

JOURNALEN

OSLO LEGEFØRENING

NR 3 / 2019



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

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

MEDARBEIDERE I DENNE UTGAVEN:

PER HELGE MÅSEIDE

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

ELLEN RENBERG

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

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

JOURNALIST
kristinsg@gmail.com

SYNNE LOFSTAD

JOURNALIST
synne.lofstad@hotmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 4/2019 er 16.11.2019

Forsideillustrasjon: Egil Nyhus
Layout: Svovel

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

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

TRYKK: Merkur Grafisk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.fagbladetjournalen.no

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

JOURNALEN PÅ FACEBOOK
www.facebook.com/fagbladetjournalen

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



Ettertrykk og elektronisk viderefordistribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

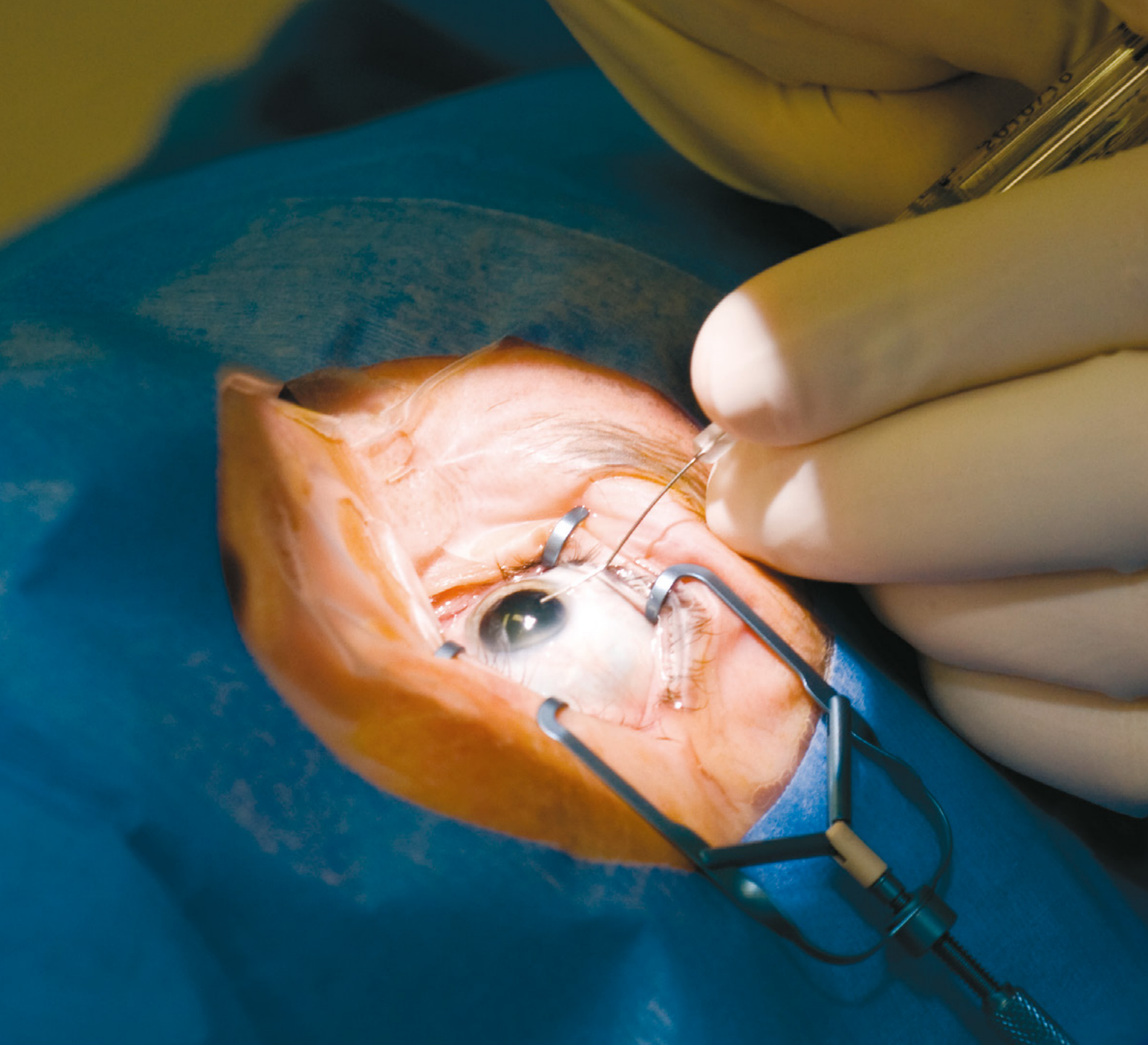
INNHold

REDAKTØREN:	5
TEMA: Mastergrad i klinisk sykepleie	6-9
NYHET: Vaksinasjonsrekord	10
KRONIKK: En verden - én helse	14
ANMELDELSE: Viktig om ein person, men endå viktigare om politikk	17
FRA FORENINGEN:	18-19
LEDEREN:	18
INTERVJUET: Tuva Stranger Mjones	20-34

Sterke meninger? Da kan du skrive kronikk eller debattinnlegg!

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

Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte innsendte manus.



Holder **ganske** presis for deg?

Holder det at det du leser er **nesten** sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelet Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner** abonnenter og mottakere av papiirutgaver.

Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på fagpressen.no/paaitelig



PER HELGE MÅSEIDE

Fra klinikere til konsulenter og koordinatore?

Flere kommende reformer i helsevesenet har det til felles at de skal avlaste legene for tradisjonelt legearbeid. Hva kan skje med legerollen da?

Utdanningsløpet av avanserte kliniske sykepleiere, eller AKS-er, får stryk av nesten alt av høringsinstanser, det blir umulig å dytte alle målene inn i studiet. Det er ingen tvil om at innholdet i utdanningen av AKS-er, i rollen som «generalist-spesialister» eller «general practitioners», likner mistenkelig mye på utdanning av fastleger. Analog, er departementets begrep.

Ordningen har, i likhet med ny legevaktsordning, primærhelseteam og reseptfrie legemidler med veiledning, det til felles at legearbeid delegeres til andre yrkesgrupper, eller at andre yrkesgrupper får arbeidsoppgaver som skal superviseres av leger.

Legerollen har stadig vært i endring. Men flere av de endringene som skjer nå virker motivert av andre forhold enn hensynet til pasientsikkerhet og bedret kvalitet i helse-tjenesten. Ressurshensyn og å lappe på en fastlegeordning som er i ferd med å falle i fra hverandre, er mer nærliggende årsaker.

Det er vanskelig å engasjere seg i debatten om nyordningene uten at det oppfattes som profesjonsstrid, og da er gjerne løpet kjørt for legenes del, slik hustegner Egil Nyhus illustrerer på forsiden.

Fastlegeordningen skal være navet i helsetjenesten. De fleste er enige om at ordningen er i krise, ikke minst på grunn av et voldsomt press på papirsiden. Men fastlegene har ikke bedt om å bli fritatt for det kliniske pasientarbeidet. Spørsmålet er derfor om forsøket fra myndighetenes side på «å hjelpe» overarbeidede leger ender som en bjørnejeneste.

Reseptblokken og stetoskopet har tradisjonelt vært legenes viktigste arbeidsredskap. Det kan ligge an til at sykepleiere kommer til å få forskrivningsrett for enkelte legemidler, andre legemidler vil bli reseptfrie med farmasøytveiledning, slik Viagra (sildenafil) ble lansert med brask og

bram i valgkampen som første medisin ut.

Sildenafil er et potent legemiddel på mange måter. For at ordningen skal være faglig forsvarlig må pasienten fylle ut et spørreskjema. Å undersøke pasienter og vurdere indikasjoner og kontraindikasjoner for medisinsk behandling er kjernen av medisinsk praksis. Begrunnelsen for ordningen, farlige kopipreparater, enklere medisinbruk og sjenanse synes nokså oppkonstruerte. Å få fornyet resepter er ikke spesielt vanskelig, og medisiner på resept er atskillig billigere enn om man skal kjøpe de som håndkjøpspreparater. Og hvorfor er det mindre belastende å bli utspurt av en farmasøyt enn en lege? De som «stryker» på utspørringen må likevel til fastlegen. Det vil si; alle oppfordres til å oppsøke fastlege i løpet av seks måneder. Hva er da vitsen?

Pilotprosjektet for ny legevaktordning legger opp til en tredeling der sykepleiere og ambulansesarbeidere kan begynne seg i første rekke. Men disse er helt avhengige av leger i bakvakt-funksjoner. De nye ordningene trenger ikke i og for seg å være kritikkverdige eller farlige. Sykepleiere kan sikkert bli minst like flinke som leger til å utføre prosedyrer som de får mengdetrening i. Denne «avlastingen» av legerollen trekker prosedyrer vekk fra overarbeidede LIS-er, som der og da kan synes det er fint å slippe unna tidkrevende arbeid. Ta spinalpunksjon som et eksempel. To sykepleiere og et ønske om at overlegen skal være til stede når LIS-en utfører prosedyren gjør at virksomheten i akuttmottaket nærmest kan stanse opp. Hvorfor kan ikke en AKS-er gjøre dette, hvis de kan sette blokkader?

Noe av legekompetansen går ut på å ha oversikt og vurdere fysiologiske årsaks-

mekanismer. Å gipse en greenstick-fraktur på barn er sikkert ikke spesielt vanskelig. Men hvor trent er AKS-ene til å vurdere om hvorvidt mekanismen bak bruddet skyldes barnemishandling? Ordningen er helt avhengige av lege-konsulenter som kan spørres til råds og beslutte videre utredning.

Alliansen mellom erfarne overleger og spesialutdannede sykepleiere er både ressurs-sparende og trygg. Men jo mer legearbeid som overtas av AKS-ere, dess mer kan LIS-legene bli et hår i suppa.

Spørsmålet er også hva de mer lang-siktige konsekvensene vil bli.

Det er et innarbeidet prinsipp at likt arbeid skal betales likt. Derfor vil det nok komme krav om at sykepleiere som gjør avanserte arbeidsoppgaver bør få bedre betalt. Dette kan spise opp de økonomiske gevinstene. En slik harmonisering av lønn kan gjøre rekrutteringen til fastlege-jobber enda vanskeligere enn i dag. Og hvor motiverende er det å sitte igjen med å skrive fraværsattester for friske ungdommer, mens farmasøyter og sykepleiere tar over det praktiske legearbeidet og for-skrivning av medisiner?

For erfarne leger er det sikkert fint å slippe å stå opp om natta, og i stedet strø sand på sykepleier-vurderinger, enten det er på lege-vakt eller i akuttmottaket.

For LIS-legene kan effekten bli at det blir stadig vanskeligere å oppnå de mange læringsmålene. De kan ende som «lik-som-leger» som tar opp journaler uten å foreta selvstendige kliniske vurderinger.

AKS-erne er nok rett rundt hjørnet, selv om de nåværende utdanningsplanene ikke holder mål. Spørsmålet er hva som blir konsekvensen for legerollen, ikke minst for legeutdanningen. ■

– Urealistiske utdannings

En lang rekke utdanningsinstitusjoner er kritiske til foreslått innhold i utdanningen til de første sykepleierne som skal få spesialistgodkjenning.

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

Kunnskapsdepartementet har foreslått en ny master i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) som skal føre til spesialistgodkjenning. Masteren skal være spesielt rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

I forslaget til retningslinjer for utdanningen er det lagt opp til at den skal omfatte et vidt spenn både når det gjelder fagområder og pasientgrupper.

Departementet skriver selv at «utdanningen skal være analog til legenes spesialisering i allmennmedisin der legen skal ha avansert kunnskap på en rekke fagområder».

Ved Universitetet i Sørøst-Norge er det allerede mulig å ta en AKS-master. De fem første til å fullføre denne masteren har gått inn i rollen med avansert klinisk sykepleie i akuttmottaket på Drammen sykehus. Oppgaven er under utforming, og inkluderer diagnostisering og foreskriving av smertestillende for avgrensede pasientgrupper.

– Vi vil gjerne ha på plass nasjonale retningslinjer for denne utdannelsen, slik at det kan bli et visst samsvar mellom kravene som stilles til AKS-sykepleiere, sier Ingri T. Seip, AKS-sykepleier ved Drammen sykehus.

AVANSERT BREDDE

Ifølge forslaget til nasjonale retningslinjer skal sykepleierne tilegne seg både avansert kompetanse og breddekompetanse innen de fleste felt – somatiske og rusrelaterte såvel som psykiske.

Kompetansen skal være knyttet til alle aldersgrupper og pasientfaser – både akutt, kronisk, forebyggende, helsefremmende, rehabiliterende og lindrende.

I tillegg til dette skal sykepleierne bygge opp inngående kunnskap om samhandling, samarbeid og tjenestekoordinering.

Siden det er snakk om en mastergrad, skal de også utvikle akademiske ferdigheter og levere et vitenskapelig arbeid (masteroppgave) på 30 studiepoeng.

En stor andel av utdanningen – 800 timer – skal være praksisstudier. Totalt skal utdanningen ha et omfang på 120 studiepoeng, eller to års studier på heltid.

SPØRRENDE, TVILENDE OG KRITISKE

Et titalls utdanningsinstitusjoner har kommet med høringsuttalelser om masterutdanningen. De stiller seg enten spørrende, tvilende eller kritiske til at den skisserte utdanningen er mulig innen rammene av 120 studiepoeng.

Det eneste unntaket er Universitetet i Agder (UiA). De påpeker at det er omfattende og komplekse kunnskapsområder som skal dekkes, men tror likevel det er gjennomførbart.

Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo mener den foreslåtte mastergraden vanskelig vil kunne gi tilstrekkelig fordypning til å dekke den skisserte bredden.

«Innholdet slik det er formulert i kompetanseområdene og formålet dekker et svært bredt felt. I kombinasjon med en 30 studiepoengs masteroppgave og 800 timer praksis, tilsvarende et helt semester – 30 studiepoeng, så er det vanskelig å se at de resterende 60 studiepoengene er tilstrekkelig for å dekke avansert kompetanse i kompetanseområdene, metode, vitenskapsteori og etikk,» heter det i deres uttalelse.

– BEKYMRET

OsloMet mener det i realiteten kan se ut til at masteroppgaven blir en fordypning i ett av de tre områdene somatisk helse, rus eller psykisk helse, noe som i så fall ikke vil være i tråd med intensjonen om allmennspesialisering.

Lovisenberg diakonale høyskole «er i tvil om 120 studiepoeng er tilstrekkelig for å oppnå sluttkompetanse i tråd med bredden som læringsutbyttene beskriver i forskrifts-utkastet».

NTNU er bekymret over den omfattende tematiske bredden som det legges opp til, og er «i tvil om krav til innhold i masterutdanningen er gjennomførbart innen rammen av 120 studiepoeng og hvorvidt det stilles uforholdsmessige krav til kandidatens sluttkompetanse som ikke lar seg realisere i praksis».

– FOR HØYT AMBISJONSNIVÅ

Fra Universitetet i Tromsø (UiT) har det kommet to høringsuttalelser som begge er svært kritiske.



Her er AKS-sykepleierne Kim Gaarde og Ingri T. Seip på jobb på Drammen sykehus. De ønsker nasjonale retningslinjer for AKS-utdanningen velkommen.

FOTO: ERIK M. SUNDT/SYKEPLEIEN

mål for AKS-sykepleiere



«Rapportens forslag synes som en ønskedrøm om generell og bred klinisk kompetanse, men vi ser lite innsikt i hvordan dette vil være mulig å oppnå innen rammen av 120 studiepoeng i henhold til internasjonale krav til masterstudium og internasjonale forventninger om hva et masterstudium innebærer av arbeidsbelastning for studentene.»

Det skriver Kjersti Sunde Mæhre, assisterende instituttleder ved Bachelorutdanningen i sykepleie ved Institutt for helse- og omsorg ved UiT, sammen med Randi Børresen, studieleder for Master i sykepleie ABIOK og sykepleiefaglig fordypning.

– Det kan oppfattes som om master i AKS har en intensjon om å sammenfatte allerede eksisterende masterutdanninger innen sykepleie i én utdanning. En generalist innen avansert klinisk sykepleie vil aldri kunne løse alle de oppgavene som skal løses innen alle disse spesialområdene, sier Mæhre til *Journalen*.

Hun er klar på at hun mener ambisjonsnivået er for høyt.

– Dette er veldig urealistisk. Det er umulig å bli spesialist innen alle disse fagfeltene i løpet av 120 studiepoeng, sier Mæhre.

Hun forteller at UiT leverte to uttalelser fordi det var ulike syn på hvor kritisk man skulle være til forslaget.

– UFORENLIG

Den andre høringsuttalelsen fra UiT er levert på vegne av fagmiljøene ved flere av masterutdanningene ved Institutt for helse- og omsorgsfag.

«Den enorme bredden i kunnskap og kompetanse som skisseres, er etter vårt syn uforenlig med NOKUTS avklaringer for hva som skal til for å nå et avansert nivå. Det vil ikke være mulig å nå et avansert nivå på alle disse kunnskap- og kompetansefeltene i løpet av et 120 studiepoengs studieprogram. Spissformulert vil man i denne AKS-modellen utdanne kandidater som kan «litt mer av alt» enn det bachelorkandidater kan», heter det her.

Avsenderne stiller seg svært undrende til bruken av begrepet «avansert» i det framlagte forslaget til retningslinjer. Begrunnelsen er at dette bryter med sentrale statlige føringer for masterprogram – og hva som er forutsetninger for avansert kompetanse i norsk høyere utdanning.

I tillegg til utdanningsinstitusjonene er det flere av sykehusene og andre høringssinstanser som uttrykker bekymringer om utdanningens omfang.

Utdanningsinstitusjonene stiller seg også i stor grad tvilende til om praksisfeltet de kommende årene har kapasitet og veiledningskompetanse til å ivareta bredden i studiet.



– Jeg kunne gjerne tenkt meg å være med på å starte en sånn type masterutdanning, men den måtte hatt ett litt annet innhold, sier Kjersti Sunde Mæhre, assisterende instituttleder ved Bachelorutdanningen i sykepleie ved Institutt for helse- og omsorg ved UiT.

FOTO: PRIVAT



– Vi er i ferd med å arbeide fram en løsning for AKS-utdanning med begynnende fordypning i et underemne som er relevant for kommunehelsetjenesten, sier rektor Lars Mathisen ved Lovisenberg diakonale høyskole.

FOTO: PRIVAT

GENERALISTSPESIALIST

Lars Mathisen er rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole. Han forteller at høyskolen har begynt å planlegge hvordan de skal få til å tilby et slikt studium.

– Her er det snakk om å lage en generalistspesialist, samtidig som det skal være en akademisk kvalifisering hvor det ligger krav om

TO HØRINGER OM AKS-SYKEPLEIERE

- Kunnskapsdepartementet har lagt frem forslag til nasjonale retningslinjer for en ny masterutdanning for sykepleiere, kalt avansert klinisk allmennsykepleie (AKS).
- Opptak til masterstudiet skal kreve fullført bachelorgrad i sykepleie eller tilsvarende sykepleierutdanning og autorisasjon som sykepleier med minimum to års klinisk praksis.
- Departementet ønsker også å innføre offentlig spesialistgodkjenning for de som gjennomfører utdanningen. Høringen om masterutdanningen er gjennomført, mens høringen om spesialistgodkjenningen har frist 1. oktober.
- Førstnevnte høring handler om «Forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie».
- Den andre og pågående høringen handler om «Forslag til forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie».

fordypning. Dilemmaet er åpenbart, sier han.

Mathisen understreker at høyskolen slutter seg til analysen som er gjort og utfordringsbildet som er tegnet opp av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

– Spørsmålet er hvordan vi skal løse dette i en utdanningssammenheng. Vi fokuserer på bred og fleksibel generisk kompetanse med begynnende fordypning i pasientmålgrupper gjennom valgemner. Vi vil organisere masteren i et treårig deltidsstudium med gode vekselvirkninger mellom utdanning og tjenesteyting, samt å føre ulike yrkesgrupper inn i veilederroller inntil vi har utdannet nok rollemodeller innen AKS, sier Mathisen.

Han understreker at han tror det er mulig å få til en god AKS-utdanning, og viser til at lignende utdanningsløp allerede finnes i flere andre land.

– Sykepleierfaget er i sin essens en generalisttilnærming. Vi har til nå etablert spesialiseringer som følger de medisinske spesialitetene, men det går an å argumentere for at det er å bevege seg litt bort fra kjernen i faget, sier Mathisen.

Han har selv utdanning i en annen spesialitet innen avansert klinisk sykepleie fra USA.

– Det var et krevende studium. Men den erfaringen gir tro på at man kan lykkes med lignende tilbud i Norge, sier Mathisen.



– Jeg er veldig glad for samstemtheten om at denne typen kompetanse trengs, sier Marit Kirkevold, instituttleder ved OsloMet.

FOTO: ANBJØRG KOLAAS



– Andre land har fått til å legge denne typen utdanning innenfor rammene av 120 studiepoeng, sier Eli Gunhild By, leder for Norsk sykepleierforbund.

FOTO: MONICA KVAALE/NSF

REKRUTTERE OG HEVE STATUS

Departementet ønsker med spesialistgodkjenning for AKS-sykepleiere å signalisere at dette er en viktig utdanning som helsemyndighetene ønsker at man skal ta.

«Offentlig spesialistgodkjenning kan virke både rekrutterende og statushevende. Samtidig legges det til rette for at sykepleiere med denne utdanningen kan få en utvidet og definert rolle i tjenesten i tråd med utdanningen», skriver departementet i høringsbrevet om spesialistgodkjenningen.

Flere høringsinstanser etterlyser en tydeligere avklaring av hva som skal være spesialist-sykepleierens selvstendige oppgaver opp mot legens ansvar.

Tross i kritikken er det bred enighet blant utdanningsinstitusjonene og de andre høringsinstansene om behovet for økt kompetanse innen helsefag i kommunene.

Det er også god oppslutning om at en spesialistgodkjenning kan være hensiktsmessig, både med tanke på den forventede mangelen på sykepleiere og økte krav til kompetanse og funksjon.

– Vi er glade for at de fleste høringsinstansene er enige i at denne typen kompetanse trengs, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, sier Marit Kirkevold, instituttleder ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet.

Hun har deltatt i arbeidet med å jobbe fram et forslag til nasjonale faglige retningslinjer om AKS-utdanning, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har ledet arbeidsgruppen.

– Det er riktig at de fleste høringsuttalelsene stiller spørsmål ved bredden i utdanningen slik den nå er skissert. Det mener jeg er rimelige bekymringer, sier Kirkevold.

– GÅR GJENNOM PÅ NYTT

Alle innspillene fra høringen vil bli vurdert og lagt vekt på når forslaget til forskrift skal revideres og vedtas, ifølge Kirkevold.

– Høringsinnspillene viser at retningslinjene må bli klarere på hva som er hensikten med denne utdanningen, nemlig å møte et behov som ikke er tilfredsstillende ivarettatt i dag, fordi pasientene har mer komplekse og sammensatte behov som dagens tjenester ikke helt er rustet til å håndtere, sier hun.

– Målet med mastergraden er ikke å utdanne sykepleiere til å gjøre legeoppgaver, men å styrke sykepleietjenesten. Når det er sagt, er ikke oppgaveglidning et ukjent fenomen i helsesektoren, understreker Kirkevold.

Sammen med en arbeidsgruppe gjennomgår Helsedirektoratet nå hele forslaget til retningslinjer på nytt, inkludert hver enkelt av beskrivelsene av læringsutbytte, og arbeider med en klargjøring av hvordan

veiledet praksis kan løses, forklarer Kirkevold.

Hun er ikke overrasket over den store graden av konsistens i høringsuttalelsene.

– Mange har påpekt at omfanget ser veldig eller for ambisiøst ut. Det har vært utfordrende å finne balansen mellom bredde og fordypning. Det vet vi er vanskelig i allmennmedisinen også. Vi har kanskje ikke truffet helt, og ikke vært tydelige nok, sier Kirkevold.

– MÅ VÆRE MULIG

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er en av høringsinstansene som mener det er mulig å gjennomføre den skisserte utdanningen innenfor de rammene som er beskrevet i forslaget til retningslinjer.

– Det som er viktig for oss, er at vi får en utdanning som gir pasientene et bedre tilbud – spesielt de som har flere sykdommer samtidig, som er en voksende del av befolkningen, sier Eli Gunhild By, leder i NSF.

Hun har ingen spesiell kommentar til at utdanningsinstitusjonene har en annen oppfatning enn forbundet. By mener forslaget til masterutdanning er i tråd med det som er gjort i andre land med tilsvarende utdanning.

– Da må det være mulig å få til i Norge også. NSF oppfatter bred enighet om at vi trenger en slik utdanning her i landet, sier By. ■

OUS slo egen vaksinasjonsrekord

Ved Oslo universitetssykehus ble 73 prosent av de ansatte vaksinert mot influensa i fjor, mot 54 prosent året før.

PER HELGE MÅSEIDE

Best i klassen ble imidlertid Diakonhjemmet sykehus med 75 prosent vaksinerte, mens Lovisenberg klarte 70 prosent.

I år planlegger smittevernoverlege Ragnhild Raastad ved OUS å gjøre vaksinasjonsdekningen enda bedre.

Sykehuset vaksinerte i fjor samtlige yrkesgrupper, ikke bare personell som har pasientkontakt. Likevel nådde man en rekordhøy oppslutning, tett oppunder WHO's mål på 75 prosent, og helseforetakets egne mål på 80 prosent. Sykehuset satser kun på frivillige tiltak, noe Raastad har stor tro på. Resepten for å få opp dekningen er tilgjengelighet og ledelsesforankring. Ansatte skal få vaksinen der de jobber, og ikke trenge å møte opp på bestemte steder. Raastad forteller også at det ble utvist stor grad av kreativitet.

– Noen hadde for eksempel vaksinasjons-«lounger» hvor man kunne slappe av med en kaffe og Se og Hør etter at sprøyten var satt, sier hun.

Vaksinene leveres fra Folkehelseinstituttet, og et av tiltakene for å øke vaksinasjonsdekningen ytterligere, er at man ikke lenger trenger å hente vaksinene på et bestemt sted. I stedet kan de bestilles sammen med andre medisiner via Sykehusapoteket og bli «levert på døra» enten det er til en sengepost, en ekstern poliklinikk eller et DPS.



FOTO: PAAL AUDESTAD

I år planlegger smittevernoverlege Ragnhild Raastad ved OUS å gjøre vaksinasjonsdekningen enda bedre enn i fjor.

BEREDSKAP FOR BIVIRKNINGER

Obligatorisk vaksinasjon ble i fjor foreslått av helsebyråd Tone Tellevik Dahl (Ap), og utredes nå av Oslo kommunes helseetat (se egen sak under). Det er et forslag Raastad har lite til overs for, av flere årsaker.

– Dette er ingen perfekt vaksine, vi vet at effekten ligger rundt 50-60 prosent. Et annet poeng er at man tross alt kan få bivirkninger av den. Vi har et godt samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen slik at folk skal føle seg trygge på at de blir godt ivaretatt og ha enkel tilgang

til vurderinger av eventuelle bivirkninger, men så langt meg bekjent har det ikke vært noen pågang, sier hun.

– Våre erfaringer er at det er mye å hente på frivillighet og intensivert informasjon, sier Raastad, og peker på de gode resultatene ved store norske sykehus.

– Fortsatt er det en del som ikke vet at de kan smitte andre uten selv å føle seg syk. Så lenge muligheten for frivillighet ikke er uttømt ser jeg ikke det hensiktsmessige i å gjøre vaksinasjon obligatorisk, sier Raastad. ■

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

Nordmenn får ny type influensavaksine

Aldri har så mange tatt influensavaksinen som i fjor, men Folkehelseinstituttet vet ikke i hvilken grad dette bidro til at færre ble alvorlig syke.

PER HELGE MÅSEIDE

I løpet av høsten og vinteren ble det distribuert hele 858 800 doser med influensavaksine. Det var 233 000 doser flere enn året før. Langt færre influensasyke ble innlagt på sykehus, og færre ble intensivbehandlet. Samtidig var den totale dødeligheten i befolkningen lavere enn på samme tidspunkt året før. Dette framkommer i en rapport som Folkehelseinstituttet har publisert.

Vaksineringen er snart i gang på ny, nytt av året er at influensavaksinen dekker bredere enn fjorårets.

– De nye vaksinene i år er firevalente, altså med fire virus mot tre før. Det øker sjansen for at vaksinen skal dekke de sirkulerende virusene. Dette medfører også en prisøkning; hver dose av subsidiert vaksine til risikogrupper koster ca 75 kroner, sier overlege Preben Aavitsland ved Folkehelseinstituttet.

– Leveringen til kommunene fra FHI blir fra uke 41, noen uker senere enn i fjor. Det skyldes at WHO's anbefalinger for sammensetning kom seint, og dermed ble produksjonen forsinket. Det gjør heldigvis ikke så mye. Det er jo en fordel å bli vaksinert nær opp til epidemien slik at immuniteten er høy; den taper seg nokså raskt. Epidemien starter jo sjeldent før jul, opplyser overlegen.

I fjor startet den i uke 52 og varte til uke 13. Den nådde toppen i uke 7.

Målgruppene for vaksinen er de samme som før, men i år legger man særlig vekt på å nå gravide i 2. og 3. semester, og andre unge i risikogrupperne. Barn er fortsatt ingen risikogruppe i seg selv, men svært mange faller inn i risikogrupperne som totalt utgjør 1,6 millioner nordmenn likevel.

– Eksempelvis har alle barn som bruker inhalasjonssteroider mot astma økt risiko for alvorlig sykdom og bør vaksineres, sier seniorrådgiver Kjersti Rydland i Folkehelseinstituttet. Hun opplyser at man bevisst ikke ønsker å være altfor detaljert i hvem som bør få vaksinen og at dette til syvende og sist er en medisinsk faglig vurdering.

DEKKET GODT NOK I FJOR

Virusene som sirkulerer i Norge og resten av verden er to typer av influensavirus A, og to typer av influensavirus B. Disse eksisterer med ulike genetiske varianter som endrer seg fra år til år, noe som er årsaken til at vaksinene ikke treffer blink like godt alle år. Fjorårets vaksine dekket to A-typer, A(H1N1) og A(H3N2), men bare én B-type. Årets vil dekke to B-varianter, men i fjor betydde denne forskjellen ingen ting i praksis siden det forekom svært lite influensa B.

KJENNER IKKE EFFEKTEN

Hvor mye vaksinen hadde å si for at epidemien ble mild i fjor er uvisst.

Norske smittevernmyndigheter vet at det var influensavirus A(H1N1) som sirkulerte, og at vaksinen i teorien skulle beskytte mot dette viruset. Men de måler ikke effekten selv. Det gjøres på et europeisk nivå.

– Vi vet faktisk ikke i hvilken grad den lavere sykkeligheten skyldes det store antallet vaksinerte, sier Kjersti Rydland. Men én ting er hun helt klar på; selv om det er vanskelig å eksakt måle effekten av vaksine på gruppenivå, så hjelper vaksinen for den enkelte. ■

Kommunen utreder obligatorisk vaksinasjon

Helsebyråd Tone Tellevik Dahl (Ap) tok i fjor til orde for obligatorisk influensavaksinasjon av helsepersonell. Nå har hun bedt Helseetaten om å utrede tiltaket.

Det var i et intervju med *Journalen* at Oslo kommunes helsebyråd kom med forslaget, etter at kommunens tall viste at vaksinasjonsdekningen vinteren 2017/2018 varierte sterkt og noen steder var så lav som 22 prosent. Dette fikk stor oppmerksomhet i nasjonale medier.

Antallet vaksinerte steg betydelig ved alle tjenestesteder i kommunen (se tabell) i fjor vinter, noe Tellevik Dahl framhever som positivt. Men selv om antall vaksinerte øker, er man med unntak av fire helsestasjoner langt unna målet om 75 % vaksinasjonsdekning i alle virksomheter, opplyser fungerende smittevernoverlege Karoline Harding.

Helsebyråden mener derfor det er helt nødvendig å utrede hvorvidt influensavaksinasjon kan gjennomføres som en yrkesvaksinasjon.

– Vi snakker om en alvorlig infeksjon som hvert år tar livet av flere hundre personer nasjonalt, sier hun, og peker spesielt på den lave andelen vaksinerte ansatte på enkelte sykehjem.

– Beboerne der er de aller mest skrøpelige vi har og de skal ikke være redde for å bli smittet av de ansatte, sier hun.

Kommunen vil fortsette arbeidet med en

Influensavaksinasjon i Oslo 2017 og 2018

Tjenestested	Dekningsgrad-2017	Median-2018
Alle bydeler – helsestasjoner	54 %	72 %
Alle bydeler – hjemmetjenester	28 %	37 %
Private hjemmesykepleie		18 %
Dekningsgrad-2018		
KAD/Aker legevakt	48 %	65 %
Allmennlegevakten	36 %	69 %
Alle sykehjem	22 %	27 %
Diakonhjemmet	50 %	70 %
Lovisenberg	50 %	75 %
OUS	54	73 %

samordnet vaksinasjonskampanje sammen med sykehusene og å sørge for at ansatte får vaksinen der de jobber.

Utredningen skal foreligge i vinter.

NYTT RUNDSKRIV

Helsedirektoratet gikk i fjor ut i *Journalen* og pekte på at det kunne bli nødvendig å kartlegge jobbsøkeres holdninger til vaksinasjon, samt innskjerpe muligheten for

omplussing av uvaksinerte arbeidstakere. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har etter dette bedt direktoratet utarbeide et rundskriv om krav og plikter for arbeidsgivere og ansatte knyttet til vaksinasjon i helsetjenesten. Rundskrivet vil bli levert til departementet tidlig i oktober, opplyser fung. avdelingsdirektør Anita Bergh Ankarstrand i Avdeling for helserett og bioteknologi. ■

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.

Én verden – én helse

Sammenhengene mellom folkehelse og klimarelaterte problemstillinger bør inn i medisinstudiet. Og det er på tide å etablere et nasjonalt nettverk av leger og medisinstudenter som er opptatt av tematikken. Det skriver kronikkforfatteren.

Nylig ble «the Planetary Health Annual Meeting 2019» arrangert ved Stanford University i California. Av flere grunner var det en av de mest interessante og lærerike konferansene jeg har vært på.

For det første var dette for meg selve kronksempelen på tverrfaglighet og globalt samarbeid. En rekke forskjellige fagdisipliner var representert, som for eksempel medisin, biologi, økologi, veterinærmedisin, økonomi, geografi, fysikk, kjemi og informasjonsteknologi. Og både deltakere og foredragsholdere kom fra et stort antall høy- og lavinntektsland. Dermed kunne jeg ikke unngå å gjøre en interessant observasjon – hvorfor var de nordiske landene så dårlig representert? Med unntak av en finsk kollega, var jeg, så vidt jeg klarte å finne ut, den eneste fra Norden som deltok. Kan forklaringen være konferansens agenda?

Klimaendringer, tap av biodiversitet, forurensning og manglende tilgang til vann er blant de største truslene mot folkehelsen globalt. Helsepersonell bør av den grunn engasjere seg i disse utfordringene. Men er dette temaer som i liten grad fanger norske legers oppmerksomhet?

Det har eksistert nettverk og organisasjoner i tiår som anerkjenner at menneskers helse henger sammen med både dyrenes helse og tilstanden i miljøet som omgir oss. Eksempler på slike nettverk, allianser eller initiativ, begrepene brukes om hverandre, er One Health, Planetary Health og EcoHealth.

One Health, Planetary Health og EcoHealth er i varierende grad orientert rundt dyrs helse, folkehelse og økologiske utfordringer, men forenes i anerkjennelsen av at de store miljø- og klimautfordringene vi står overfor vil ha stor betydning for menneskers helse. Alle har som mål å stimulere til forskning og undervisning. Mitt klare inntrykk er at disse nettverkene er påfallende lite kjent blant leger og medisinstudenter i Norge i motsetning til hva de er blant norske veterinærer eller



FOTO: PRIVAT

ERNST KRISTIAN RØDLAND, postdoktor Avdeling for samfunnsmedisin global helse, UiO.

internasjonale legekollegaer. Og det er ganske rart, for i mange land blir medisins relasjon til natur og miljø undervist legestudenter ved en rekke kjente universiteter.

One Health initiativet (<http://www.one-healthinitiative.com>) ble dannet i 2006 for å stimulere tverrfaglig samarbeid i bekjempelsen av globale helseutfordringer. Ideen er altså ikke ny, men har siste år blitt veldig aktuell, særlig innenfor forskning på antibiotikaresistens.

Planetary Health Alliance (<https://planetaryhealthalliance.org>) er det yngste nettverket og ble etablert etter at the Lancet Commission on Planetary Health ble publisert i 2015. Etter bare tre og et halvt år er over 200 institutter, universiteter og organisasjoner i mer enn 40 land blitt medlemmer. Veksten har vært, og er, imponerende, og viser et stort internasjonalt engasjement. Senter for Global Helse ved Universitetet i Oslo (CGH/UiO) er så vidt jeg vet den første og foreløpig eneste institusjonen i Skandinavia som er medlem.

WHO har satt global oppvarming og forurensning på topp av listen over trusler mot global helse i 2019 (<https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>). I seg selv er dette en veldig god grunn for leger til å engasjere seg i disse utfordringene, uavhengig av under hvilken plattform.

Og da følger selvfølgelig spørsmålet: hva kan og bør vi gjøre?

Det er selvfølgelig ikke bare ett svar på dette spørsmålet, og jeg sitter ikke med noen fasit. Det er kjent at befolkningen har stor tiltro til helsepersonell, spesielt leger og sykepleiere. Vi kan derfor spille en sentral rolle for økt forståelse for sammenhengen mellom menneskers helse og planetens tilstand. Men det krever at helsepersonell i Norge i det minste kjenner til denne sammenhengen.

Kompleksiteten i klima- og miljøutfordringene, både generelt og som en trussel mot folkehelsen, understreker nødvendigheten av tverrfaglig og internasjonalt samarbeid. Mye spennende kunnskap og forskning kan bli resultatet ved samarbeid med andre fagdisipliner, både nasjonalt og internasjonalt.

Medisinstudenter bør i større grad undervises i temaene innen One Health eller Planetary Health, og gjerne sammen med andre studieretninger som veterinærstudiet. Og alle med interesse for disse utfordringene, og som jobber ved en utdanningsinstitusjon, meg selv inkludert, bør undersøke hvordan en slik undervisning kan inkluderes i medisinstudiet.

Og det er behov for et nasjonalt nettverk for leger og andre som engasjerer seg. Et løst organisert nettverk, ingen topptung organisasjon. Et nettverk som kan være en stemme i den offentlige debatten og overfor beslutningstakere. Som kan bidra til etablering av undervisning og som kan fungere som en kontakthet mot andre land. Dette har tidligere vært forsøkt etablert, men uten særlig suksess.

Jeg tror tiden er moden for å prøve en gang til. ■

INTERESSERT?

Ta gjerne kontakt med kronikkforfatteren på: epost: e.k.rodland@medisin.uio.no mobil: 991 55 345

JOURNALEN I NYHETENE

Temasaken i forrige nummer om cannabis ble 26. juni sak på NRK Dagsnytt, Nyhetsmorgen og nrk.no. NTB laget en sak som ble publisert i Dagbladet, Klar Tale og Sykepleien.



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

Sterke meninger?

Da kan du skrive kronikk eller debattinnlegg!

Kronikk: 6500 tegn m mellomrom.

Debattinnlegg: 4500 tegn m mellomrom.

Replikk: 2500 tegn m mellomrom.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte innsendte manus.

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



GEIR SVERRE BRAUT

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

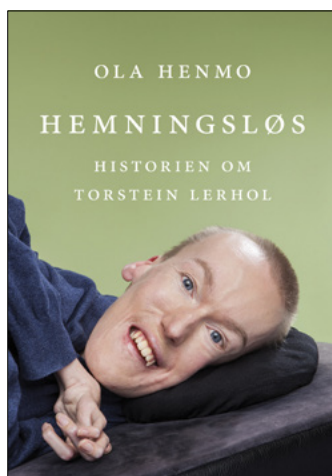
Viktig om ein person, men endå viktigare om politikk

Det er risikosport å gi ut biografiar om nolevande menneske. Denne gongen går det bra for hovudpersonen, like så vel som for forfattaren og forlaget. Det er freistande å skrive at dei kjem ut av det med helsa i behald, for grunnleggjande sett er det helse denne boka handlar om.

Torstein Lerhol er velutdanna og arbeidsfør, trass i at han er fødd med spinal muskelatrofi. Mange av oss har stifta kjennskap med han i år. Han var ihuga med i kapp- laupet om ordførarvervet i heimkom- munen Vang i Valdres. Men valresultatet viste at han ikkje nådde opp der. Sjølv om senterparti-politikaren sikkert hadde hatt grådig lyst på den posisjonen, måtte ein ha rekna det som ei mindre bragd enn det som han alt har oppnådd. Han har fullført ein mastergrad i historie. Han arbeider som leiar i eit privat helsetenesteforetak.

Når han sjølv skal seie noko om kvifor han har lukkast, gir han tilkjenne at han er «båret frem, men ikkje på gullstol» og at folk har «sett på meg som en ressurs». Begge desse to utsegnene kan stå som metaforar for to fenomen som er sentrale i all habilitering og rehabilitering, nemleg vekslinga mellom omsorg og sjølvstende.

I **kapittel etter kapittel** får forfattaren fram både det som er unikt for mennesket Torstein og mangt som er allment interessant med det samfunnet han og vi lever i. Lesaren får ta del i forteljingar om kjærleik og lengting, men ikkje minst om lyse og mørke sider ved det norske velferdssystemet. Vi får innblikk i korleis einskildpersonar, meir enn tenestesystema i seg sjølve, er avgjerande for korleis tenestetilbodet blir utforma og opplevd. Likevel er perspektivet til hovudpersonen at det må vere trygge og føreseielege system i botnen for å kunne gi forvarlege tilbod til dei som treng det. Ankerfestet i ein trygg familie er tydeleg.



OLA HENMO

HEMNINGSLØS. HISTORIEN

OM TORSTEIN LERHOL

Cappelen Damm, 2019

ISBN 978-82-02-59092-5

219 sider, illustrert

Det er mange tekstbolkar som stimulerer meg til meir ettertanke. Torstein si framstilling av endringane i paragraf 2c i abortlova, opnar for ein langt djupare diskusjon enn den vi opplevde ved regjeringsforhandlingane i fjor haust. Litt grunnare, men likevel logiske og forstålege, er påpeikingane hans til avgjerda frå «Beslutningsforum» om aldersgrense for offentleg tilskot til behandling med lækjemidlet Spinraza (nusinersen), noko som kan redusere farten i sjukdomsutviklinga hos personar som har spinal muskelatrofi.

Gjennom heile boka er forholdet mellom Torstein og dei brukarstyrte assistentane (BPA) hans gitt mykje omtale. Det tykkjer eg er bra, for BPA-ordninga er framleis under utforming. Vi treng å høyre grun- dige forteljingar om dei erfaringane som ulike personar har med denne ordninga.

«Sjølv om framstillinga mange stader er ganske intim og privat, blir den ikkje ufin eller flau. »

Forfattaren har gitt oss ein fint utforma tekst. Sjølv om framstillinga mange stader er ganske intim og privat, blir den ikkje ufin eller flau. Lesaren må ikkje la seg skremma av den klisjéaktige formuleringa «... Torstein Lerhol ville ifølge legene bare bli to år» på smussbandet. Teksten i boka er mykje meir detaljert og nyansert, både når det gjeld legar, andre hjelparar og ikkje minst familiemedlemmer. Såleis får vi eit godt inntrykk av kva som må til når ein skal lage eit system rundt eit menneske med fysiske funksjonshemmingar. Sjølv om utarbeiding av individuell plan ikkje er noko emne i boka, tenkjer eg at ikkje minst dei av oss som har å gjere med utarbeiding av slike planar, kan ta til seg noko her.

Aaron Antonovsky, sosiologen med teo- riane rundt «sense of coherence» (kjensle av samheng) som grunnlag for å bevare helsa, er heller ikkje eit emne i boka. Det kunne han gjerne ha vore, for biografien om Torstein Lerhol viser kor viktig det er at eit kvart menneske kan oppfatte omgivnad- ene som føreseielege, forklarlege, mein- ingsfulle og handterlege. Dette handlar om vekslinga mellom å bli boren fram og om å bli sett på som ein ressurs, nettopp to av dei forholda som Torstein Lerhol peikar på som avgjerande i hans eige liv. ■

Referanse: NOU 2019:5. Ny forvaltningslov. Lov om saksbehandlingen i offentlig for- valtning (forvaltningsloven). Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Styret 2019-2021

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

Sohail Aslam, Af
Brynklinikken
sohail.aslam@online.no

Jacob Jorem, Ylf
Diakonhjemmet
jacobjorem@gmail.com

Nina Irene Wiggen, Af
Gransdalen legesenter
ninairenewiggen@gmail.com

Bendik Brinchmann, LVS

Steffen Roth, Namf
Forsvarets BHT
steffen@dinhm.no

Neelam Sarwar Anjum, LSA
Helseetaten Oslo kommune
neelam_haider@hotmail.com

Even Holt, PSL
Moloklinikken
even@moloklinikken.no

Ingvil Schau Ystgaard, Ylf 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
ingvilyk@gmail.com

SEKRETARIAT
Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.broter@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 Grønvald
Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
lindaelisegronvold@hotmail.com

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

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

MØTEKALENDEREN

Oktober

24. Styremøte kl. 17.00.

November

21. Styremøte kl. 17.00 i

møterom i Thon Hotel Opera

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

LEDEREN

Er valget over?

Lokalvalget er nylig over. Hva har bystyrets nye sammensetning å si for sykehusutbyggingen og lokalisering av sykehusene i hovedstaden?

I Oslo stod ni partier sammen om en felles uttalelse før valget, hvor de krevde utredning av Ullevål sykehus. Arbeiderpartiet og Høyre har begge vedtak på tilsvarende i sine øverste organer i Oslo, men støttet ikke felles-uttalelsen. Dette ble bekreftet på et debattmøte som Oslo legeforening arrangerte på Rikshospitalet i august. Alle partiene som enten har, eller så ut til å få inn, representanter i bystyret var invitert til å debattere sitt syn på sykehus-planene.

«Det blir viktig at lokalpolitikkerne følger opp det de har sagt. Og at vi alle følger opp at politikerne gjør det de har sagt de vil gjøre.»

Er dette en sak for lokalpolitikere? De fleste mente det. Selv om lokalpolitikere ikke har direkte myndighet i saker om sykehus, går vedtakene direkte ut over befolkningen der de bor. Beliggenhet, dimensjonering og oppgavefordeling får konsekvenser for helsetilbudet kommunen må gi. Kommunen har påvirkningskraft på hvor sykehuset skal ligge gjennom arbeidet med arealplan og -regulering. Arealplanen er kommunens fire-årsplan for hvordan byen skal utvikles. Her er det mulig for lokalpolitikkerne å legge føringer på at Ullevålstomta fortsatt skal være regulert til sykehus, akkurat slik de gjorde på Aker.

Det blir viktig at lokalpolitikkerne følger opp det de har sagt. Og at vi alle følger opp at politikerne gjør det de har sagt de vil gjøre.

De estimerte kostnadene til nye sykehusbygg i Oslo har økt formidabelt i løpet av årene med planlegging. Erfaringsmessig vil kostnadene øke enda mer i

forbindelse med prosjekteringsfasen. Har vi da råd til å la være å se på om Ullevålsalternativet kan bli billigere?

Et av hovedargumentene med de foreliggende planene er sammenslåing av ressursene. Her om dagen stod det i Aftenposten at Oslo universitetssykehus planlegger langtidsleie av lokaler på den gamle Veterinærhøyskolen. Både Helse Sør-Øst og kommunen har uttrykt et fremtidig behov for et nytt sykehus sør i Oslo, uten at kostnader er vurdert i denne omgang. Det kan bli dyrt å ikke ta med alle utgiftene når en planlegger et prosjekt. Og det kan bli et dårligere tilbud for befolkningen når det ikke foreligger en god, helhetlig plan på fremtidige behov. Derfor mener jeg at dette valget ikke er over.

Legeplan for Oslo har vært ute på høring i sommer. Bydelene skal følge opp i høst, så her er det viktig at dere leger i bydelene engasjerer dere. I tillegg har Oslo kommune startet et arbeid med hvordan de skal følge opp, og klare å få sine kommunalt ansatte leger gjennom et spesialistforløp. Det blir krevende, men vi ser frem til videre samarbeid for å finne gode løsninger på denne problemstillingen.

Oslo legeforening har fått nytt styre – en god blanding av «gammelt og nytt». Jeg takker for fornyet tillit, og ser frem til en periode til. Det skjer mye i kommunen, på sykehuset og andre steder, hvor det er viktig at vi som leger engasjerer oss – både på pasientenes vegne og for hvilke arbeidsforhold vi selv skal ha.



KRISTIN H HOVLAND,
leder Oslo legeforening

Lenke til debattmøte-streaming:
<https://livestream.com/aktivdebatt/events/8789820>

Sven Haaverstad ble årets «Oslo-lege»

Oslo legeforenings utmerkelse, «Oslo-legen», gikk i år til fastlege og støttekollega Sven Haaverstad. Han har i 25 år hjulpet leger i vanskelige livssituasjoner.

Haaverstad har lang fartstid i faget, er spesialist i allmennmedisin og har arbeidet trofast som allmenlege på Grünerløkka siden 1982. I perioden 2004 til 2008 var han vara- og hovedtilsvalgt for bydel Grünerløkka.

Avgjørende for tildelingen er hans store innsats i støttekollegaordningen. I 1994 opprettet nemlig Oslo legeforening to ulike tjenestetilbud for leger, både en «lege for lege-ordning», en egen allmennlegetjeneste for leger (fastlegeordningen ble først innført i sju år senere), og en kollegastøtteordning for leger med personlige problemer. Både legene selv, kollegene deres og pårørende kan henvende seg dit.

Prisvinneren var idealistisk med som drivkraft i oppstarten av begge ordningene, men har spesielt bidratt i støttekollegaordningen. Den bestod de første årene av to allmennleger og to psykiatere som arbeidet både i team og enkeltvis. De senere årene har det vært mest allmennleger med i gruppen.

KONTINUITET

Prisvinneren har vært kontinuiteten gjennom de forskjellige fasene i støttekollegaordningen gjennom 25 år. Han var leder fra 1995 til 2011, etter det har han vært ordinært medlem.

OSLO-LEGEN

- I 2008 innstiftet Oslo legeforening utmerkelsen «Oslo-legen» som en anerkjennelse fra kolleger til kollega. Årets utmerkelse består av et diplom, et trykk av Nina Due og et reisestipend på 10 000 kr.
- Retningslinjer som legges til grunn for tildeling av prisen er følgende:
 - Mottakeren må være medlem av Oslo legeforening.
 - Mottakeren må ha utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet ha synliggjort legene og legerollen på en positiv måte.
 - Mottakeren bør ha et spesielt «Oslo-fokus» med hensyn til sitt virke, og være kjent ut over en indre krets.

Da prisen ble delt ut på Oslo legeforenings årsmøte 20. august, ble det framhevet at prisvinneren har utvist et stort engasjement for leger i krise og har en egen kontaktevne, innlevelse og utholdenhet i dette arbeidet.

Sven Haaverstad beskrives som naturlig jordnær og med en ekte empati, og har inntatt en aktiv holdning ved å kontakte



Da Sven Haaverstad ble tildelt prisen på Oslo legeforenings årsmøte 20. august, ble det framhevet at han har utvist et stort engasjement for leger i krise og har en egen kontaktevne, innlevelse og utholdenhet i dette arbeidet. FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

kolleger med en omsorgsfull telefon når han mistenker at de kan være i vanskeligheter. Han har sannsynligvis møtt flere hundre leger i vanskelige livssituasjoner, og hver av dem har kunnet få inntil tre samtaler av minutters til noen timers varighet. Ofte er det samtaler

som tas etter vanlig kontortid og gjerne «på sparket» fordi det er relativt prekärt. Det er derfor et betydelig arbeid prisvinneren har utført for andre leger i Oslo.

Prisvinneren skal gå av med pensjon som lege, men vil fortsette som bonde (!) på heltid. Red.



Sykehusplaner gjennom tidene

Tidligere sjeflege Rolf Kåresen holdt foredrag på Medisinske museum på Ullevål om sykehusplaner gjennom tidene i anledning årsmøtet til Oslo legeforening.

Til venstre en pestdoktor fra 1600-tallet. Masken var fylt med urter og sopper dynket i eddik. Dette skulle rense luften og hindre smitte. PHM

Studentlivet sett fra en norsk-ungarsk redaktørkrakk

Redaktøren for Æsculap vil helst være en gjennomsnittlig student på et beinhardt studium, men er over gjennomsnittet interessert i gjenopppliving, litteratur og ungarsk politikk.

TEKST: SYNNE LOFSTAD

Tuva Stranger Mjønes er kjent navn for mange medisinstudenter verden over, siden hun sitter i sitt tredje år som redaktør i Æsculap, Norsk medisinstudentforening (Nmf) sitt medlemsblad. Til daglig studerer hun medisin på femte året i Pécs i Ungarn, og har tidligere studert litteraturvitenskap ved Universitetet i Oslo.

– *Hva var det som fikk deg til å stille til valg som redaktør for tre år siden?*

– Jeg var vel drevet av en motivasjon til å gjøre noe som ikke var studier. Ha en fritidsaktivitet som jeg kan trives med og er flink til. Og jeg hadde vært redaktør tidligere, da jeg studerte litteraturvitenskap. Jeg var redaktør for tidsskriftet Lasso og trivdes veldig godt med redigeringsarbeid og å hjelpe folk til å få det beste ut av skrivingen deres.

Æsculap tar opp temaer innen helse, sosialpolitiske spørsmål, etiske problemstillinger, legerollen og medisinstudiet. Men ikke minst skal det være et forum der medisinstudenter kan utveksle tanker og erfaringer. Æsculap har egen nettside, men har fortsatt å trykke opp magasinet på papir. Det har skapt debatt i Nmf, blant annet på grunn av kostnader og miljøhensyn.

– *Det har vært veldig mye diskusjon de siste årene om papirmagasinet som format? Tenker du at det er levedyktig?*

– Jeg har tenkt mye på det. I den tiden vi lever i nå, hvor det er mye som skjer veldig fort og som er tilgjengelig umiddelbart, blir man litt bortskjemt med både nyheter og kjappe responser på sosiale medier. Så jeg tenker at det å bevare noen av de litt saktere mediene, hvor du blir tvunget til å sette deg ned og bruke litt mer tid på noe, kan være fint. Man stimulerer hjernen på en litt annen måte enn når man bare sveiper kjapt gjennom telefonen. Det er noe jeg gjør mye av uansett, men jeg ser også verdien av

TUVA STRANGER MJØNES

- ▶ 2014– nåværende: University of Pécs, Medical School, 5. året
- ▶ 2010–2013: Litteraturvitenskap, Universitetet i Oslo
- ▶ 2017– nåværende: Redaktør for Æsculap, Tidsskriftet for norske medisinstudenter
- ▶ 2012–2013: Redaksjonsmedlem, Litteraturtidsskriftet Lasso

å lese romaner og høre podcaster som har lengre episoder. Æsculap, med navn etter den greske legeguden Asklepios, ble startet i 1920 og har tradisjonelt hatt sin redaksjon i Oslo. Det er kun nylig at det har vært åpnet for å ha redaktører fra andre byer. Tuva har i hele sin periode dratt i trådene fra Ungarn, både med og uten redaktør-makker i Oslo. Hun stiller til gjenvalg for et fjerde og siste år.

– Æsculap var mer sentralisert før, men dette har endret seg. Det merker man også på skribentene – vi har fått flere skribenter som bor i utlandet. Det er sunt med litt forskjellige perspektiver.

MANGE STUDERER I UTLANDET

Mer enn 30 % av norske leger har embetseksamen fra et utenlandsk universitet, i følge Legeforeningens nettsider, og Nmf Utland er definitivt det største lokallaget i Nmf.

– *Allikevel har utenlandsstudentene kanskje en tendens til å bli litt glemt?*

– Nmf har uttalt seg beskyttende overfor utenlandsstudentene de siste årene. Det tror jeg har vært veldig viktig for de som er rundt omkring utenlands, at man føler man er velkommen i landet man som regel skal tilbake å jobbe i.

Tuva har vokst opp i tettstedet Åros i Røyken kommune i Buskerud, og flyttet til Oslo etter at hun var ferdig med videregående skole. I 2014 flyttet hun til byen Pécs i Ungarn. I Ungarn studerer det rundt 500 norske medisinstudenter, mot rundt 1200 i Polen, i følge Legeforeningens nettsider. Pécs er den femte største byen i Ungarn og ligger sørvest i landet, omtrent tre timer med bil fra Budapest.

– *Hvordan endte du opp i Pécs?*

– Da jeg ikke hadde karakterer som var gode nok fra videregående, ei heller realfag, til å søke i Norge, søkte jeg diverse steder i Sør- og Øst-Europa. Jeg kom inn et par steder, og så valgte jeg Pécs fordi det så ut som en koselig by med overkommelig størrelse.

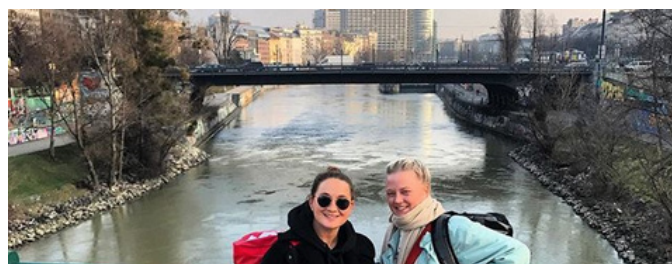
– *Føler studentene i Pécs seg som en del av Legeforeningen og Nmf?*

– Pécs er litt spesiell, vi har et veldig aktivt kurstilbud gjennom Nmf Utland på grunn av noen lokale ildsjeler. Vi har blant annet førstehjelpskurs, mange har utdannet seg til å bli instruktører.

– I Norge er Nmf kanskje synligere i hverdagen til medisinstudentene, mens her nede så føler jeg at hovedattraksjonen er de juridiske rettighetene man har, og en hel haug med kurs og foredrag. Det tror jeg de fleste i utlandet ser nytten av, og dermed knytter de seg til Nmf på en annen måte. Nå til høsten skal det være et stort samarbeidsarrangement i Budapest mellom de forskjellige Nmf Utland-byene, dit kommer det rundt 400 deltagere. Det flys inn foredragsholdere fra Norge.

– *I Norge så har man mange forskjellige organisasjoner som tilbyr kurs, mens det kanskje er annerledes for dere?*

– Nmf er den foreningen som tilbyr kurs. Og de er veldig gode. Jeg har benyttet meg av dette helt siden jeg startet, så jeg har fått flere titalls timer med kursing etter fem år her nede.



Selv holder jeg også kurs i DHLR (hjerne- og lungeredning med defibrillator, red.anm).

HARDT STUDIUM

Sammenliknet med medisinstudiet i Norge er flere studiesteder i Øst-Europa kjent for å større fokus på detaljkunnskaper innen

basalfagene. Noen universiteter er også beryktet for å ha muntlige eksamener der studentene må tåle svært nedsettende kommentarer fra eksaminatorer.

Tuva er likevel glad for at hun endte opp i Ungarn.

– Det går for å være et av de hardeste

stedene å komme seg gjennom, rent teoretisk. De er litt gammeldagse her, særlig de første tre årene. Så det er ganske tøft rent studiemessig, men det blir veid opp for av et veldig godt miljø og en fin studentby. Det er en etablert kultur for å hjelpe hverandre, og et trygt og støttende miljø. Det er lite press

*«Man må innfinne seg med en del av kulturen som er her,
men så blir man kanskje litt mer hardhudet av det.»*

studentene imellom, så presset kommer bare fra universitetet. Jeg har kanskje en følelse av at det er mer indre press og press mellom studentene i Norge, men jeg vet ikke.

– Hos oss blir man godt kjent på tvers av kull og grupper. Og siden de muntlige eksamenene er så stressende og vanskelige, så har alle mye sympati for hverandre og prøver å hjelpe hverandre mest mulig.

– Når du sammenlikner med din tid som student i Norge, merker du store kulturforskjeller?

– Det er jo den autoritære måten professorene forholder seg til studentene på. Det er veldig tydelig hvem som er sjefen i rommet til enhver tid. Det merker man også på sykehuset. Man må oppføre seg deretter. En ting er at man er uenig i hvordan det gjøres her, men man kan ikke kjøre sitt eget løp heller, for da får man kanskje en dårligere opplevelse på en muntlig eksamen, eller i timen, og lærer ikke så mye. Man må innfinne seg med en del av kulturen som er her, men så blir man kanskje litt mer hardhudet av det.

– Litt «What doesn't kill you makes you stronger»?

– For noen. Jeg tror det er utrolig personavhengig. Jeg har ganske godt av et sånt type studium, jeg kan se for meg at jeg kunne blitt mer reddhare av å ikke studere her. Men for andre, og for meg selv i blant, så kan det bli ganske angstfullt. Det blir veldig skummelt å ta eksamener, og hvis man er litt ensom også, kan det bli tungt psykisk. Det har undersøkelser også vist, at utenlandsstudenter på medisin har det verre enn de i Norge. Så man må ta det alvorlig at mange har det kjipt. Særlig kravet til detaljkunnskap er helt ekstremt, og da kan det føles litt meningsløst iblant. Da er det viktig at man har blikket litt opp, litt sånn som når man skal gjøre hjerte-lunge-redning, ikke se ned, men prøve å se det litt større bildet. Det er bra at vi har skolepsykolog gjennom ANSA, hvor man får åtte timer gratis over nett. Og så har vi hverandre.

– Når dere er på sykehuset, hvor mye foregår på ungarsk?

– Undervisningen er alltid på engelsk. Men når vi møter en pasient går anamnesen på ungarsk. Vi kan medisinsk ungarsk bedre enn vi kan vanlig ungarsk. Grammatikken er ikke helt på plass, men vi kan de viktige frasene og svarene. Vi har som regel en professor som kan oversette og hjelpe oss på vei hvis det er noe

vi ikke klarer å formulere eller ikke skjønner.

– Er det slik at de norske studentene ofte holder seg for seg selv?

– I Pécs er det tre linjer, en tyskspråklig, en engelskspråklig og en ungarsk. De fra Ungarn holder seg mest for seg selv, ofte fordi de er litt dårlige i engelsk. Jeg har noen ungarske venner, men problemet er at de blir litt slitne, for de må konsentrere seg når de skal snakke med meg på engelsk. Også snakker jeg helt ok ungarsk, men ikke godt nok for et vennskap. De tyske og de på det engelskspråklige programmet blandes mer. Blant de internasjonale studentene deles vi ofte inn i grupper på 24 studenter, hvor jeg ofte har tre nordmenn i min gruppe. Det er ellers folk fra Jordan, Spania og Nigeria.

INNVANDRING OG RASISME

Viktor Orbán fra det nasjonalkonservative partiet Fidesz ble i 2010 statsminister i Ungarn. Partiet, som er svært høyreorientert, har gjennomført omstridte endringer i grunnloven, noe som kritikerne mener har svekket demokratiet, blant annet gjennom innskrenkninger i pressefriheten og domstolenes uavhengighet. Partiet er også for en streng grensepolitikk og begrensning av innvandring.

– Er rasisme noe dere merker mye til?

– Jeg har ikke sett noe særlig til det selv. Jeg tror kanskje at det kan være mer merkbart for den gjengse ungare som ikke bor i en studentby. Pécs var også Europeisk kulturhovedstad i 2010, og jeg tror kanskje det er en korrelasjon mellom å ha et aktivt kulturelt tilbud og mer toleranse.

– Du engasjerer deg i politikken, selv om den ikke direkte rammer deg?

– Ja, jeg engasjerer meg gjerne i internasjonal politikk, men det er vanskeligere jo større avstanden er geografisk. Det ser man jo på hvordan terrorangrep i Europa ofte ryster folk i Europa mer enn pågående kriger i andre verdensdeler gjør. Så siden jeg bor i Ungarn er det lettere å bli engasjert i det som skjer her.

– Jeg har deltatt i demonstrasjoner når det har vært litt stygge politiske avgjørelser fra statsminister Viktor Orbán. Det er flere ting jeg blir utrolig provosert av. Den demonstrasjonen jeg husker best var etter det de lokale kalte «slave-loven». Den ga bedrifter lov til å vente to år med å utbetale tillegg for overtid. En annen episode var da Billy Elliot ble tatt av den nasjonale operaens program

da den var klar for premiere, fordi de mente den ville «fremme homofili blant unge».

– Og hvordan er det for kvinner?

– Det er jo ganske forhistorisk, hvis du sammenlikner med Norge. De første årene blir man ofte sjokkert over utsagn fra gamle professorer, men også unge assistenter som man skulle tro visste bedre. Vi hadde disseksjon av fisk i en fysiologitime tidlig i studiet, hvorpå professoren spurte, «er det noen menn i rommet som kunne tenke seg å bli kirurger?» Da rakk noen av oss opp hånda, og sa at det kan jo være kvinner og, og da bare lo han og svarte at det er ikke kvinner fysisk eller psykisk sterke nok til. Da fyrte vi oss litt opp, vi jentene fra Norge, og sa at «jo, i Norge, så er vi det». Det hele endte med at også noen av jentene fikk dissekere fisk.

– Du nærmer deg slutten av studiet og LIS1-søknader. Hva tenker de norske studentene i Pécs om det?

– Jeg tror nok at mange er litt stressa, litt sånn som stemninga er i Norge også. Man håper å få LIS1-plass med én gang. Men mine venner og jeg er ikke så veldig bekymret, man får som regel LIS1-stilling etter i verste fall et halvt eller ett år. Om man må jobbe som vikar, så er det tålelig. Det er litt både óg, men de fleste tenker nok at det ordner seg. Men jeg er en litt positiv person og kanskje feil person å spørre.

– Vi tenker ikke at vi stiller noe dårligere, fordi vi har bodd i utlandet. Det er jo søknadsbasert nå, så det kommer jo an på hva man har gjort utenom. Studenter i Norge har hatt flere muligheter til å jobbe ved siden av studiet, har vært mye på norske sykehus og kjenner mer til hvordan ting gjøres og kjenner folk, noe som vi ikke har like store muligheter til når vi er her nede hele tiden. Men vi har jo obligatoriske sommerpraksiser, så det hjelper jo litt.

– Jeg er spent. Men jeg gleder meg, blir deilig å komme tilbake til Norge. Og så er det mange som flytter til Tyskland, mange som får seg tysk kjæreste, hehe.

– Ønsker du deg helst tilbake til Norge?

– Ja, for meg så er det ikke noe spørsmål. Norge er jo et veldig bra land å bo i, med gode arbeidsvilkår. Også har jeg en mann som bor i Norge, så jeg gleder meg til å flytte sammen med han og starte familie der. Fint sted for fremtiden og trygt. Og om ikke optimalt, så har Norge et bedre politisk klima enn Ungarn.



FOTO: PRIVAT

PRIORITERING

Undertegnede kjenner Tuva godt fra to år som medredaktør i *Æsculap*. Fra utsiden virker hun som en person med god balanse i hverdagen, mellom hverdag og fest.

– *Hvordan synes du det er med kombinering av studier, *Æsculap* og livet generelt?*

– Selv så er jeg en person som mentalt ofte prioriterer beinhardt. Det er alltid veldig tydelig for meg hva som er viktigst å gjøre. Om jeg skriver det ned eller har det i hodet har jeg alltid klart for meg hvor mye tid jeg har lyst til å bruke på forskjellige ting. Jeg passer på at jeg ikke overarbeider meg på noen av aspektene i livet, at jeg legger ting i ulike esker og tar det fram når jeg har behov for det, sånn «compartmentalising».

– *Er du en person som sitter og bekymrer deg på kvelden for alt du ikke har lest?*

– Nei! Selv om jeg kanskje sitter og leser og føler at jeg ikke strekker til. Da tenker jeg, jeg bør enten justere målet mitt i morgen eller jobbe hardere i morgen. Men så føler jeg at jeg greier å legge det fra meg etterpå.

– Jeg ser det veldig for meg i hjernen min, ser det veldig for meg fysisk. Det er skiller. Føler meg litt psykopat noen ganger, at jeg kan skru det av, men det funker som regel. Jeg tenker fort i de banene, hva er mest konstruktivt for meg nå? Og så gjør jeg deretter. Veldig pragmatisk. Det er ikke alltid det går kjempebra med studiene, jeg er ikke noen stjerneelev. Å være gjennomsnittlig, det har jeg ingen skrupler med. Jeg vil heller ha det



fint, enn å få toppkarakterer og slite meg ut.

– *Hva bruker du fritiden din til ellers?*

– Jeg liker å gå på kino! Gjerne alene, siden jeg går så ofte. Det er litt billigere her i Ungarn. Det er en liten, «artsy» kino bare noen få kvartaler fra der jeg bor, så den går jeg ganske mye på. Også er jeg som de fleste, ser en del på Netflix, HBO og NRK. Akkurat nå har jeg sett *Beforeigners* på HBO, den synes jeg er veldig artig. Den handler om at man blander tidsaldere, det kommer flykt-

ninger fra fortiden. Det kan fort trekkes linjer til innvandring og båtflyktninger. Artig konsept, men også fint politisk stikk og godt skrevet. Jeg hører også veldig mye på podcast, for det kan jeg gjøre mens jeg lager mat, går et sted og gjør noe annet. Det er kanskje litt høyt tempo, men ikke hvis du ser meg utenfra, for kanskje jeg ligger stille og hører på podcast og strikker, men jeg fyller som regel tiden med et eller annet.

– For noen kan det være å dekke over noe annet, at man ikke får tid til å tenke seg om, som en avledning. Og jeg kan bruke det som dét i eksamensperioder, hvis jeg er litt stressa. Da kan det være fint med podcaster. Da sparer jeg ofte litt Radioresepsjonen-episoder. Men i hverdagen er det ikke-faglige stimuli jeg trenger.

– *Har du noen tanker til Journalens lesere, sånn helt på tampen?*

– Svar på epost! Hvis du får en e-post fra en student som er i beit, eller som prøver å søke en jobb, svar «nei», ikke la oss leve i uvissheten. Det gjelder vel kanskje i livet også. Det er det uvisse som ofte er ubehagelig. Det er mange som søker praksiser og jobber, som sender ut 40 e-poster, og kanskje får ett svar. Da skal folk vite, at når man får svar, om det så er et nei, så blir man fryktelig glad. ■

Æsculap feirer 100-årsjubileum i 2020, og Tuva og tidligere redaksjonsmedlemmer inviterer alle som ønsker til markering høsten 2020.

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

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