelt på to perioder, opplyser Høie. I tillegg var han sosialminister i ett år.

– **Hvordan har du klart å bli sittende som statsråd så lenge?**

– Det får nesten andre svare for, men jeg synes dette er den mest spennende posisjonen man kan ha politisk og jeg er glad for at jeg har fått muligheten til å sitte så lenge.

– **Det regnes jo for å være en utsatt posisjon, og ikke et sjakktrekk for karrieren?**

– He, he. Den gjennomsnittlige levetiden for helseministre, ikke bare i Norge, men også i europeisk sammenheng er ikke lang, kanskje litt lenger enn det som var vanlig for sykehusdirektører tidligere, sier han og ler hjertelig. Høie er i slaget nå.

– Nå har det stabilisert seg begge steder, og det er jo positivt.

SUPERTANKER

– Jeg pleier å omtale helsetjenesten som en av

samfunnets supertankere. Det er en stor sektor i samfunnet som omfatter mange mennesker, det er selvfølgelig også mye økonomi, og endringer tar nødvendigvis tid. Hvis man ikke får muligheten til å jobbe med det over tid er det vanskelig å oppnå resultater.

Fastleger sover på kontoret for å rekke over papirarbeidet, luftambulansesfly står på bakken og det har vært alvorlige metoo-saker i Høyre. Leger i spesialisering er i harnisk fordi det er foreslått at kirurgiske prosedyrelister ikke skal forskriftsfestes og turnuskøene er lange som lysår. Utfordringene står i kø for helseministeren.

– **Hvordan har det siste halvåret vært for deg?**

– Den mest krevende saken har nok vært situasjonen i luftambulansetjenesten, sier han og legger til:

– Når du er helseminister må du være forberedt på at det er pågående vanskelige saker hele tiden. Det er ikke nødvendigvis de sakene som får mest oppmerksomhet som er de vanskeligste.

– **Kan du nevne eksempler?**

– Det som er vanskeligst, og det tror jeg de som jobber i helsetjenesten også kjenner seg igjen i, er møtet med enkeltmennesker som opplever at de enten har fått feil hjelp eller ikke den hjelpen som de har et sterkt behov for, enten det handler om at en ikke får det legemidlet eller den behandlingen en skulle ønske, eller det rett og slett ikke er noen enkle løsninger på de utfordringene en står i.

LUFTAMBULANSESAKEN

Tilbake til luftambulansesaken i Nord-Norge. Partiet Rødt framsatte mistillitsforslag mot Høie, og flere partier snakket om å oppheve den inngåtte avtalen med anbudsvinneren Babcock. Det mente Høie

var ulovlig og kunne få store økonomiske konsekvenser. Så langt har Høie komme relativt uskadet ut av det på Stortinget.

Pilotene i firmaet Lufttransport som i juli 2017 tapte anbudet, ble akutt «not fit to flight», samme dag som forhandlingene mellom Babcock og Flygerforbundet om kollektiv overføring av dem til Babcock brøt sammen. Sympatien har nærmest vært utelukkende på den tapende parts side. En lege skrev i en kronikk at Babcock kunne knyttes til atomvåpen, andre har gått enda lenger.

– **Det har vært sterke aktører på banen, både grupperinger og enkelt-helsepersonell. Er det fagfolk som har misbrukt sin faglige autoritet?**

– Vi er helt avhengige av at vi har fagfolk som uttaler seg, som er åpne om utfordringene i et tilbud som de både er ansvarlige for, men som de også har et sterkt engasjement for, og som kommer med forslag og deltar i samfunnsdiskusjonen. Jeg er opptatt av at vi har en helsetjeneste som gir rom for det.

– Helsetjenesten i Nord-Norge har vist seg fra sin aller beste side. Mange har stått på langt ut over det som er vanlig, nettopp for at situasjoner der det ikke er fly tilgjengelig ikke skal gå ut over pasienter. Og derfor har det heldigvis ikke har vært noen alvorlige hendelser som har gått ut over liv og helse.

– Så er det selvfølgelig den politiske debatten, der er det mange agendaer, det er det alltid.

– I forrige stortingsperiode var det mange debatter mellom deg og Arbeiderpartiets Torgeir Micaelsen. Jeg har tenkt at dere tjente på debattene, dere kom tydelig fram. Nå virker situasjonen mer uoversiktlig?

– Vi har en mye mer aktiv helse- og omsorgskomite på Stortinget der det er flere som er engasjert i helsespørsmål. Det synes

jeg bare er positivt, det gir en mye mer spennsting og levende diskusjon.

– I forrige periode kunne regjeringen få flertall enten med KrF eller Venstre. Nå må vi alle være samlet for å få flertall. Når vi ikke har en politisk samarbeidsavtale med KrF er det mer interessant for de andre partiene å fremme forslag for å få flertall mot regjeringen. Det gir en mer uoversiktlig politisk situasjon.

– Er det vanskelig å forholde seg til Stortinget?

– Det som er krevende, og som jeg også gir beskjed om, er at Stortinget må tenke gjennom ansvarsforholdene med Stortinget som den lovgivende og regjeringen som den utøvende myndighet. Vi har sett eksempler på representantforslag der en går inn i spørsmål som det egentlig ikke tillegger Stortinget å bestemme, og der en heller ikke har gjennomført tilstrekkelig utredningsarbeid i forkant, sånn at en trekker konklusjoner som er lovstridige, eller som det ikke er mulig å gjennomføre.

– Snakker du nå om luftambulansesaken?

– Det gjelder andre saker også. Det er ikke bra for styringssystemet vårt, og heller ikke for Stortingets omdømme. Det har vært saker der jeg har måttet sende brev til komiteen i etterkant av at innstillingen er avgitt, som for eksempel tilleggskjøp av rusplasser i Helse Sør-Øst, der Stortinget var i ferd med å gjennomføre et vedtak som det ville vært lovstridig å gjennomføre.

– Du er også nestleder i Høyre. Noe av det som har vært krevende det siste halvåret har vært varslingssakene, særlig for Arbeiderpartiet. Høyre har også hatt vanskelige saker, men dere har tydeligvis klart å håndtere det på en annen måte. Hvordan?

– Høyre har håndtert varslingssaker jevnlig de siste årene. At vi har fulgt etablerte rutiner, tror jeg er viktig. Så er det nok en forskjell at i våre saker er det ikke tillagt en politisk dimensjon knyttet til ulike fløyer i partiet, sier Høie.

NY UNDERSØKELSE

Høie har innført ForBedring, som er en kartlegging av pasientsikkerhets-kulturen i spesialisthelsetjenesten.

– Vi hadde jo pasientsikkerhetsundersøkelsen, og så hadde vi enkeltundersøkelser for sykehus knyttet til arbeidsmiljø, sier Høie, og understreker viktigheten av at pasientsikkerhet ses i sammenheng med arbeidsmiljøet. – Undersøkelsen skal gjennomføres hvert år og vil være et viktig verktøy for ledere for å jobbe konkret med disse problemstillingene. Det er forskriftsfestet at den type undersøkelser skal brukes i arbeidet.

– Så har jeg etablert et nytt forum i helseregionene der jeg møter hovedtillits-

valgte og HMS-ansvarlige en gang i året, der vi også diskuterer disse spørsmålene oss imellom. Det opplevde jeg var nyttig i fjor, og jeg kommer til å gjenta møtene i høst. I år er det naturlig at trakassering, og spesielt seksuell trakassering, blir et hovedtema.

I Dagens Medisin skriver fagdirektør Kari Jussie Lønning i Vestre Viken at det i HSØ var relativt lavt score på: «Det er lett å si ifra om problemer i pasientbehandlingen her» – og «det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold her».

– Dette med å si fra og å varsle er en gjenganger?

– Det er det jeg mener er noe av nytten med denne undersøkelsen. Noe av utfordringen er at en diskuterer den type spørsmål uten å ha et felles faktagrunnlag og fundament, da blir det ofte til at en snakker forbi hverandre.

– Når jeg har snakket om dette eksternt, og ikke minst i de møtene jeg har hatt med styrene og lederne i sektoren har jeg vært nøye på å forholde meg til pasientsikkerhetsundersøkelsen. Den viste at om lag halvparten av sykehusene ikke hadde en tilfredsstillende sikkerhetskultur knyttet til åpenhet.

Det kan en ikke diskutere! Sånn er det! Det er et problem som alle er nødt til å ta på alvor, sier Høie engasjert.

Begrepet fryktkultur er han mindre begeistret for.

– Fryktkultur er et sterkt ord. Det betyr ikke at jeg utelukker at det på enkelte avdelinger og sykehus er en fryktkultur. Men hvis en bruker det som en generell diagnose på hele den norske helsetjenesten, vil debatten handle mer om begrepet og hva det betyr, og så fører det bare til at en overser det som er de faktiske utfordringene. Det er noe av det jeg vil ha fram i denne undersøkelsen. Den vil sannsynligvis vise at det er forskjeller. På sykehus og avdelinger der dette er et problem forplikter denne undersøkelsen og kvalitetsforskriften ledere på alle nivåer til å sette i gang forbedringer. Da får en det faktabasert og satt inn i et system, og får forhåpentligvis gjort noe med det.

– Er det farlig å varsle?

– Det er i hvert fall ikke farlig å varsle til oss i departementet. Vi har gode rutiner for det. Det skal heller ikke være farlig å varsle i tjenesten. Varsling er ett virkemiddel hvis en opplever å ikke nå fram på andre måter. Så er det selvfølgelig viktig å ta ting opp med sin nærmeste leder og tillitsvalgtapparatet.

VANSKELIG TILLITSVALGTROLLE

Høie sier han har vært tydelig overfor styrene i helseregionene på at det er viktig at de, og lederne, viser i praksis at de setter pris på tillitsvalgtrollen.

– Det er ikke noen lett rolle å ta. En



kommer ofte i vanskelige avveininger og konfliktspørsmål – en må være med og ta ansvar. Men rollen er viktig, og da er det avgjørende at de som velger å ta den oppgaven for en periode ikke opplever at det er karrierehemmende, men tvert imot vil oppleve at det er karrierefremmende fordi en har vist at en er villig til å ta et steg fram og påta seg et helhetlig ansvar. Det bør bli vektlagt i en vurdering om en skal få en lederstilling.

Det gikk hett for seg da Høie nylig var med og diskuterte fastlegekrisen med fastlegene.

– På Legeforeningens landsstyremøte ble du småforbannet på Allmennlegeforeningen?

– Nei, ikke på foreningen. Jeg var litt sur på lederen, Tom Ole Øren. Jeg forventer at



når en sitter rundt bordet med meg og diskuterer disse utfordringene og kjenner godt til det arbeidet som er igangsatt, ikke holder et innlegg der det ser ut som om det ikke har skjedd noen ting og at alt ser ut som det var for ett eller to år siden. Jeg forventer mer!

– Hvis en fastlege opplever hverdagen som stressende og føler at det ikke skjer endringer, så har jeg full respekt for at man holder et sånt innlegg, jeg forventer ikke at alle fastlegene i Norge klarer å følge med på hva vi jobber med i departementet og hvilke prosesser vi har med Legeforeningen. Når en er med på den type prosesser, da gir jeg i hvert fall beskjed hvis en fremstiller det som at ingen ting har skjedd.

– Jeg opplever at jeg har et godt forhold til Legeforeningen, og til Øren, så det har ikke noe med det å gjøre. Men i stedet for at jeg skulle gå ut og være sur, opplevde jeg at det var mer riktig å gi beskjed der og da.

– Hvis vi går tilbake til streiken høsten 2016 så virket det som den skapte en dyp konflikt mellom arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Nå har Spekter satt inn tidligere helseminister Sylvia Brustad (Ap). Jeg tenker at det er et forsøk på å skape «borgfred» og å bygge opp igjen tillit. Hva vil du gjøre – personlig – innenfor trepartssamarbeidet for å bygge opp igjen tilliten?

– Det var en langvarig streik og konflikt, og det var min hovedutfordring at det som

i utgangspunktet var en konflikt mellom Spekter og Legeforeningen skulle forplante seg til sykehusene. Når jeg er ute på sykehusene har jeg alltid separate møter med de tillitsvalgte for å gi dem mulighet til å snakke direkte til meg og for å føle litt på stemningen.

– Den var vel ikke så god?

– At tillitsvalgte snakker fint om samarbeidsklimaet med den lokale ledelsen er hovedregelen. Når jeg noen steder hadde en opplevelse at dette forplantet seg lokalt var jeg bekymret for at det skulle føre til en varig skade nettopp på det forholdet. Nå opplever jeg vel at forholdene har normalisert seg de fleste steder.

UETISKE PRISER

Det siste halvåret har det også vært høylytt diskusjon knyttet til innføring av svært dyre og nye legemidler i regi av Beslutningsforums ordning for nye metoder. – De vanskeligste sakene er der det er dokumentert effekt, men der firmaene krever en pris som ikke er akseptabel, for da er man jo enige i at behandlingsmetoden burde vært tilgjengelig. Men så er det sånn at vi også har et ansvar for de andre pasientene, sier Høie.

– Hvis vi hadde akseptert urimelig høye priser fra industrien, så hadde det gått ut over vår mulighet til å hjelpe andre. De pasientene er nokså ansiktsløse, for de ser man ikke, men en vet jo at de er der. Så hvis vi i Norge ikke hadde hatt noen prinsipper for prioritering og en tydelig holdning i møtet med industrien, så ville vi brukt ressurser som vi nå bruker for å behandle andre pasienter.

I saken om Spinraza, som til slutt ble godkjent til bruk på barn med spinal muskelatrofi, men ikke på voksne, anklaget Høie produsenten for å opptre uetisk.

– Du var veldig tøff i trynet. I hvilken grad var det nødvendig å bruke den type metoder?

– Jeg er i utgangspunktet tilhenger av å si ting slik de er, sier Høie. Men han ønsker ikke å stemple industrien på et generelt grunnlag.

– Det ville vært urettferdig. De fleste selskaper opptre ansvarlig, og vi blir enige med de aller fleste om pris og vilkår. Men vi opplever fortsatt enkeltselskaper som etter min oppfatning opptre uetisk og er altfor grådige og det mener jeg at de bør tåle å høre.

– Jeg jobber også internasjonalt for å få satt dette på dagsordenen, og det tror jeg også har en effekt på selskapenes vilje til å komme oss i møte.

– Er det en bevisst strategi å påføre dem et omdømmetap?

– Nei, omdømmetapet påfører jo industrien, eller selskapene, seg selv.

– Det jeg også har vært klar på i møte med dem, er at dette er noe som ingen av oss ønsker. Legemiddelindustrien bidrar til å løse mange av utfordringene vi står overfor, og da er vi avhengige av at flinke folk søker seg til industrien, og vi er avhengige av at sykehusene samarbeider med den, og gjør kliniske studier. Da må de også tenke gjennom sitt omdømme.

– Jeg er overbevist om at flinke folk ikke bare er opptatt av lønn og arbeidsvilkår, men de er også opptatt av å jobbe hos en arbeidsgiver med verdier som de kan stå inne for. Det må også industrien ta inn over seg.

GOD DIALOG

– Jeg opplever at vi har en god dialog med

Legemiddelindustrien som forening, og deler ofte en del av de samme vurderingene. Så er det en medlemsorganisasjon, og derfor er jeg opptatt av å ikke møte selskapene enkeltvis. Det hender jeg møter noen av dem til debatt i mediene, men det er noe annet. Formelle møter der jeg diskuterer samarbeid og industriens vilkår har jeg kun når Legemiddelindustrien er til stede og opptre som en talsperson for alle selskapene.

– Har du beveget på Karita Bekkemellem?

– Ja, jeg opplever i hvert fall at vi har beveget oss i en retning av at det er mindre uenighet og at vi oftere finner fram til felles løsninger, sier han diplomatisk.

AVVISER OMKAMP

– Ullevålsaken opptar mange. Du har bestemt deg?

– Jeg opplever at ingen helseministre før meg har tatt en beslutning om hva som skal være målbildet. Over tid har det vært brukt mye tid på planarbeid som er gjort om og om igjen, og man har ikke fått gjort nødvendige investeringer og kommet i gang med utviklingen av OUS. Når vi nå bygger nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet er det nettopp basert på at jeg gjorde et vedtak om hvordan sykehusstrukturen skulle se ut. Hvis jeg ikke hadde gjort det, hadde vi ennå ikke kunnet starte arbeidet med å bygge på Radiumhospitalet.

– Men så har jeg gitt klar beskjed om at hvis en tar omkamp for å bevare Ullevål, da blir det ikke noe nytt akuttisykehus på Aker. Det er det ikke grunnlag for. Beslutningen om å bygge et nytt stort akuttisykehus på Aker, henger sammen med at da må vi også ha et nytt sykehus på Gaustad, sier Høie, som i Stortinget har vist til at det var under hans ledelse at de første planene om et gigantsykehus på Gaustad ble stanset.

At beslutningen om å legge ned Ullevål ikke er et resultat av politiske prosesser, men er fattet av «doldisbyråkrater», et begrep Rune Slagstad har benyttet i sykehusdebatten, avvises av Høie.

– Det er jeg som har hatt den beslutningen, så den er politisk, men den er selvsagt basert på utredninger og vurderinger.

SPESIALISTUTDANNINGEN

Det har også vært mye bråk om legers spesialistutdanning etter at det ble kjent at nesten 4900 læringsmål skulle forskriftsfestes, men uten ledsagende konkrete prosedyrekrav i kirurgiske fag. Mange har advart mot at det kan innebære en utvikling i retning av «B-kirurger» på små sykehus, noe Høie kategorisk har avvist. Nå har Stortinget bestemt seg.

– Det blir sånn som vi har foreslått. Jeg

har hele tiden vært klar på at prosedyrelistene vil være normgivende for tjenesten. Det er unødvendig å forskriftsfeste dette under læringsmålene. Det betyr at det vil være det vanlige for å vurdere om en kandidat har oppnådd et læringsmål, men det vil ikke være det eneste, og det er eneste forskjellen. Så er det noen i debatten som har forsøkt å skape et inntrykk av at prosedyrelistene skal avskaffes eller ikke ha noen betydning, det har ikke vært vår intensjon.

– Men er ikke så mange læringsmål en veldig byråkratisering? Hvordan er dette god Høyre-politikk?

– Det er jo ikke læringsmålene som er byråkratisering. Det er hvis du skulle hatt en omfattende forskriftsfestet prosedyreliste under hvert av de 4900 læringsmålene som hadde vært en byråkratisering. Det er en av grunnene til at jeg er imot dette. Så Legeforeningens primærstandpunkt ville innebære en betydelig byråkratisering.

– Men har vi fått mindre helsebyråkrati med deg som helseminister?

– Ja, ja. Det sentrale helsebyråkratiet er blitt slankere, vi er jo midt inne i en ganske heftig slankeoperasjon nå, som er krevende både for Folkehelseinstituttet og for Helsedirektoratet. Vi har redusert og slått sammen ganske mange underliggende virksomheter sånn at hvis du stikker over i nabobygget og spør i Helsedirektoratet så opplever de at dette er en nokså tøff omstilling. Om en ser historisk på det så har direktoratet og Folkehelseinstituttet hatt en jevn vekst hele veien. Jeg kunne ikke stå og forsvare at den utviklingen bare fortsatte, samtidig som de som jobber med pasientene opplever en travlere og travlere hverdag. Derfor måtte vi sette en stopper. Vi har nå redusert helsebyråkratiet med flere hundre årsverk.

– Det er mange som utdannes nå, som ser for seg at det kan bli vanskelig å få jobb?

– Jeg opplever ikke at spørsmålet er om de får jobb eller ikke, sier Høie, som er opptatt av om ventetiden kan bli vel lang. – Det er en vurdering om hvor mange plasser en skal ha. Anbefalingene jeg har fått fra regionene og direktoratet sier at vi er omtrent der vi skal være. Men når så mange velger å utdanne seg i utlandet, og går inn i den sammen søkermassen, så kommer vi inn i denne situasjonen, sier Høie, som mener den søknadsbaserte ordningen tross alt er det beste.

Informasjonsmedarbeideren har satt strek. Høie slenger jakka over skulderen, og på vei ned i heisen røper han at sommerens feriemål er Norge og Italia. Valget er vunnet – i år blir det mer enn én ukes ferie. ■

Krever redegjørelse for Stortinget.

Helsepolitisk talsperson i Senterpartiet, Kjersti Toppe (Sp) steiler over uttalelsene fra helseminister Bent Høie (H) om at det ikke vil bli noe av et nytt akuttsykehus på Aker dersom det blir en omkamp om å bevare Ullevål.

– Dette er helt nytt og ikke noe han har informert Stortinget om, sier hun.

Toppe viser til et spørsmål Bjørnar Moxnes (R) stilte i spørretimen 15. april i år om hvorvidt byggingen av Aker kunne bli utsatt som følge av byggeplanene på Gaustad. Høie svarte, slik han også gjør nå, at man ikke kan bevare Ullevål og samtidig bygge opp et stort sykehus på Aker, men truet den gang ikke med å avlyse utbyggingen av Aker.

– Jeg vil også utfordre de andre partiene på Stortinget om de støtter Høie og be om en redegjørelse for hele OUS-prosessen, sier Toppe på Stortingets siste dag før sommerferien. Hun karakteriserer sykehusplanene i Oslo-området som «totalt urealistiske og udemokratiske» og kri-

tiserer Høie for ikke å ha lyttet til de berørte fagmiljøene.

AKER ER FØRSTE PRIORITET

Helsebyråd Tone Tellevik Dahl (Ap) gikk i april i år ut med hard kritikk av at «Utviklingsplan 2035» som viste at det skulle kuttes 150 000 årlige sengeplasser i OUS, hvor av 48 000 skulle overføres til Oslo kommune. Hun mente i likhet med Toppe at planene var urealistiske, og var sterkt kritisk til at kommunen ikke var tatt med på råd.

Tellevik Dahl synes ikke at Bent Høies uttalelser er særlig oppsiktsvekkende, og understreker at hennes egne uttalelser til VG ikke var et forsvar for Ullevål, men et varsko om at planlagt totalkapasitet var urealistisk.

– Førsteprioritet for byrådet



Mens Kjersti Toppe (Sp) kjemper for å bevare Ullevål, er Tone Tellevik Dahl (Ap) mest opptatt av at utbyggingen på Aker blir en realitet.



er at vi får på plass Aker som nytt lokalsykehus, og den kampen er ikke vunnet, sier hun og viser til at finansieringen ikke er på plass ennå.

– Helse Sør-Øst må fremskaffe egenkapital og samtidig prior-

itere Aker for å få lånefinansiering. Ytterligere kapasitetsvekt etter Aker og Gaustad bør kunne utvikles sør-øst i Oslo, sier hun.

Journalen har latt helseministeren få anledning til å kommentere Kjersti Toppes uttalelser.

Her står det en annonse
i papiirutgaven.
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 Özeke 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@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 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
lindaelisegronvold@hotmail.com

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

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

MØTEKALENDEREN

August

16. Debattmøte under Arendalsuka
på Thon Hotel Arendal

21. Styremøte

23. Årsmøte

September

20. Styremøte

Oktober

11.-13. Styreseminar i Helsinki

LEDEREN

Urealistiske og uøkonomiske sykehusplaner

Vanligvis er det vel slik at de som er ansatte «ønsker seg mer av alt». Når det gjelder Oslo universitetssykehus er det slik at ansatte roper varsku om planer som oppfattes som urealistiske og uøkonomiske. Vi snakker om mye penger.

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk museum og Oslo legeforening har gitt ut et temahefte med artikler om utviklingsplanene for Oslo universitetssykehus. Noen av hovedpunktene mine er:

- Planleggingen er nå i noe som kalles en konseptfase. Vi mener at i tillegg til resultatmål (nytt sykehusbygg), må også følgende mål tas med i konseptfasen: *Brukerperspektivet*: hvordan bør sykehusene utformes og hva må inkluderes for at pasientbehandlingen skal bli best mulig og arbeidsforholdene skal være best mulig? Dette vil gi føringer for størrelse og beliggenhet. *Samfunnsperspektivet*: hva er den samlede effekten av prosjektet for samfunnet som helhet? Kostnadsbildet er ganske forskjellig for de ulike alternativene. Med de foreliggende planene er ikke kapasiteten økt etter utbyggingen.

- Befolkningsfremvekst og aktivitetsøkning er tatt med, men om en forventet aktivitetsøkning påstås det at mye av denne «elimineres av potensialet i *samhandling, bruk av hotellenger og effektivisering*», uten at metode er beskrevet. Helsebyråden i Oslo har i VG karakterisert tallene som «helt urealistiske».

- Vi vil advare mot en tildekkende språkbruk hvor befolkningen og bydelene omtales som «opptaksområder» som kan flyttes mellom ulike sykehus for å tilfredsstille sykehusenes behov og begrensninger. Oppmerksomheten må rettes mot befolkningens behov for helsetjenester – ikke utelukkende på sykehusenes arealkabal.

- Traumemiljøet ved Ullevål sykehus er i verdensklassen. Fagfolkene her mener at de vedtatte planene vil føre til en oppsplitting av landets fremste akuttmedisinske kompetansemiljø, både på medisinsk og kirurgisk side og i de spesialiserte støttefunksjoner rundt denne

virksomheten. Beredskapsfunksjonen vil splittes og dermed svekkes. Den samlede kompetansen i akutttilbudet i regionen svekkes. Deres bekymringer må tas på alvor, og man må finne en løsning som ikke forringer dagens tilbud.

- For sykehusene er det lagt til grunn en utnyttelsesgrad av somatiske senger på 90 %. Dette vet vi er risikabelt både med tanke på infeksjonsfare, overbelegg og korridorpasienter.
- I en konseptfase skal det vurderes flere, reelle alternativer. Her foreligger bare ett!
- Vi mener at Oslos befolkning samlet sett er best tjent med at Rikshospitalet forblir som det er, et lokalsykehus på Aker, videre utvikling på Ullevål og videre samarbeid med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt helseforetakene å etablere gode ordninger for kvalitetssikring. Gode og kritiske rapporter er viktige, og det er vesentlig at de konsulentfirmaene som brukes har en fri stilling og kompetanse til å vurdere alternativene på en god og uavhengig måte.

Målet må være at de planene en jobber med er realistiske og gjennomførbare, også økonomisk, slik at en ikke en langt uti prosessen ender med prosjekter som strander på grunn av økonomi.

Jeg håper temaheftet oppleves interessant og informativt. Og jeg håper du leser det og følger med i debatten om sykehusstruktur fremover. Det er både våre arbeidsplasser, samarbeidspartnere og vårt eget helsetilbud vi snakker om!

Jeg ønsker alle medlemmene en riktig god sommer!



KRISTIN H HOVLAND,
leder Oslo legeforening

Styrets beretning om oslo legeforenings virksomhet i tiden 1. januar til 31. desember 2017:

Styret med vara i perioden 1. januar til 31. august 2017:

Leder	Kristin H. Hovland		
Fritt valgte representanter:	Recep Øzeke og Kari Løhne		
Vara til fritt valgte:	Jasna Ribic og Ailin Harlem		
Representanter fra yrkesforeningene:	1. vara	2. vara	
AF	Gunnar Frode Olsen	Nadia Shaukat	
Namf	Jose Hernan Alfonso	Benedicte Berle Broch	Morten Wærsted
LSA	Marit J. Kamøy	Tore W. Steen	
LVS	Har ikke oppnevnt representant til styret i denne perioden		
Of	Aasmund Bredeli	Christian Grimsgaard	
PSL	Even Holt	Geir Slapø	Anne Christine Østrem
Ylf	Anniken Riise Elnes		
Nmf	Kenan Santic	Pia Norheim	
Observatør	Per Helge Måseide, redaktør Journalen		
Sekretariat	Unni Brøter og Anita Ingebrigtsen		

Styret med vara i perioden 1. september 2017 til 31. august 2019:

Leder	Kristin H. Hovland		
Fritt valgte representanter:	Recep Øzeke og Kari Løhne		
Vara til fritt valgte:	Jasna Ribic og Ailin Harlem		
Representanter fra yrkesforeningene:	1. vara	2. vara	
AF	Gunnar Frode Olsen	Olav R. Wangenstein	
Namf	Nina Skylv	Jose Hernan Alfonso	Morten Wærsted
LSA	Marit J. Kamøy	Neelam Sarwar Anjum	Tore W. Steen
Of	Aasmund Bredeli, nestleder	Anne Marit Wang Førland	
PSL	Even Holt	Geir Slapø	Anne Christine Østrem
Ylf	Anniken Riise Elnes		
Nmf	Pia Norheim	Fajhar Hussain	
Observatør	Per Helge Måseide, redaktør Journalen		
Sekretariat	Unni Brøter og Anita Ingebrigtsen		

Landsstyreprerentanter t.o.m. 31. august 2017

Kristin Hovland, Recep Øzeke og Marit Kamøy.

Varamedlemmer til Landsstyret:

Kari Løhne og Jose Hernan Alfonso.

Landsstyreprerentanter f.o.m. 1. september 2017

Kristin Hovland, Marit Kamøy, Kari Løhne og Gunnar Frode Olsen

Varamedlemmer til Landsstyret

Recep Øzeke og Nina Skylv.

Avdelingstillitsvalgte i Oslo

Overlegeforeningen - Aasmund Bredeli
Yngre legers forening - Anniken Riise Elnes.

Kurskomité valgt t.o.m.

Reidar Johansen, leder Af	2019
Terje Johansen, Af	2019
Henrik Steinfeldt-Foss, Af	2021
Nina Borge, Of	2021
Marit Skogstad, Namf	2019
Aslak Holtestaul, Af	2021

Helsetjenester for leger

Styringsgruppe for lege-leger

Linda Elise Grønvold	Af leder
Nina Skylv	Namf oppnevnt av styret

Støttekollegagruppe

Gro Bjartveit	Af leder
Sven Haaverstad	Af
Shahram Shaygani	PSL

Valgkomité

Kristian Vetlesen	Namf
Svein Aarseth	Af
Bente Thorsen	Af

Representant til Forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune: Marit Kamøy.

Oslo legeforenings lønnsutvalg

Leder og yrkesforeningenes representanter i styret.

Konfliktberedskapsutvalg

Utvalget settes sammen når konflikt oppstår. Det har ikke vært nødvendig å sette sammen et slikt utvalg.

Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo
Fondsstyret består av kurskomiteens medlemmer, samt en representant oppnevnt av Oslo legeforenings styre. Gunnar Frode Olsen ble valgt for neste periode.

JOURNALEN

Redaktør Per Helge Måseide. Redaksjonssekretær Ellen Renberg i firmaet Svovel er også ansvarlig for layout. Journalist Per Helge Seglsten, fotograf Paal Audestad og andre frilansjournalister har medvirket. Annonsetilgangen har vært god. Det benyttes en eksternt annonseakkvisitør. Journalens nettsider www.fagbladetjournalen.no har vært redesignet og videreutviklet.

Journalen

Journalen er medlem av Fagpressen, har egen formålsparagraf, se nettet, og redigeres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Hvert nummer har en egen frittstående helsejournalistisk temasak. I 2017 var disse:

Journalen nr 1/2017

Bassengtrening: 700 syke blir kastet ut av varmtvannsbassengene på Diakonhjemmet sykehus. Stortinget forsikret i 2010 at pengene til basseng ikke skulle stanse, men nå legges bassengene ved revmatismesykehusene i Norge ned. Ansvar for bassengdriften er overført til kommunene.

Journalen nr 2/2017

Helsevalget 2017. Lise Askvik startet Helsepartiet, som stilte til valg i Akershus fylke. De kom ikke på Stortinget. Helsepolitikkerne på Stortinget ble intervjuet i Journalen nr 2. Styringen av helseforetakene kritiseres fra flere hold, særlig Helse Sørøst som er altfor stort og byråkratisk. Helse Sørøst bør deles.

Journalen nr 3/2017

Tema Pasientjournaler. Pasientenes mulighet til innsyn i sin egen journal har gjort journalene bedre, men offentlig innsyn vil kunne gjøre journalene til et dårligere arbeidsverktøy. Taushetsplikten er viktig i denne sammenheng.

Journalen nr 4/2017

Vil gi apotekene mer makt: Uetiske og uærlige om biotilsvarende legemidler. Legemiddelverkets fagdirektør Steinar Madsen beskriver legemiddelindustriens kommunikasjon og motstand rundt tilsvarende legemidler, hvor pris og inntjening gjemmes. Adm.dir i Legemiddelindustrien, Karita Bekkemellem, samt Flemming Sonne, adm.dir. i et dansk legemidelfirma er intervjuet og uttaler seg i denne saken. De mener at motstanden sviner og at biotilsvarende legemidler er vanlig.

Fastlegenytt

Det er sendt ut 3 nyhetsbrev til fastleger i 2017. Disse har bla a. tatt opp fastlegedekning, samhandling, kontakt mellom tillitsvalgte i Oslo kommune, og AFs satsingsområder i perioden 2017 – 2019.

Oslo legeforenings nettsider

Ansvarlige: Anita Ingebrigtsen og leder.

Legeforeningens regionutvalg Sør-Øst:

Kristin Hovland, er medlem av regionutvalget. Aasmund Bredeli fra Of, Anniken Riise Elnes fra Ylf, Marit Kamøy fra LSA og Pia Norheim fra Nmf er også representanter i Regionutvalget.

Representant i Samarbeidsutvalget Oslo kommune og Helse Sørøst: Marit Kamøy.

Forhandlingsutvalg Næringsdrivende/Normaltariff (Tariffutvalget): Gunnar Frode Olsen.

Forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune:
Marit Kamøy.

Representant i arbeidsgruppe om bydelsoverlegefunksjonen: Har ikke vært i funksjon i 2017.

Oslo legeforenings representanter til Samarbeidsutvalget for Legevakten i Oslo (Rammeavtalen 10.5.2):
Geir Sneen og Ellen Anita Fagerberg. Til 31.8.2017

Fra 1.9.2017: Umer A. Sheikh og Sohail Aslam.

Arbeidsgruppe for Legevakt 2: Giti Sabalani og Jan Arne Holtz. Vara er Truls Aamodt.

MEDLEMMER

Per 2.1.2018 hadde foreningen 6 430 medlemmer, hvorav 862 alderspensjonister, 54 fullt uføretrygdede, 19 delvis uføretrygdede og 20 arbeidsledige.

Medlemmene fordelte seg slik på ordinære medlemskap i yrkesforeninger:

Norsk overlegeforening	2.490
Yngre legers forening	1.904
Allmennlegeforeningen	928
Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger	325
Leger i samfunnsmedisinsk arbeid	230
Norsk arbeidsmedisinsk forening	110
Praktiserende Spesialisters Landsforening	443

ÅRSMØTET

Årsmøtet ble holdt på Legenes hus 22. august 2017. Kristin Hovland ble valgt til møteleder og gjennomgikk årsmeldingen og regnskap som ble tatt til etterretning.

Aktivitetsbudsjett for 2018 var basert på opprettholdt aktivitet og var foreslått med et overskudd på kr 20 000, med en inntektsside på kr 5 356 867 og utgiftsside på kr 5 336 837. Referat fra årsmøtet, se nettet.

Oslolegen 2017

Det var mottatt 8 forslag til årets Oslolege. Et enstemmig styre utnevnte Anne Kathrine (Bibbi) Nore, overlege ved i Oslo legevakt til årets Oslolege. Recep Özke og Kari Lønne er fritt valgte styremedlemmer i Oslo legeforening, de danner komiteen som behandler forslagene til Oslo-legen og innstiller til styret.

TEMA- og INFORMASJONSMØTER

Debattmøte i Litteraturhuset

Medlemsmøte i Legenes hus: Legeforeningens medlemsfordeler.

Møter i Litteraturhuset:

13. mars 2017: Er vi i ferd med å skrote den norske arbeidslivsmodellen?

Møteleder var Andrew P. Krogund og deltakere var Eivind Falkum, forsker ved Høgskolen i Oslo og Akershus/Arbeidsforskningsinstituttet, Rune Rimol, Partner i Assessit, Kjersti Toppe, stortingsrepresentant SP, Bengt Morten Wenstøb, stortingsrepresentant H, Rigmor Aasrud, stortingsrepresentant Ap.

7. september 2017: Helsevalget.

Vi inviterte Oslopolitikere på valg til Stortinget og utfordret dem på helse spørsmål og på hva deres parti program sier.

STYREMØTER

Det ble holdt 10 styremøter i 2017 og det er behandlet 98 saker i årets styremøter.

KURS

Grunnkurs C for allmennleger
Akuttmedisinkurs
Klinisk emnekurs (på Diakonhjemmet)
Møteserie for allmennleger – 4 kurskvelder med temaet Arbeidsuførhet, aktivitet og arbeidsmuligheter (Møteserie med NAV Oslo og Helfo).

HOVEDOMRÅDER FOR OSLO LEGEFORENINGS ARBEID

Oslo universitetssykehus.
Kommunehelsetjenesten.
Spesialisthelsetjenesten.
Tillitsvalgтарbeid.
Journalen.

Høringssaker - besvart av Oslo lf:

Høring – NOU 2016 : 25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

Høring – forslag om varig lagring av blodprøvene i nyfødtscreening

Landsstyresak – Valg av leder, nestleder, tre medlemmer og varamedlemmer til Rådet for legeetikk for perioden 1.1. 2018 – 31.12.2021.

Intern høring – Forslag om opprettelse av Fagutvalg for utdanningsleger i de fagmedisinske foreninger (Fuxx).

Landsstyresak 2017 – Lovendringsforslag regionutvalgene.

Høring – Forslag om observatørstatus i sentralstyret for Akademikernes leder Kari Sollien.

Høring på handlingsplan for en aldersvennlig by og plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg.
Høringssvar sendt til Oslo kommune.

Det ble sendt en reaksjon fra Oslo legeforening til Oslo kommune med bekymring for konsekvensen for nedleggelse av Ullevål sykehus og sykehussituasjonen i Oslo.

Tillitsvalgkurs

Det ble gjort et arbeid med å "finne" de tillitsvalgte i Oslo kommune. Det ble holdt et innledende kurs i Legenes hus for ca 25 tillitsvalgte for fastlegene og Legevakten. Det er et ønske å etablere et tillitsvalgforum som kan møtes og samarbeide.

Samarbeid med medisinstudentene

Det har 2 ganger vært avviklet møter for studenter med lisens.

Mentorordningen

Oslo legeforening jobber med mentorordningen i samarbeid med Norsk medisinstudentforening, Oslo. Det planlegges et møte for studenter og mentorer.

HELSETJENESTE FOR LEGER

Støttekollegagruppen

Det er 3 støttekolleger tilknyttet Oslo legeforening.

Årsrapport for støttekollegaordningen 2017 ligger vedlagt.

Lege-leger

Oslo legeforening hadde 20 lege-leger i 2017. Helsetjenesten for leger er stadig i bruk og flere av legene får henvendelser fra kolleger som ønsker oppfølging.

ÅRSMELDING – KURSKOMITEEN

Komiteen består av seks medlemmer, hvorav fire allmennpraktikere, en arbeidsmedisiner og en overlege. De velges for en periode på fire år, og det ordnes slik at halvparten står på valg hvert annet år. Det er avholdt fem møter i 2017 og det har vært jevnlig korrespondanse/kontakt per e-post og telefon.

Hovedoppgavene er å godkjenne de lokale kurskomiteer, sykehushospiteringer og møteserier, samt arrangere kurs for allmennleger. Kursgodkjenningen er i all hovedsak lagt til spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

Gjennomførte kurs i 2017:

Akuttmedisin

Nytt kurs ble avholdt våren 2017 med 90 deltakere. Kurset var delt opp i to teorikvelder (Diakonhjemmet Sykehus, samt en praksisdag (Asker Brannstasjon) med ca 30 deltakere pr gang (5 grupper à 6 leger). Antall tellende poeng: 16.

Krav om gjennomført obligatorisk kurs i akuttmedisin ble innført 1.1.2012, både for videreutdanningen og ved resertifiseringen i spesialiteten allmennmedisin. Kurskomiteen har siden 2011 arrangert et kurs i året for allmennleger i Oslo og Akershus. Det er nå vedtatt ny akuttmedisinforskrift og det er derfor usikkert om kurskomiteen vil arrangere lignende kurs i framtiden.

Grunnkurs C – Forebyggende medisin

Dato: 13.-14. mars. Sted: Thon Hotel Vika Atrium. Antall deltakere: 100. Antall tellende poeng: 16. Kurset er obligatorisk for dem som tar spesialistutdanning i allmennmedisin. Før deltakerne kan delta på samlingsdelen må de ha gjennomført en nettdel. Læringsmål: Fastlegens rolle i individrettet og grupperett forebyggende medisin - Begrensninger og muligheter - Grenseoppgang til andre spesialiteter som deltar i forebyggende helsearbeid - Aktuelle problemområder - Samarbeid med andre faginstanser.

Klinisk emnekurs i legemiddelbehandling

Dato: 2., 9. og 16. november. Sted: Diakonhjemmet Sykehus. Antall deltakere: 110. Antall tellende poeng: 15. Formålet med kurset var å gi legene kunnskap om best mulig utnyttelse av tilgjengelige kilder for økt kvalitet i legepraksisen.

På vegne av styret i Oslo legeforening

K. Hovland

Kristin H. Hovland
Leder

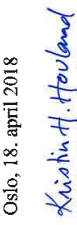
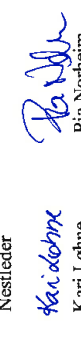
Oslo legeforening Aktivitetsregnskap

	Noter	Regnskap 2017	Regnskap 2016	Regnskap 2015
Anskaffede midler				
Medlemsinntekter	3	3 353 372	3 309 564	3 233 554
Tilskudd		0	0	13 095
Andre inntekter		15 378	19 650	19 450
Sum anskaffede midler		3 368 750	3 329 214	3 266 099
Aktivitet som oppfyller formålet				
Kursinntekter	4	1 437 500	2 327 314	1 551 063
Sum aktiviteter som oppfyller formålet		1 437 500	2 327 314	1 551 063
Aktivitet som skaper inntekter				
Annonser		414 677	606 330	347 889
Sum aktiviteter som skaper inntekter		414 677	606 330	347 889
Finansinntekter		33 067	31 580	57 419
Sum anskaffede midler		5 253 994	6 294 438	5 222 470
Forbrukte midler				
Kostnader til anskaffelse av midler				
Kostnader ved annonse salg		143 893	181 899	106 028
Sum kostnader anskaffelse av midler		143 893	181 899	106 028
Kostnader til formålet				
Produksjonskostnader Journalen		880 186	834 855	720 322
Kurs og konferanser	4	796 707	1 585 469	1 004 352
Tillitsvalgte/Forhandlinger		1 148 197	1 023 886	1 033 522
Helse tjenester for leger		2 450	1 400	23 020
Sum kostnader til formålet	5	2 827 541	3 445 609	2 781 215
Administrasjonskostnader	5	2 100 292	1 800 763	1 832 070
Sum forbrukte midler	5	5 071 726	5 428 271	4 719 313
Årets aktivitetsresultat		182 267	866 168	503 157
Tillegg/reduksjon formålsskapital (egenkapitalen)				
Overført til formålsskapitalen med selvpålagte restriksjoner		0	0	150 000
Overført til/(fra) annen formålsskapital		182 267	866 168	353 157
Sum endring formålsskapital (egenkapital)	8	182 267	866 168	503 157

Oslo legeforening Balanse

	Noter	31. desember 31. desember 31. desember 2017 2016 2015
Eiendeler		
Anleggsmidler		
Varige driftsmidler		46 277 49 189 41 349
Sum anleggsmidler	6	46 277 49 189 41 349
Omlopsmidler		
Fordringer		
Kundefordringer		135 478 262 502 180 729
Andre kortsiktige fordringer		1 950 9 813 13 645
Sum fordringer		137 428 272 315 194 374
Kontanter og bankinnskudd	7	6 335 812 5 899 196 5 317 652
Sum omlopsmidler		6 473 239 6 171 511 5 512 026
Sum eiendeler		6 519 516 6 220 700 5 553 375
Formålsskapital og gjeld		
Formålsskapital		
Formålsskapital med selvpålagte restriksjoner		
Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo		473 984 473 984 473 984
Fri formålsskapital		
Annen formålsskapital		5 424 499 5 242 232 4 376 063
Sum formålsskapital (egenkapital)	8	5 898 484 5 716 216 4 850 047
Gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Leverandørgjeld		181 959 29 687 328 152
Offentlige trekk og avgifter		303 152 337 769 251 375
Skyldige feriepenger		131 142 124 839 122 866
Annen kortsiktig gjeld		4 779 12 188 934
Sum kortsiktig gjeld		621 032 504 484 703 327
Sum gjeld		621 032 504 484 703 327
Sum formålsskapital og gjeld		6 519 516 6 220 700 5 553 375

Oslo, 18. april 2018

 Kristin H. Hovland
 Asmund Bredeli
 Even Holt
 Leder Nestleder
 Nina Skylv
 Kari Lohne
 Pia Norheim
 Mark Johanna A. Kamey
 Recep Özeke
 Gunnar Frode Olsson
 Anniken Riise Elnes

Note 3. Medlemsinntekter

Den norske legeforening innkrever kontingentene for Oslo legeforening.

Kontingent	
Ordinær kontingent	1 928 109
Ekstrakontingent	1 425 263
Sum	3 353 372

Note 4. Kurs og konferansekostnader

Kurs	Inntekter	Kostnader	Resultat
200	Grunnkurs C	449 400	279 368
202	Ulleval høstkurs	523 700	140 427
206	Møteserie	23 400	17 369
213	Akuttmedisin	441 000	199 054
350	Kurskomiteen	0	160 490
Sum		1 437 500	796 707
			640 793

Note 5. Administrasjons- og formålsprosent

Formålsprosent og administrasjonsprosent beregnes som midler anvendt til formålet, hhv til administrasjon i forhold til sum forbrukte midler.

	2017	2016	2015
Formålsprosent	56 %	63 %	59 %
Administrasjonsprosent	41 %	33 %	39 %

Note 6. Varige driftsmidler

Det er benyttet lineære avskrivninger på anskaffelseskost

	Inventar	IT-utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2017	144 436	55 911	200 347
Tilgang	0	15 148	15 148
Anskaffelseskost 31.12.2017	144 436	71 059	215 495
Akk. ord. avskr. 01.01.2017	111 642	39 516	151 158
Årets ordinære avskrivninger	8 555	9 505	18 060
Akk. ord. avskr. 31.12.2017	120 197	49 021	169 218
Bokført verdi 31.12.2017	24 238	22 039	46 277
Avskrivningssats	20 %	33 %	

Noter til årsregnskapet 2017
Oslo legeforening

Note 1. Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med God Regnskapsskikk (F) for ideelle Organisasjoner (Standarden) og består av følgende:

- Aktivitetsregnskap
- Balanse
- Noter

Foreningen er ikke skattepliktig for sin virksomhet, jfr. Skattelovens §2-32

Fordringer som skal tilbakebetales innen et år er klassifisert som omløpsmidler.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk er klassifisert som anleggsmidler. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler. Anleggsmidler med begrenset økonomisk levetid avskrives planmessig.

Kontingenter inntektsføres i den perioden medlemskapet gjelder. Inntektsføring av annonseinntektene skjer når annonsen er levert. Videre inntektsføres tilskudd i den periode de er bevilget til og kursinntekter inntektsføres når kurset er gjennomført.

Note 2. Kostnader etter art
Driftskostnader spesifisert etter art:

Driftskostnader	2017	2016	2015
Kostnader annonsesalg	143 893	181 899	106 028
Trykking/distribusjon Journalen	570 695	558 546	492 313
Personalkostnader	2 621 387	2 258 997	2 113 383
Kostnader lokaler	134 448	123 586	113 509
Småanskaffelser	79 561	54 360	71 148
Kontorhold	78 842	83 289	79 552
Fremmedtjenester	654 304	691 904	733 938
Reise/møte og kursarrangement	675 078	1 362 826	904 093
Tilskudd	26 810	34 144	20 000
Andre driftskostnader	62 492	64 442	81 118
Avskrivninger av anleggsmidler	18 060	10 603	1 426
Sum driftskostnader	5 065 569	5 424 595	4 716 504

Finansinntekter/-kostnader

Finansinntekter	33 067	31 580	57 419
Finanskostnader	6 157	3 676	2 808
Netto finansposter	26 910	27 904	54 611

I aktivitetsregnskapet er inntekter og kostnader i den grad det er mulig fordelt på aktivitet. Det omfatter også finansposter. Forbrukte midler består av sum driftskostnader og finanskostnader. Finansinntekter inngår i linjen finansinntekter.

Note 7. Bankinnskudd

Av bankinnskudd er kr 189 159 bundne midler til dekning av skyldig skattetrekk. Skyldig skattetrekk utgjør kr 181 181 per 31.12.2017.

Note 8. Formålskapital

	Fond til fremme av allmenne interesser i	Annen formålskapital	Sum formålskapital
Formålskapital per 1.1. 2017	473 984	5 242 232	5 716 216
Årets aktivitetresultat	0	182 267	182 267
Formålskapital per 31.12. 2017	473 984	5 424 499	5 898 484

Note 9. Personalkostnader, ytelser til ledelsen og revisor

	2017	2016	2015
Lønn og honorarer	1 788 602	1 644 975	1 447 325
Arbeidsgiveravgift	367 049	320 569	304 565
Pensjon	420 205	259 250	317 575
Andre ytelser	45 532	34 205	43 917
Sum	2 621 387	2 258 998	2 113 383

I foreningen har det vært to ansatte gjennom hele året, en heltidsstilling og en 80% stilling.

Foreningen er pliktig å ha en obligatorisk tjenstepensjon. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene til pensjon. Pensjonsforpliktelse overfor samtlige ansatte er dekket ved kollektiv pensjonsordning. Denne er ikke balanseført, og den årlige pensjonspremie anses som årets pensjonskostnad. Årets premie er kr 420 205.

Godtgjørelse til ledelsen	Andre honorar	Praksiskomp.	Andre ytelser	Sum
Styrets leder	205 992	13 750	279 280	0
Styrets nestleder	56 183	12 500	0	11 186
Redaktør Journalen	0	173 037	18 475	9 855
Øvrige medlemmer styre og landsstyre	0	75 000	73 900	0
Sum	262 175	274 287	371 655	21 041

Det er i 2017 kostnadsført honorar til revisor med kr 45 313 inkl. mva. hvor alt gjelder ordinær revisjon.

INNKALLING TIL

ÅRSMØTE I OSLO LEGEFORENING

torsdag 23. august 2018 kl. 18:00.

i kantinen i Legenes hus, Akersgata 2, Oslo (inngang fra Christiania Torv).

Saksliste:

- Godkjenning av innkallingen.
- Valg av møteleder og tellekomité.
- Godkjenning av saksliste.
- Styrets beretning og beretning fra kurskomité.
- Aktivitetsregnskap for 2017.
- Forslag til aktivitetsbudsjett for 2019, herunder kontingent, fastsettelse av honorar for leder, nestleder, redaktør av Journalen, leder av kurskomité og satser for frikjøp/praksiskompensasjon.
- Utdeling av utmerkelsen «Årets Oslo-lege».

Forslag som skal behandles på årsmøtet må være styret i hende senest åtte uker før møtet.

Etter årsmøtet blir det enkel bevertning før foredrag kl. 18:45.

«Klipp og lim av DNA – muligheter og utfordringer med CRISPR-teknologi i human medisin»

Gratis inngang!

Velkommen!

Det bes om påmelding innen 17. august til unni.broter@legeforeningen.no.

Vennligst før opp fullt navn, adresse, samt eventuell matallergi i påmeldingen.



GEIR SVERRE BRAUT

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

Samfunnet på langs og på tvers

På forsommeren publiserte *Morgenbladet* kåringa av dei ti beste sakprosa-bøkene i Skandinavia etter år 2000. I kommentaren til kåringa skriv Ane Farsethås at den gode sakprosaen er til hjelp for oss når vi skal manøvrere i verda (1). Ho skriv vidare at den avgjerande skilnaden mellom sakprosa og skjønnlitteratur er det forplikande forholdet til røyndomen. Difor er det vesentleg korleis sakprosaforfattarane brukar og gjer greie for kjeldene sine.

Denne kommentaren skal handle om nokre nyleg utkomne bøker, som samla sett og kvar for seg er fine døme på den høge standarden som vi har på sakprosaen her i landet. Dei kan nyttast som sommarlesnad for ein passe samfunnsinteressert person som ønskjer å få næring til tenkinga si om samtida.

God sakprosa handlar om aktuelle tema, ikkje nødvendigvis dagsaktuelle, men også slike som kan setje vår eiga tid i eit utvida forståingslys. Sjølv sagt må dei vere språkleg velskrivne. Det vil ofte seie at levandegjorte forteljingar ber teksten. Men i sakprosa kan forteljingane ikkje vere heilt frie, slik som i skjønnlitteratur. Den narrative framstillinga må byggje på kjeldene og vere truverdige, altså vise noko som godt kunne vore sant.

Knut Olav Åmås har som siktemål å gi oss eit fleirstemmig bilete av Noreg. Tekstane er eit utval av Åmås sine velskrivne og analytisk kommentarar gjennom rundt 15 år. Når eg les desse tekstane, kjenner eg meg att. Det er dette landet og samfunnet eg også kjenner.

Likevel er det noko «stove-reint», nesten normativt, over tekstsamlinga. Sjølv om forfattaren, både innleiingsvis og under vegg, er tydeleg på at tekstane gir uttrykk for

«Dei politiske skilnadene blir små krusingar; i beste fall med nokre skumtoppar, på eit elles stille hav – eller kanskje det er meir rett å snakke om ein fredeleg innsjø?»

hans eigne standpunkt, er dei tidstypiske for kva som det er mogeleg å meine utan å falle utanfor det gode fellesskapet. Eigentleg viser dei slik sett kor konformt det norske samfunnet enno er. Dei politiske skilnadene blir små krusingar, i beste fall med nokre skumtoppar, på eit elles stille hav – eller kanskje det er meir rett å snakke om ein fredeleg innsjø?

Der Åmås analyserer tekst, anten det er aviser eller skjønnlitteratur, er han på sitt aller beste. Anna er vel heller ikkje å vente av ein som har stor akademisk tyngd nettopp i litteraturvitskap. Analysane er logiske og vel grunngitte. Men sjølv om dei er språkleg gode, saknar eg stundom eit djupare teoretisk ankerfeste for dei samfunnsfaglege tolkingane. Mange av intervjuar med ei rekkje kjende personar mot slutten av boka, er også høgdepunkt. Særleg dei med Karl Popper og Zygmunt Bauman demmer opp for mangelen på samfunnsfagleg teori elles.

I bolken «Livet, rett og slett» er han fleire gonger innom helse og helseteneste. Her stadfestar han på mange måtar funna til Per Fugelli og Benedicte Ingstad om kva som karakteriserer folk i Noreg sitt syn på helse og sjukdom (2).

Ingen tvil om at vi har det godt i dette landet. Ingen tvil om at forfattaren likar landet, det som er norsk, og folket som bur her. Når det er sagt, likar eg korleis Åmås opnar opp for ei forståing av det ukjende og framande. Han viser oss ein trygg veg mot møtet med det som er utanfor. Det han likevel ikkje fangar heilt opp, er dei djupe spenningane som ikkje får kome heilt fram i dagen. Dei som nokon kvar av oss har litt av, og som vi i alle fall kjenner ein nabo eller ein slektning som eksponerer på fine sommarkvelder i litt alkoholrus.

Den som derimot får fram desse meir utålelege haldningane, er **Sylo Taraku** i ei bok om den aukande polariseringa i Europa. Han dreg parallellar til det som skjedde i tidlegare Jugoslavia for snart 30 år sidan. I lys av det Taraku skriv, blir brått også tekstane til Åmås uttrykk ikkje for ein fredeleg innsjø, men eit hav som har eit skrekkeleg potensiale til destruksjon i seg. Det ligg implisitt i Åmås si bok, men eksplisitt hos Taraku: Det samfunnet vi ønskjer, er politisk skapt og det blir halde levande gjennom politisk verksemd.

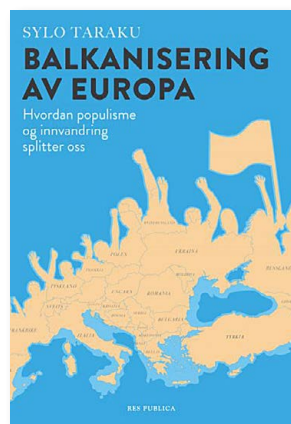
Kor galt det kan gå, når den politiske harmonien blir forstyrta, kan vi lese mykje meir og svært så detaljert om hos **Morten Jentoft**. Han skriv drivande godt om den finske borgarkrigen. Med utgangspunkt i meir eller mindre kjende kjelder, gir han ei djuptpløyande og vel avbalansert framstilling av den korte, men svært så dramatiske krigen mellom «dei kvite» og «dei raude» på ettervinteren og våren i 1918.

Innleiingsvis skriv han at dette er historia om korleis eit tilsynelatande vel fungerande land på kort tid endar opp med kaos, krig og massedrap. I dag er truleg finnar flest glade for resultatet, men like fram til vår tid har



KNUT OLAV ÅMÅS
DETTE ER NORGE.
100 KOMMENTARER OG
SAMTALER

Dreyer, 2018
ISBN 978-82-8265-440-1
394 s. NOK 369



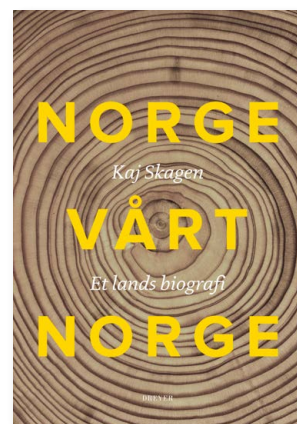
SYLO TARAKU
BALKANISERING AV
EUROPA: HVORDAN
POPULISME OG INN-
VANDRING SPLITTER OSS

Res Publica, 2018
ISBN 978-82-8226-066-4
312 s. NOK 329



MORTEN JENTOFT
FINLAND 1918. DEN
FINSKE BORGERKRIGEN
OG NORDMENNENE SOM
VAR VITNE TIL DEN

Gyldendal, 2018
ISBN 978-82-05-51111-8
287 s. ill. NOK 449



KAJ SKAGEN
NORGE VÅRT NORGE.
ET LANDS BIOGRAFI

Dreyer, 2018
ISBN 978-82-8265-438-8
427 s. NOK 349

det vore eit tema som mange har hatt tungt for å ta opp på grunn av dei djupe spora krigshandlingane sette i det finske folket.

Vi får høyra om borgarvern, utanomrettslege prosessar og drap i sigersrus. Det er forteljingar der hjelpeplikta blir sett opp mot krigens drapslogikk. Lesaren får eit innblikk i at «fake news» eller «alternative facts» ikkje er noko nytt for vår tid.

Spennande er det at forfattaren har henta omfattande kjeldemateriale frå norske helsearbeidarar desse dreiv akutthjelp til finnane desse dramatiske månadene. Legane Harald Natvig, Johannes Heimbeck og Jakob Thrapp-Meyer dokumenterte gjennom skrift og fotografi vesentlege delar av dævelskapen ved ein borgarkrig.

Utan at dette blir særleg drøfta, gir boka grunn til refleksjon rundt hjelpearbeidarrolla i slike konflikter. Kva betyr nøytralitet? Og er nøytralitet eigentleg mogeleg? Eg vil tru at også hjelpearbeidarar i dagens konfliktsone vil kunne kjenne seg igjen i nokre av dei observasjonane dei norske legane gjorde og dei dilemma dei opplevde i 1918. Berging av liv er ei verdilada handling, særleg når det skjer innanfor rammer der

målet er å drepe. Det blir tankevekkjande framstilt.

Jentoft maktar på ein veldig fin måte å bruke arkivkjelder, sakprosa, skjønnlitteratur og samtalar med tidsvitne som grunnlag for sine omfattande forteljingar. Han gjer godt greie for arbeids- og skrivemetoden sin. På den eine sida er det ein styrke ved boka at forfattaren ikkje sjølv tar uttrykkelige stilling, men på den andre sida mistar vi då kanskje nokre analytiske poeng?

Kaj Skagen har sett på utviklinga gjennom dei siste par hundre åra av det som vi i dag kjenner som norsk. Vi får høyre om spennningar mellom det religiøse og det sekulære, mellom tru og kunnskap, mellom bygd og by og mellom folk flest og overklassen.

Skagen skriv drivande godt. Han byggjer mange av forteljingane sine opp omkring

«Lesaren får eit innblikk i at «fake news» eller «alternative facts» ikkje er noko nytt for vår tid.»

det eg vil kalle for små biografier om høgt profilerte menneske i si samtid. Namna kjenner vi ofte frå den norske samfunnsdebatten på slutten av 1800-talet. Boka sin styrke er at den står for ei nylesing av tekstar frå denne viktige tida for rotfestet av nasjonalstaten Noreg. Når han handterer dagsaktuelle personar og problem tykkjer eg nok det blir litt meir lappeteppe og det heilskaplege synet sviktar litt. Men sjå det, her kan lesinga av Åmås si boka fylle ut ein del av det som manglar. Eit kjeldekritisk poeng er at Skagen i stor grad støttar seg til sekundærkjelder, særleg annan sakprosa. Ikkje noko galt i det, men det gjer at Skagen si eiga røyst blir tydeleg, medan det til dømes i Jentofts bok er kjelderøystene som dominerer.

Gjennom desse bøkene ser vi tydeleg det norske samfunnets grunnfjell. Det bør også legar kjenne. ■

Litteratur

Farsethås A. Veivisere til verden.
Morgenbladet 1.-7. juni 2018:8.
Fugelli P & Ingstad B. Helse på norsk.
God helse slik folk ser det.
Oslo: Gyldendal, 2009.



Vi kaller dette en spade

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig