

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 2 / 2019



**Den nye
vidunder-
medisinen?**

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

JOURNALEN

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 3/2019
er 06.09.2019

Forsideillustrasjon:
Colourbox
Layout: Svovel

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 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
videredistribusjon kun tillatt
etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

Sterke meninger? Da kan du skrive kronikk eller debattinnlegg!

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

Redaksjonen forbeholder seg retten
til å forkorte innsendte manus.

INNHOOLD

REDAKTØREN:	4
TEMA: Medisinsk cannabis	6-11
KRONIKK: Er det ikke farlig?	14-15
DEBATT: Bedre kontroll av avtalespesialister	16
Etterlyser retningslinjer for taushetsplikt	17
ANMELDELSE: Eit læreskrift for påståeleger (menn)	19
FRA FORENINGEN:	20, 26-27
LEDEREN:	20
Årsmelding	21-25
INTERVJUET: Kaveh Rashidi	28-30



PER HELGE MÅSEIDE

Effektive leger trenger effektive pauser

De fleste leger er faglig dedikerte og motiverte. Men effektivitetsjaget i helsevesenet kan gjøre det vanskelig å leve opp til sin egen moralske gullstandard for pasientbehandling.

Barnelege Monica Thallinger setter i en kronikk i dette nummeret ord på følelser i møte med alvorlig syke pasienter. Det kan være intenst mens det står på, men få ting er mer tilfredsstillende enn å ta en kaffe etter å ha stabilisert en dårlig pasient og satt i gang rett behandling.

«Der ute kan du gange hendelsene, stresset og impulsene med 100», sier Thallinger, og sikter til legearbeid i krig og humanitære katastrofer.

I dette perspektivet burde det være få grunner til å klage over en stressende arbeidshverdag, noe stadig flere gjør, enten det er i sykehuskorridorene eller på legekontorene. Men da dreier det seg mer om følelsen av aldri å få hodet over vannet.

Du er nok ikke alene om å spise lunsj i heisen, jakte på en ledig pc for å hakke ned et langt notat som du ikke vet om noen vil lese, stønne over at DIPS-listen er blitt enda lenger mens du var på do, eller forsøke å få tategjenkjenningen til å forstå forskjellen på «anal» og «spinal». Er du fastlege grøsser du kanskje over å få nok et notat fra en sykehuslege som forsøker å velte kontrollregimet og medisinformskrivingen over på deg.

UTBRENTHET

Det snakkes mye om utbrenthet blant leger. Hvor omfattende dette er, avhenger nok av målemetodene som benyttes. WHO definerer tilstanden, som nå blir egen diagnose, slik:

1. Følelse av energitap og utmattelse.
2. Økt mental distansering eller følelse av jobbrelatert negativitet og kynisme.
3. Redusert profesjonell effektivitet.

At dette kan gå ut over pasientbehandlingen skjønner alle.

Det største problemet er kanskje likevel at vi ikke klarer å leve opp til egne forventninger om hva som er god pasientbehandling.

British Medical Journal (BMJ) har nå startet sin egen «wellbeing»-kampanje for leger. Den dreier seg om flere temaer:

- Selvmord
- Utmattethet (fatigue) og søvnmangel
- Robusthet (resilience) og utbrenthet
- Uprofesjonell atferd
- Følelsesmessig velvære
- Arbeidsforhold

I BMJ minner Greta McLachan om at du i et fly med trøbbel må ta på din egen oksygenmaske før du kan hjelpe andre passasjerer. En komatøs hjelper er lite verdt. I det virkelige livet kommer ikke oksygenmasken deisende ned i hodet på deg.

Det er mange faktorer som skaper uhelse for leger. At man investerer for mye tid på jobb til fordel for sine egne behov, er én. At man ikke skjønner hvor galt fatt det er før man oppsøker hjelp, er en annen utfordring.

Søvnløshet, selvmedisinering og angst er alvorlige symptomer, ifølge Michael Meyers, som er ekspert på legers helse. Det er også et problem at leger som møter leger i pasientrollen ikke klarer å vurdere plagene deres objektivt, av redsel for å stigmatisere dem. Dermed får de heller ikke den behandlingen som ville vært gullstandard for andre pasienter.

Både norske og utenlandske tall har vist forhøyet selvmordsrisiko for leger, og spesielt for kvinnelige leger. Da jeg begynte å studere, fortalte en professor at vi ikke måtte snakke for mye om dette. I dag er vi

kommet noe lenger, noe medisinstudent Thea Røstbakken satte ord på i et intervju i nr. 3/2018.

MANGLENDE AUTONOMI

Ett av elementene i debatten, er om yngre leger opplever jobbkrav som det er umulig å leve opp til. Ikke fordi de ikke løper fort nok, men fordi de harde effektivitetskravene er koplet til manglende autonomi.

Autonomi forutsetter imidlertid at man mestrer arbeidsoppgavene man er satt til å løse, noe som igjen henger sammen med oppfølging og veiledning. Dette skorter det også på når effektivitetskravene blir for store.

TURBOLEGER

I dette nummeret kan du lese to debattinnlegg i kjølvannet av NRK Brennpunkts program «Pengespesialistene» og en serie reportasjer i Agderposten om en barnelege som ligger skyhøyt over andre avtalespesialister i antall konsultasjoner og utbetalinger fra Helfo. Som barnelege er det nesten umulig å tenke seg en tilsvarende turbovirksomhet, uansett hvor godt legens arbeid er tilrettelagt. Alarmen er gått både i fagmiljøet, hos Helfo og i Helse Sør-Øst, som i 2014 ba Fylkesmannen se på praksisen. Og der var skepsisen stor, selv om driften ikke ble karakterisert som uforsvarlig.

Så ble tonen en annen: – Vi oppfattet praksisen som strømlinjeformet, effektiv og med et stort antall hjelpepersonell. Han drifter på en helt annen måte enn de fleste andre avtalespesialister, og sånn sett er driften unik. – Utstyret er moderne, og mye er digitalisert. Slik vi ser det, oppfyller han sin avtale med Helse Sør-Øst, sa fag-

sjef Gro Vik Knutsen til Agderposten.

Det fører oss tilbake til diskusjonen om hva som er god legevirksomhet.

Å få tak i informasjon som skiller gjentatte forkjølelser fra astma eller immunsvikt tar tid, spesielt hvis man skal selge inn en forklaring om at de mange legevaktesøkene ikke skyldes sykdom. Dette er legens oppgave, og den er ikke gjort på fem minutter, selv om sykepleierne gjør alt av tester.

Vi burde ikke trenge fylkesmenn og konsernrevisjoner for å parkere diskusjoner om når samleband er greit og ikke greit. Effektiv drift bør handle om å tilrettelegge for legearbeidet og ikke skrelle legerollen som en løk. Jeg har til nå ikke møtt en eneste lege som ikke ønsker seg effektiv drift.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

EFFEKTIV HVILE

Vi vet etter hvert nokså mye om hva som gir jobbtrivsel og bidrar til empatisk legevirksomhet. Vi vet også at toppidrettsutøvere som skal bygge seg opp og hevde seg i verdenstoppen legger inn stor variasjon i treningen; lange økter på lav intensitet blandes med eksplosive styrkeøkter og intervalltrening. Og god tid til restitusjon, eller effektiv hvile, slik at kroppen kan nyttiggjøre seg treningen. Å kjøre så hardt man kan, så lenge man kan, og så ofte man kan, uten å legge inn pauser, er derimot den beste oppskriften på skader og lange treningsavbrekk.

Den britiske wellbeing-kampanjen bruker hashtagen #GiveUsaBreak, som ikke må forstås som en oppfordring til

fritid, men å skaffe rom for å ivareta egne faglige og personlige behov.

Jeg tror at man ved å ta en hel eller halvdags effektiv pause til å oppdatere seg faglig, tenke gjennom en problemstilling eller se over en prosedyre, vil kunne bli en enda mer dedikert arbeidstaker og mer opplagt til å ta fatt på nye runder med pasientarbeid. Et godt forslag fra BMJ er praksisbesøk på tvers av spesialiteter, eller besøk i hverandres kongedømmer, som det heter.

Eller hva med en time med yoga?

Samlebandet vet de fleste av oss hvordan virker.

Kilder: www.bmj.com/wellbeing

– Cannabis er ikke medisinsk risikabelt

Helsedirektoratet har forenklet regelverket, men fortsatt er cannabis lite i bruk som medisin i Norge. Spørsmålet er om den medisinske nytteverdien er liten, eller om moralisme og fordommer kommer i veien for god helsehjelp.

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

– Det er en utbredt feiloppfatning at cannabis er et medisinsk risikabelt stoff, sier Steinar Madsen, medisinsk fagdirektør i Statens legemiddelverk.

Han understreker at cannabis er et legemiddel med få alvorlige bivirkninger.

– For eksempel er det praktisk talt umulig å ta en dødelig overdose. Dette i motsetning til en rekke sterke smertestillende medisiner som vi skriver ut til hundretusenvise av pasienter hvert år i Norge, sier Madsen.

Fagdirektøren beskriver cannabis som relativt uskyldig sammenlignet med slikt. Han trekker frem oksykodon som et eksempel. Dette er virkestoffet som i stor grad ligger bak opioidepidemien i USA. I Norge var det nesten 60 000 pasienter i 2018, ifølge Reseptregisteret.

NÆRMERE 1000 PASIENTER

Ved å slå sammen alle som får enten et cannabisholdig legemiddel, en medisinsk cannabisolje eller medisinske cannabis-knopper (også kalt blomster), kommer vi opp i et sted mellom 500 og 600 norske pasienter (se oversikt side 11). Denne lista inkluderer pasienter som får cannabis-preparater som ikke gir ruseffekt.

I tillegg kommer pasienter som får resept på cannabis i utlandet, først og fremst i Nederland. Ifølge Legemiddelverket dreier dette seg om minst 200-300 personer. Totalt kan det altså være nærmere 1000 norske pasienter som bruker cannabisholdige legemidler eller andre medisinske cannabisprodukter.

ENKLERE

Den medisinske bruken av cannabis er beskjedent til tross for at myndighetene har forsøkt å gjøre den enklere for både pasienter og leger.

I 2016 kom Legemiddelverket og Helse



FOTO: STATENS LEGEMIDDELVERK

«Vi har lagt oss på den linja at dersom pasienten har en alvorlig sykdom, så blir søknadene om godkjenningfritak stort sett innvilget.»

STEINAR MADSEN, medisinsk fagdirektør i Statens legemiddelverk

direktoratet med en veileder til norske leger som ønsker å gi pasienter slik behandling.

I 2018 forenklet Helsedirektoratet prosedyren for behandling med medisinsk cannabis ved å fjerne kravet om søknad om rekvireringsrett for forbudt narkotikum til enkeltbehandlinger.

– Vi har lagt oss på den linja at dersom pasienten har en alvorlig sykdom, så blir søknadene om godkjenningfritak stort sett innvilget, sier Madsen.

VIL IKKE OVERPRØVE

Legemiddelverket og Helsedirektoratet er ikke veldig spesifikke når det gjelder hvilke pasienter som kan ha nytte av medisinsk bruk av cannabis, men de er enige om at det finnes en liten gruppe pasienter som kan ha nytte av dette som lindrende behandling når annen behandling er forsøkt først.

Det kan for eksempel gjelde pasienter med alvorlig kreftsykdom eller med sterke smerter, som ikke får tilstrekkelig lindring av godkjente legemidler.

– Her har vi valgt å ikke gi spesifikke retningslinjer eller bestemte føringer annet enn at det må være pasienter med alvorlige tilstander som kan ha nytte av behandlingen. Ellers ønsker vi at fagmiljøet i størst mulig grad skal finne ut av dette selv på bakgrunn av forskning og erfaring, sier Madsen.

– Om spesialistene har gjort en grundig vurdering, er det ikke vår jobb å overprøve dem, legger han til.

EUROPEISK OPPSUMMERING

Sigurd Hortemo, overlege og medisinsk rådgiver ved Legemiddelverket, viser til en kunnskapsoppsummering fra European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction om medisinsk bruk av cannabis og cannabinoider.

Evidensen for medisinsk bruk av cannabis og cannabinoider beskrives her som moderat ved muskelspastisitet hos pasienter med multipel sklerose (MS), kronisk ikke-malign smerte inkludert nevropatisk smerte og epilepsi hos barn som er vanskelig å behandle.

Oppsummeringen beskriver evidensen som svak ved kvalme og oppkast ved cellegiftbehandling mot kreft, og ved dårlig appetitt hos pasienter med AIDS.

FAKTA OM FORSKRIVNING I 2018

Markedsført i Norge

Sativex (>1% THC): 450-500 pasienter.

Kan forskrives av alle leger med forskrivningsrett på A-resept.

Er tillatt brukt utenfor godkjent indikasjon (alvorlig MS) uten søknad.

Ikke markedsført i Norge

Bediol (>1% THC): 10 pasienter.

Bedrocan (>1% THC): 21 pasienter.

Bedrolite (<1% THC): 14 pasienter. 39 søknader godkjent.

CBD-olje fra Glostrup apotek (<1 % THC): 23 søknader godkjent.

Kilder: Reseptregisteret og Legemiddelverket

Utilstrekkelig evidens listes opp for palliativ kreftomsorg, søvnproblemer, angst, depresjon, degenerative nevrologiske lidelser og irritabel tarm.

– På gruppenivå er effekten liten. Men vi har åpnet for medisinsk bruk av cannabis og cannabinoider dersom legene tenker det er den beste muligheten de har, sier Hortemo.

– HÅPET STØRRE ENN POTENSIALET

Jørgen Bramness er professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i



Planteknopp fra cannabis, produsert til medisinsk bruk.
FOTO: BEDROCAN INTERNATIONAL

Tromsø. Han har forsket på rus og avhengighet i mange år og følger forskningen på og utviklingen av medisinsk bruk av cannabis.

Dokumentasjonen synes å være god nok når det gjelder smerteproblematikk, cellegiftindusert kvalme, barneepilepsier som er vanskelige å behandle, spastisitet ved MS og akutt behandling mot grønn stær for å redusere trykk i øyet, sier han.

Bramness understreker at listen over påstander om effekt er veldig mye lengre enn dette.

– Det gjelder alt fra ADHD og PTSD til Tourettes syndrom, Chrons sykdom, schizofreni og Alzheimers sykdom. Den typen vindunderkurer har vi sett før, og det har alltid endt med at vi har fått et mye mer nyansert syn etter hvert. Troen er nok større enn det medisinske potensialet her, sier han.

LAV TERSKEL

Audun Stubhaug er avdelingsleder ved Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus (OUS) og professor ved Avdeling for anestesilogi ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo. I tillegg leder han Nasjonal kompetansetjeneste for nevropatisk smerte og Regional kompetansetjeneste for langvarig smerte.

– Hos oss har vi lav terskel for å prøve Sativex ved nevropatisk smerte. Vi opplever at dette virker for noen, men ikke for alle. Mange pasienter blir skuffet etter de altfor positive omtalene i media, sier Stubhaug.

Sativex er det eneste cannabisholdige legemidlet som er godkjent i Norge. Noen pasienter forteller om bivirkninger som hallusinasjoner og kognitive problemer.



FOTO: STATENS LEGEMIDDELVERK

Sigurd Hortemo, overlege og medisinsk rådgiver ved Legemiddelverket.

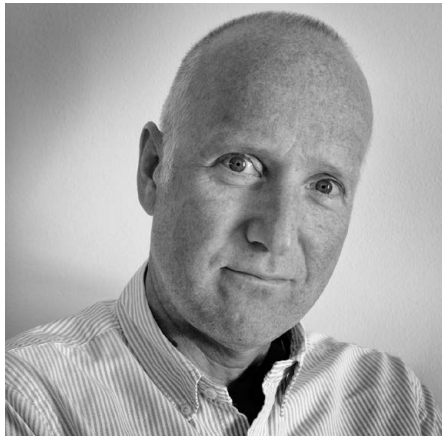


FOTO: MARTE G. BRAMNESS

Jørgen Bramness, professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Tromsø.



Audun Stubhaug, avd.leder ved Avd. for smertebehandling ved OUS og professor ved Avd. for anesthesiologi ved Institutt for klinisk medisin ved UIO.

– For enkelte er ikke disse bivirkningene akseptable, sier Stubhaug.

Han har ingen nøyaktige tall, men tror at omtrent en fjerdedel av pasientene han har gitt Sativex, ønsker å fortsette med det. Noe av forklaringen kan være prisen, siden den høyeste doseringen koster 3-4000 kroner i måneden.

REDUSERER ANDRE LEGEMIDLER

– Av de som synes de har god effekt av Sativex eller andre former for cannabis, er det flere som greier å redusere andre legemidler, for eksempel morfin og benzodiazepiner, forteller Stubhaug.

Han sier også at en god del av de aktuelle pasientene har prøvd cannabis selv først. Noen har kjøpt det illegalt i Norge, mens andre har fått resept fra lege i utlandet.

Når det gjelder risiko, for eksempel for psykose eller schizofreni, som ofte fremheves i forbindelse med cannabis, sier Stubhaug at det er stor uenighet.

– Mye av det vi vet om risiko er knyttet til misbrukere og illegal bruk. Det er selvfølgelig ikke en helt normal pasientgruppe. Samtidig har jeg selv hatt pasienter som har hatt skremmende opplevelser, sier han.

En viss avhengighetsfare er der, men den er sannsynligvis mindre enn ved andre typer sterke smertestillende.

– Fra andre land med mer liberal cannabispolitikk vet vi at en del får et avhengighetssyndrom. Fra USA vet vi at antallet begynner å nærme seg tallet for alkoholmisbrukere. Vi har derfor etablert et samarbeid med spesialister på rus og avhengighet, sier Stubhaug.

– FORSKJELL MELLOM FASTLEGENE

Ruben Solvang er engasjer i arbeidet med å integrere cannabismedisin i helsevesenet gjennom Foreningen for cannabismedisin.

– Vi fokuserer utelukkende på medisinsk bruk og tar ikke stilling til legaliseringsdebatten, sier Solvang.

Fra pasientene får foreningen ofte historier som viser at det er veldig stor forskjell mellom fastlegenes respons når pasienten selv tar opp medisinsk bruk av cannabis.

– Vårt inntrykk er at mange fastleger bare rister på hodet og avviser dette blankt. Noen pasienter har opplevd å miste førerkortet og at barnevernet har blitt involvert, forteller Solvang.

Det gjelder tilfeller hvor pasientene har fortalt at de har prøvd ut cannabis selv, og legen deretter har meldt fra om dette til fylkesmannen.

– Pasientene opplever at det er en stor risiko knyttet til å ta dette opp med legen sin, forteller Solvang.

– KAN BRUKE SKJØNN

Svein Lie er fagdirektør i Helsedirektoratet og forklarer hvordan legenes meldeplikt skal fungere i slike saker.

– Bruk av rusmidler, som cannabis, er i utgangspunktet uforenlig med det å kjøre bil. Når det blir registrert et legemiddel i en slik stoffgruppe, må legene vurdere om dette er forenlig med kjøring. De må ta stilling til om bruken innebærer avhengighet, helseskade eller trafikksikkerhetsrisiko, sier han.

Lie har selv vært allmennlege og sier slike situasjoner kan være krevende, men det er



ikke nødvendig å sende brev til fylkesmannen så fort en pasient nevner cannabis.

– Legen har anledning til å bruke skjønn. Legen kan også gi en muntlig tilbakemelding til pasienten og utsette en eventuell melding til fylkesmannen i seks måneder, for å gi pasienten en sjanse til å komme seg på riktig side av regelverket, forteller Lie.

Hortemo i Legemiddelverket forstår at mange leger er usikre. Det er ikke tradisjon for bruk av cannabis i klinikken, og kunnskapsgrunlaget er sparsomt.

– Jeg tror det er mange leger som føler at dette er noe de ikke vet så mye om, sier han. ■

– Forvirrende cannabisbegrep

Det eksisterer ingen faglig enighet om hva som er definisjonen på medisinsk cannabis, og skillet mellom medisinsk cannabis og cannabisrelaterte legemidler er omstridt.

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

Cannabis kan være mange forskjellige ting, og flere av dem har ikke noe med rus å gjøre, men i dagligtalen refererer ordet ofte til et rusmiddel som også kalles marijuana. Det kan også referere til planten Cannabis sativa.

Alt vel så langt, men hva menes egentlig når myndigheter, helsepersonell, pasienter og kommersielle aktører snakker om medisinsk cannabis?

ULIK BEGREPSBRUK

– Begrepet medisinsk cannabis brukes på ulike måter, sier Jørgen Bramness, professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Tromsø.

Han forsker på psykiatrisk epidemiologi, farmakologi, rusmiddelavhengighet og misbruk av legemidler. Fra 2008 til 2016 var han forskningsdirektør ved Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) og professor ved Universitetet i Oslo.

Selv bruker han begrepet medisinsk canna-

«Her er det mye magisk tenking, og ingen sykdom er for liten eller for udokumentert til å få foreskrevet cannabis.»

JØRGEN BRAMNESS

bis om alle produkter og legemidler som kommer fra cannabisplanten, også om syntetiske varianter. Det vil si at han klassifiserer både medisinsk cannabisblomst, en flaske med munnsprøyen Sativex eller en pakke med kapselen Marinol som medisinsk cannabis.

– Dette er et farmakologisk standpunkt. Det er naturlig forekommende stoffer eller syntetiske stoffer som virker på kroppens cannabisreseptorer. Stoffene har ulik styrke og blanding, men er i prinsippet ikke så forskjellige, sier han.

– Begrepet er imidlertid unøyaktig. Det omfatter en rekke produkter med ulike virkestoffer, sier han.

– FORVIRRENDE

Andre, som Legemiddelverket, bruker begrepet for å skille cannabisprodukter fra godkjente legemidler.

– Jeg syns dette er et forvirrende budskap, men det er nå slik det brukes blant en del pasienter, og det har fått innpass både i kliniske miljøer og i Legemiddelverket, kommenterer Bramness.

I tillegg forklarer han at begrepet medisinsk cannabis også brukes for å uttrykke en sterk og kanskje overdreven tro på det medisinske aspektet ved cannabis.

– Da mener jeg et medisinsk aspekt som har mer til felles med alternativ medisin enn evidensbasert behandling. Her er det mye magisk tenking, og ingen sykdom er for liten eller for udokumentert til å få foreskrevet cannabis, sier Bramness. ■

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

Dette er medisinsk bruk av cannabis i Norge

Cannabis kommer i mange ulike former til medisinsk bruk. Her får du en oversikt over de ulike preparatene som er i bruk her til lands.

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk skiller mellom cannabisrelaterte legemidler og produkter som inneholder mer eller mindre enn én prosent tetrahydrocannabinol (THC). Dette er det viktigste psykoaktive stoffet i cannabisplanter – altså stoffet som gir rus. I cannabisplanten finnes det først og fremst i knoppene.

GODKJENTE LEGEMIDLER

THC er ett av rundt 100 ulike cannabinoider i cannabisplanter. Det er først og fremst THC og Cannabidiol (CBD) som har blitt gjenstand for forskning på medisinsk effekt så langt. CBD gir ingen rus.

Det eneste cannabisrelaterte legemidlet som er godkjent i Norge heter Sativex og er en munnspray. Den inneholder omtrent like mengder THC og CBD. Både fastleger og spesialister kan skrive den ut – også utenfor godkjent indikasjon dersom de etter en helhetlig vurdering mener dette er den beste behandlingen.

Med unntak av Sativex, er det kun spesialister kan søke om godkjenning for legemidler og produkter med mer enn én prosent THC. Noen få legemidler som er godkjente i andre land, men ikke i Norge. De eldre legemidlene Marinol eller Syndros (virkestoff dronabinol) og Cesamet (virkestoff nabilone) er syntetisk fremstilte former for THC. De er så og si ikke i bruk her til lands lenger.

Nykommeren Epidiolex inneholder mindre enn én prosent THC. Dette er nemlig nesten rent CBD. Indikasjonen er to alvorlige former for barneepilepsi som er vanskelige å behandle. Epidiolex ble godkjent i USA i 2018. Ifølge Legemiddelverket klarer ikke norske apotek å skaffe dette foreløpig.

CANNABISRELATERTE PRODUKTER

Myndighetene skiller også mellom cannabisrelaterte legemidler som er godkjent i Norge eller andre land, og medisinske cannabisrelaterte produkter som ikke er godkjent som legemiddel i noen land.

Sistnevnte kan være alt fra ekstrakter og oljer til selve knoppene (noen ganger kalt

blomstene) fra cannabisplanten. Kontrollert produksjon sørger for en viss form for standardisering, men dette er mer å betrakte som naturpreparater med mange flere virkestoffer enn de godkjente legemidlene.

Blant slike produkter med THC-innhold over én prosent mottok Legemiddelverket bare søknader om cannabisknopper fra det nederlandske firmaet Bedrocan i 2018. Selskapet produserer dem for medisinsk bruk i samarbeid med cannabisbyrået i det nederlandske helsedirektoratet. De aktuelle produktene var Bedrocan (22 prosent THC og mindre enn 1 prosent CBD) og Bediol (6 prosent THC og 8 prosent CBD).

Hovedreglene for denne typen produkter er at sykdommen skal være alvorlig og at annen behandling ikke har hatt tilstrekkelig virkning. I tillegg skal cannabisrelaterte legemidler godkjent i Norge ikke ha gitt tilstrekkelig effekt, ha gitt bivirkninger eller være vurdert som uegnet. Spesialisten skal dessuten ha konkludert med at pasienten kan ha nytte av behandling med cannabisrelaterte produkter.

– I tilfeller der pasienten har erfart god

effekt ved rekreasjonell bruk eller egenbehandling, trenger en ikke gå veien om Sativex, sier Sigurd Hortemo, overlege ved Legemiddelverket.

Når det gjelder naturpreparater med mindre enn én prosent THC, mottok Legemiddelverket søknader om ulike oljer og cannabisplante. Nærmere bestemt gjaldt det Bedrolite (mindre enn 1 prosent THC og 9 prosent CBD) fra Bedrocan i Nederland og CBD-olje fra Glostrup apotek i Danmark. Legemiddelverket oppgir at det er en god del fastleger som søker godkjenning for disse produktene.

Felles for de cannabisrelaterte legemidlene og produktene er at de er dyre å få på apotek her i landet. Avhengig av hvilket produkt det er snakk om, kan det koste fra 700 til 5000 kroner i måneden.

Avdelingsdirektør Janne Kraugerud i Helfo opplyser at refusjon kun har blitt gitt for Sativex de siste to årene, og at dette i hovedsak gjelder pasienter innenfor godkjent bruksområde, det vil si spasmer ved multipel sklerose. ■



Vil tillate svake cannabisprodukter

Statens legemiddelverk vil fjerne legemidler og produkter med lavt innhold av det rusfremkallende stoffet THC fra narkotikalista.

KRISTIN STRAUMSHEIM GRØNLI

På sikt kan en definert lav grense for lovlig verdier av THC, som er det stoffet i cannabisplanten som gir hasjrus, åpne opp for at cannabidiol (CBD) kan selges som kosttilskudd i Norge. CBD har ingen ruseffekt og brukes blant annet mot alvorlige former for epilepsi. Mulig terapeutisk effekt undersøkes for en rekke andre sykdommer også, for eksempel nevrologiske sykdommer og ulike kreftformer.

I USA og mange andre land er CBD allerede på markedet i alt fra gummi-bjørner til hudkremer, kombinert med en jungel av påstander om helseeffekter.

NARKOTIKA?

Det er vanskelig å fremstille helt rent CBD, så produktene inneholder i praksis også en varierende mengde tetrahydrocannabinol (THC) – det rusgivende (psykoaktive) virkestoffet i cannabisplanten.

CBD-produkter selges allerede som kosttilskudd i mange land. Selv om det bare er snakk om minimale spor av THC, blir de med dagens norske regelverk klassifisert som narkotika. Det har Legemiddelverket tenkt å gjøre noe med.

VIL MYKE OPP

– Det blir omtrent som å si at kulturmilk, som er gjæret og derfor inneholder litt alkohol, er et rusmiddel, sier Steinar Madsen, medisinsk fagdirektør i Legemiddelverket.

– Vi prøver å rydde opp i dette nå, og arbeider nå med å finne fornuftige regler på området. Det er ikke riktig at alt som inneholder det minste spor av THC skal være klassifisert som narkotiske stoffer når det ikke har noen rusvirkning, sier han.

POLITIET PÅ DØRA

Mange norske avislesere og TV-seere har hørt om CBD i forbindelse med histo-

«Det blir omtrent som å si at kulturmilk, som er gjæret og derfor inneholder litt alkohol, er et rusmiddel.»

STEINAR MADSEN

rien til Zarah Angelica Pedersen. Hun har Aicardi-syndrom, en sjelden sykdom som nesten bare rammer jenter, og som liten baby hadde hun kraftige epilepsi-anfall mange ganger daglig. Bivirkningene av medisineringen preget henne sterkt.

I 2017 bestemte foreldrene hennes seg for å hente CBD-olje fra utlandet. Til VG fortalte de at virkningen kom umiddelbart. Den lille jenta fikk færre anfall og ble mer aktiv. Problemet var bare at familien fikk både politiet og barnevernet på døra etter at en narkohund hadde markert på pakken som var på vei til dem. Medisinen ble beslågt.

Saken ble etterhvert henlagt av politiet og avsluttet av barnevernet, og jenta fikk medisinen tilbake. Overfor NRK beskriver foreldrene den medisinske effekten som at jenta har hatt en oppvåkning.

Madsen understreker at Legemiddelverkets overordnede hensyn er pasientene. – Om vi kan gjøre noe for å hjelpe dem, vil det være avgjørende, sier han.

Madsen opplyser at forvaltningsorganet også er i kontakt med Tolletaten om dette temaet.

– Folk skal ikke straffes for noe de ikke bør straffes for, og vi vil ikke at noen skal bli skadelidende på en urettferdig måte, sier Madsen.

OPPDRAG FRA DEPARTEMENTET

– Vi vil helst slippe historier som den om Zarah Angelica, sier Sigurd Hortemo,

overlege og medisinsk rådgiver i Legemiddelverket.

Legemiddelverket har fått ansvaret for å se på hvordan produkter med lavt THC-nivå kan avgrenses mot både narkotika og legemidler. Bakgrunnen er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Legemiddelverket og Mattilsynet skal nemlig utarbeide en oversikt over hvilke muligheter som finnes innfor gjeldende regelverk for å bruke, importere, markedsføre og produsere produkter med CBD og produkter basert på industriell hamp.

Industriell hamp er cannabisplanter med mindre enn 0,2 prosent THC. I de fleste EU-land er det tillatt å dyrke dem, og å selge produkter med tilsvarende lave THC-verdier dersom de ellers er innenfor regelverket. CBD kan utvinnes fra industriell hamp, som også brukes til mye annet – som fiberproduksjon og frøproduksjon til mat og olje.

– Vi undersøker om det er mulig å skape rom for produkter fra den industrielle hampen uten at det må forvaltes av narkotikareglementet og legemiddelreglementet. Da vil det blant annet bli enklere å markedsføre denne typen produkter som kosmetikk og næringsmidler, sier Hortemo.

Mulighetene for dyrking av industriell hamp i Norge er ikke oppe til vurdering i denne sammenheng.

Selv om produkter med lave THC-nivåer blir fjernet fra den norske narkotikalista, vil det ikke være fritt frem. I den grad ekstrakter, oljer eller andre produkter ikke skal klassifiseres som legemidler, er det Mattilsynet som får ansvaret for forvaltningen, og de må igjen forholde seg til regelverket i EU.

– I mange tilfeller kan et virkestoff være både legemiddel og næringsmiddel. Omega 3 er et godt eksempel på dette, sier Hortemo. ■

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.

- Er det ikke farlig?

Humanitært nødhjelsparbeid er ikke så heroisk som det ofte framstilles som, og møter ikke alltid like stor velvilje hos arbeidsgiver, skriver Monica Thallinger.

Oppturene med humanitært nødhjelsparbeid er lette å finne. Man reiser til steder ingen andre drar til, blir kjent med nye kulturer, møter fantastiske folk og redder liv hver dag. Man får brukt seg selv til det hele og fulle og får unik kunnskap og erfaring som venner, familie og kolleger her hjemme ikke fatter omfanget av.

Å jobbe som lege der nøden er størst blir sett på som heroisk og nobelt. Det blir portrettert som sådan – ofte av tøffe, mannlige leger som redder verden med en god porsjon selvtillit og som elsker medieoppmerksomheten. Glansbildet av arbeidet er så innprentet at det er vanskelig å realitetsorientere inntrykket og forsøke å nyansere virkeligheten.

MEDALJENS BAKSIDE

Av nedturen i humanitært nødhjelsparbeid finnes det mange. Disse snakkes det imidlertid sjelden om – og da oftest for døve ører. Jeg har over flere år jobbet med nødhjelp og i konfliktområder, som India, Afghanistan, Syria, Den sentralafrikanske republikk og Irak. Jeg får gjentakende spørsmål rundt det de fleste tror er belastningen av å jobbe i disse områdene:

«Er det ikke farlig. Er du aldri redd?»

Ja det er farlig og krevende, men ofte er det andre ting enn det å være i selve krigssonen eller se nøden på nært hold som er mest belastende. Det kan være opplevelser de her hjemme har vanskelig for å forstå eller som de har liten interesse av å høre om, og som for utenforstående kanskje kan virke banale i forhold til krig og elendighet som man står midt oppe i.

STRESSET

Det er utfordrende å jobbe med utenlandske kolleger, ha få ressurser og et enormt ansvar. Du, møter alvorlig syke pasienter, lever under dårlige bo- og sanitære forhold, har lite mat, stresser mye og mangler søvn. En krevende



MONICA THALLINGER, barnelege og LIS i anesthesi.

sikkerhetssituasjon gjør at man alltid er på vakt. Mer universelle hverdagslige hendelser på toppen av en allerede krevende total-situasjon er ofte det som kan føre til fysisk og psykisk stress. Det kan f.eks. være en konflikt med kollega eller tilbakevendende hindre for å utføre en god jobb.

Jeg er barnelege, og for meg er det særlig den mentale kirkegården av døde barn som til tider tar nattesøvnen. Små, syke pasienter som har gjort inntrykk, klart å krype under huden, trigge følelser. Barn med dramatiske dødsfall under mitt ansvar. Tilfeller der jeg har kommet til kort som lege og medmenneske i en svært begrenset setting med få ressurser. Hendelser som trigget uendelig avmakt og hjelpeløshet. Ungene bærer jeg med meg – alle med et ansikt og et navn. Min mentale kirkegård av barn ligger bak i hjernen. Som et lukket album jeg tar frem og blar i innimellom.

HJEMKOMSTEN ER VERST

Selv om motivene er forskjellige tør jeg påstå at de fleste som reiser ut med humanitære organisasjoner har en dragningsmotet mot de humanitære prinsipper – hvor omsorg for mennesket i form av solidaritet, medfølelse og uselviskhet er førende. Noen gjør det for spenning og heltedyrkelse.

For meg er motivet sammensatt og har gått fra å søke spenning og eventyr til å elske en jobb hvor jeg får brukt kunnskapen min til det fulle, jobbe i team

under vanskelige men spennende forhold, komme tett på de som trenger hjelp og se at man gjør en forskjell, har innflytelse og kan jobbe med et prosjekt på mange nivåer og ikke bare som lege.

Når jobben gir så stor verdi er det lett å bli selvutslettende, kjenne på adrenalin-rushtet og la seg bli definert av jobben. Man går «all-in» og gir alt man har 24/7. Man jobber og lever tett med kolleger som gir følelse av samhold og familie. Det er ofte vanskeligere å komme hjem enn å reise ut. Det er lett å føle at tilværelsen er ubetydelig når man er tilbake i Norge.

FREMMEDGJØRING

På mange måter er engasjement og dedikasjon beskyttende for traumatiske opplevelser, men effekten av belastningene påvirker en om man vil det eller ikke. Hva man har i bagasjen av opplevelser har innflytelse på motstandsdyktighet.

Studier av reaksjoner etter belastende oppdrag har historisk sett fokusert på krigsveteraner. Man har funnet at de i mange tilfeller opplever liten forståelse og kunnskap når de søker hjelp etter hjemkomsten. Veteraner opplever fremmedgjøring selv når de ikke er traumatiserte.

Også i humanitære nødhjelpsv kretser, ser man tilsvarende reaksjoner. Kunnskap om mentale utfordringer for leger som jobber med nødhjelp og i konfliktområder som sivilister har vært fraværende og gått under radaren. Forskning viser at hjelpearbeidere kommer hjem med ulike former for belastningstilstander, som f.eks sekundær traumatisering, medfølelses-tretthet (compassionate fatigue), utbrenthet, og i mange tilfeller også traumelidelser. Det kan fort bli sykeliggjøring i mangel på forståelse og kunnskap om opplevelser og reaksjoner. Et mindretall får PTSD, men en god del har en «post-opdrag fremmedgjøringstilstand» som kan bli alvorlig hvis det ikke tas tak i.

OPPFØLGING OG DEBRIEFING

Vi får forholdsvis god debriefing og oppfølging av våre organisasjoner i tiden umiddelbart etter hjemkomst, også av psykolog. Forskning viser imidlertid at en



Monica Thallinger sammen med Galia som mistet moren sin da huset de bodde i ble bombet under frigjøringen av Vest-Mosul i Irak i 2017.

«Vårt moderne samfunn hyller helten. Det gjør det enda vanskeligere å komme hjem og vise sårbarhet.»

del får problemer lenge etter at oppdraget og kontrakten er avsluttet.

Det er vanskelig å finne behandlere med kompetanse på traumer hjelpearbeidere opplever og det offentlige er dårlig rustet til å ta imot de som eventuelt trenger hjelp. Ensomhet, depresjon og isolasjon er det flere som opplever, og vi vet det er stor risiko for alkoholmisbruk. Vårt moderne samfunn hyller helten. Det gjør det enda vanskeligere å komme hjem og vise sårbarhet.

Arbeidsgivere og kolleger har en viktig støttende rolle og mye å tjene på å være nysgjerrige, og bry seg om kolleger som har

vært på oppdrag. Leger som har reist ut er nemlig en enorm ressurs, og har verdifull kompetanse som bør utnyttes og brukes når de kommer hjem! Dessverre soler arbeidsgivere seg ofte i glansen av sine medarbeidere, mens det overfor den enkelte lege er lite forståelse både for å få fri til oppdrag og liten interesse når man kommer hjem.

VIL DU REISE?

Er du en av de legene som higer etter å reise? Gjør deg noen refleksjoner og ta med i vurderingen at det blir beinhard jobbing langt utenfor den komfortsonen du er vant til.

Det er forutsigbart at man vil komme til å stå i ekstreme situasjoner det er umulig å tenke seg til på forhånd. Ditt toleransevindu på hvordan du har håndtert vanskelige situasjoner her hjemme er essensielt. Der ute kan du oppleve hendelsene, stresset og impulsene med 100. Det blir mange oppturer, men også nedturen. For å kunne gi best mulig hjelp til pasientene, er det nødvendig å ta vare på sin egen helse.

Reis, hjelp, opplev, kom tilbake og del.

Men ta vare på deg selv. ■

Bedre kontroll av avtalespesialister

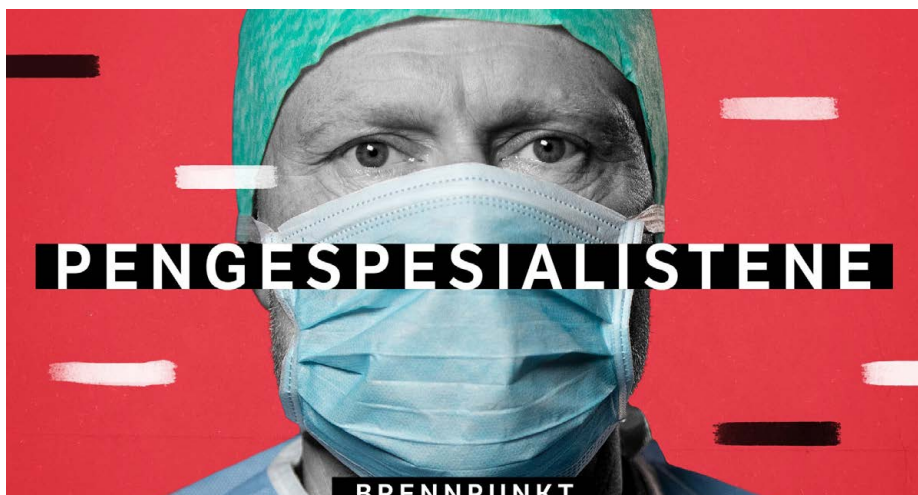
Helse Sør-Øst ønsker å bruke konsernrevisjonen sin for å føre bedre kontroll med avtalespesialister, skriver fagsjef Gro Vik Knutsen og direktør for medisin og helsefag, Jan Frich.

Med dagens organisering og styringslinjer er det vanskelig for det regionale helseforetaket å avklare om innholdet i tilbudet den enkelte avtalespesialist leverer er godt nok. NRK Brennpunkt-dokumentaren «Pengespesialistene» som ble sendt 22. mai illustrerer dilemmaet som oppstår når det stilles spørsmål ved det tilbudet som avtalespesialistene leverer.

Det regionale helseforetaket utbetaler månedlige driftstilskudd til spesialistene som de har inngått avtale med. Denne avtalen regulerer forhold som geografisk plassering, åpningstider og tilgjengelighet i avtalepraksis. Avtalespesialistene er imidlertid ikke ansatt i det regionale helseforetaket, men er selvstendig næringsdrivende og har et selvstendig ansvar for alle sider av driften.

Avtalespesialistene får utbetalt refusjoner fra Helfo, og det er Helfo som fører kontroll med at spesialistene ikke får utbetalt mer enn de har krav på. Det er den enkelte lege eller psykolog som har ansvar for at utredningen og oppfølgingen av pasienter følger god praksis, og at praksisen er innrettet slik at helsehjelpen er faglig forsvarlig. Dersom pasienter og pårørende klager på behandlingen eller det foreligger annen mistanke om faglig svikt, er det kun fylkesmannen og eventuelt Helsetilsynet som kan undersøke saken nærmere.

De regionale helseforetakene er lovpålagt å ha en internrevisjon. Det er hjemmel for å bruke internrevisjonen overfor helseforetakene og andre private leverandører, men dagens rammeavtaler med Legeforeningen og Psykologforeningen gir ikke anledning til å gjennomføre revisjoner i



«Pengespesialisten», en NRK Brennpunkt-dokumentar som ble sendt 22. mai.

SKJERM DUMP FRA NRK

DETTE ER SAKEN:

► NRK Brennpunkt og Agderposten har avdekket hvordan en avtalespesialist i barnesykdommer, har utløst krav om 14,3 millioner kroner i refusjon fra HELFO i løpet av ett år. Helse Sør-Øst har bedt Fylkeslegen i Aust-Agder om å vurdere spesialistens praksis. Fylkeslegen har kommet med kritiske innvendinger, men konkludert med at praksisen ikke er uforsvarlig.

► Se også «Redaktøren».

avtalepraksiser. Det pågår også en diskusjon om det bør være et øvre tak på hvor mange pasientkonsultasjoner den enkelte avtalespesialist kan ha i løpet av ett år. I dag er det kun et nedre normtall for aktivitet innen de ulike fagområdene.

Helse Sør-Øst RHF har, sammen med de

andre regionale helseforetakene, tatt initiativ overfor Legeforeningen og Psykologforeningen for å få inn i rammeavtalene at det kan gjennomføres internrevisjoner hos avtalespesialistene. Slike revisjoner kan være aktuelle når dette er foreliggende mistanke om uforsvarlig praksis, alvorlige brudd på rammeavtalen og annet regelverk.

Avtalespesialistordningen er og skal være et viktig og godt supplement til tjenestene som helseforetakene og andre private tjenesteytere tilbyr. Helse Sør-Øst RHF ønsker å kunne bruke konsernrevisjonen for å undersøke avtalepraksiser der det er sådd tvil om driften er organisert slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt i alle ledd. Vi mener alle parter er tjent med en slik løsning og vi ser fram til at vi kommer til enighet med Legeforeningen og Psykologforeningen om dette. ■

Etterlyser retningslinjer for taushetsplikt

Legeforeningen er positiv til en tettere oppfølging av avtalespesialistene, men etterlyser retningslinjer for tilgangen til taushetsbelagte opplysninger, skriver leder i Praktiserende spesialisters forening (PSL), Frøydis Olafsen.

Avtalespesialistene er en integrert del av de regionale helseforetakenes ivaretagelse av sørge for ansvaret. De skal bidra til å sikre befolkningen god tilgang til spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Avtalespesialistordningen er en viktig del av helsetjenesten. De fleste avtalespesialister driver praksiser med høy grad av kvalitet og effektivitet.

I den omtalte NRK-dokumentaren stilles det spørsmål ved kvalitet og forsvarlighet hos enkelte avtalespesialister. HELFO og fylkesmennene har rutiner for oppfølging i forhold til henholdsvis takstbruk og faglig forsvarlighet.

PSL mener at takst- og refusjonssystemet fungerer godt. Vi har regelmessige møter med HELFO for å bidra til at systemet skal fungere optimalt og at mistenkt misbruk og/eller uheldig praksis skal avdekkes.

PSL tar avstand fra overdiagnostikk og overforbruk av takster. Vi ser det som en viktig oppgave å bidra til at regelverk inkludert rammeavtale og normaltariff er godt kjent og brukes riktig av våre medlemmer. Vi jobber for at befolkningen og oppdragsgivere skal ha høy grad av tillit til det arbeidet som skjer hos avtalespesialister.

Mulighet til internrevisjon i helseforetakene er hjemlet i Helseforetaksloven, men er foreløpig ikke en del av rammeavtalen til avtalespesialister. PSL/Legeforeningen har vært positiv til en regulering av dette, men det er flere forhold som må avklares. Vi er blant annet opptatt av at det er de regionale helseforetakene som foretar den ordinære avtaleforvaltningen. Vår erfaring er at dette har fungert ulikt i de



FOTO: JO MICHAEL DE FIGUEIREDO

ulike RHF-ene over tid.

De regionale helseforetakene kan i følge Rammeavtalen «etter behov foreta oppfølgingsmøter i avtalespesialistens praksis». Dessuten er det nedfelt i protokoll at høyere aktivitet enn normtall i individuell avtale kan være grunnstand for forklaring/gjennomgang. Dette handlingsrommet benyttes i liten grad.

Vi oppfordrer de regionale helseforetakene til å benytte denne muligheten som ledd i oppfølging av avtalespesialister. Det kan være aktuelt dersom det er mistanke om avvik, men også for å etablere dialog og bli bedre kjent med mye av det gode arbeidet som skjer i avtalepraksis. Der RHF-et er i aktiv dialog med avtalespesialistene skaper dette tillit og gode samarbeidsrelasjoner.

Videre er det en del uklårheter knyttet til revisjonens tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger, herunder pasientjournalen. Her er det behov for nærmere retningslinjer slik at taushetsplikten ivaretas. PSL/Legeforeningen har kommet med forslag som ivaretar disse forholdene. Vi har en felles interesse i å legge til rette for gode samarbeidsrelasjoner mellom avtalepartene, men også muligheter for kontroll når det er påkrevet. Avtaleverket gir gode muligheter for å regulere dette. ■

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!

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

JOURNALEN I NYHETENE

Saken om utkast til ny helseberedskapslov skapte debatt i NRK Dagsnytt 25. april, og senere i flere saker i fagbladet Journalisten. Spørsmålet om i hvilken grad pressen kunne pålegges å publisere kriseinformasjon skapte heftig debatt. Norsk Presseforbund og Helsedirektoratet hadde et eget møte i etterkant av dette.



Leger bør fremme et mer plantebasert kosthold som et sunt og miljøvennlig valg

Oppfordringen til oss leger om å fremme grønnere livsstil som et klokt valg (Journalen 1/2019) er på tide. Et av slike valg er et grønnere kosthold, altså et kosthold der en god del av kjøtt- og meieriprodukter blir erstattet med grønnsaker, bønner, erter, nøtter og frukt.

Ikke nok at et slikt kosthold er anerkjent mer miljøvennlig enn et typisk norsk kosthold, med mye mat fra dyr. Det er også bred faglig enighet om at et mer plantebasert kosthold, ikke nødvendigvis 100% vegetarisk, kan være med på å løse vår tids største folkehelse-utfordringer som hjerte- og karsykdommer, diabetes II, overvekt, fedme og flere typer kreft. Dette er sykdommer som tar unødvendig mange menneskeliv for tidlig, påfører lidelse for individet og milliardutgifter for samfunnet. Flere norske og internasjonale retningslinjer og handlingsplaner sier at et kosthold med mindre kjøtt og mettet fett

og mer plantekost er en viktig del i både primær og sekundær forebygging.

Den ferske Folkehelsemeldingen 2019 sier følgende, side 121: «Eit plantebasert kosthold og auka inntak av fisk, men mindre innslag av kjøt, vil bidra til å nå både helsepolitiske og klimapolitiske mål»

Rapporter og forskning som viser at kosthold med mindre kjøtt og fete meieriprodukter, og med mer grønnsaker, belgvekster, nøtter og frukt er både bra for helsen og miljøet, er snart vanskelig å telle. Jeg vil nevne de største og nyeste her: EAT-Lancet-rapporten, Canadas og Belgias nye kostholdsråd, Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostholdsråd, Ernæringsrådets Fettrapport og Bærekraftig kosthold – vurdering av de norske kostrådene i et bærekraftsperspektiv.

Mange av våre pasienter som ikke er opptatt av helsen, er opptatt av klima, og omvendt. Ved å nevne at sunne valg

er samtidig grønne valg, kan vi motivere flere.

Flere rapporter, både fra NIBIO, Nordisk Ministerråd og Universitet Nord, viser samtidig at Norge har gode naturgitte ressurser til å dyrke mye mer plantekost for mennesker, og at omlegging til grønnere landbruk vil også gi mer mat, både til Norge og verden, og bedre selvforsyning. Et stort forskningsprosjekt Food Pro Future ser nå på praktiske løsninger.

Et kosthold med mindre kjøtt kan altså løse mange av vår tids viktigste utfordringer, og bør med god samvittighet frontes av oss leger på mange arenaer. Redusert forbruk av kjøtt bør bli et eget politisk mål.

TANJA KALCHENKO,
lege og leder i Helsepersonell
for plantebasert kosthold

ANMELDELSE:



GEIR SVERRE BRAUT

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

Eit læreskrift for påståeleger (menn)

Det er sikkert mulig å diskutere kva slag bok dette er. Det biografiske preget er tydeleg, men minst like påtateleg er det historiefaglege innhaldet. Det handlar om profesjonshistorie, helsehistorie, sosialhistorie, politisk historie, kulturhistorie, men ikkje minst kvinnehistorie.

Ho bryt med typiske biografar ved at dette er ein kollektiv biografi. Det er historia om dei første 19 kvinnelege legane i Noreg, ei utdanna i København, dei andre i Kristiania, i tida mellom 1893 og 1900. Dei nøkterne biografiske faktaopplysningane om kvar og ein av dei, er samla i matriser til slutt i boka. Gjennom teksten blir forteljingar og fakta om desse kvinnene kopla saman med ulikt anna kjeldemateriale for å bygge opp ei samhengande framstilling om deira yrke som legar, og om dei forholda dei levde og arbeidde under. Det historiefaglege preget blir difor vel så tydeleg som det biografiske.

Forfattaren har gjort eit imponerende arbeid med å finne fram til spor etter desse legane i ulike arkiv. Men ikkje berre har ho jakta på spor etter hovudpersonane. Ho har også funne fram til eit vell av materiale om mange av deira samtidige kollegaer og andre personar som har stått dei nær. Teksten bygger også på eit tjuetals intervju, og skriftlege kontaktar med nolevande personar som har noko å fortelje. Dessutan er det gitt i storleiksorden 150 referansar til ulike vitenskaplege publikasjonar og andre trykte kjelder som er relevante for framstillinga.

Etter mi vurdering er det ikkje noko å utsetje på kjeldetilvisingane gjennom teksten. Det er jamt over tydeleg kor forfattaren har henta grunnlaget sitt til den informasjonen som blir presentert. Tolkningane av informasjonen og samansetjinga av den til forteljingar, verkar også godt grunnlagt, sjølv om eg nokre stader nok kunne ønskt meg ein noko meir tydeleg kjeldekritikk. Av og til har eg ei kjensle av at skriftlege kjelder blir oppfatta som uttrykk for ei sanning, utan at innhaldet treng grunnjevast ytterlegare. Men når det er sagt, er eg likevel imponert over den varsame språklege stilen forfattaren nyttar når det uvisse skal omtalast. Den «implisitte» kjeldekritikken er såleis vel så tydeleg



CECILIE ARENTZ-HANSEN
KVINDER MED BEGAVELSE
FOR LÆGEVIRKSOMHED
Cappelen Damm, 2018
ISBN 978-82-02-50329-1
443 sider, rikt illustrert

som den «eksplisitte». Det er eit språkleg knep som gjer at teksten flyt lett og forfattarstemmen blir truverdig. Skiljet mellom fakta og vurderingar er dessutan lett å sjå. Når det gjeld sjølv innhaldet, er det så mangfaldig at det er nyttelaust med eit referat i ei bokmelding. Forteljingane om den motstanden desse kvinnene møtte, er ikkje overraskande. I boka her blir dei likevel ganske konkrete og detaljerte, og ikkje minst personifiserte.

Professor Kristian Brandt ved Rikshospitalet får i fleire samhengar rolla som «antihelt». Kjeldematerialet for den rolla er grundig. Det ligg utanfor formålet med boka å prøve å etterspore tankane hans, sjølv om ein gjerne kan vere litt nysgjerrig på kva han eigentleg stod for. Var han opptatt av å motarbeide kvinner, eller var han ein tydeleg talsmann for eit system som ønskte å bevare seg sjølv?

Påvisinga av at desse kvinnelege legane ofte fann arbeidsoppgåvene der dei mannlege legane skygga banen, er også spennande. Kva var årsakene til det? Manglande høve til å klatre i dei eksisterande hierarkia, eller fordi dei såg behov som mennene ikkje hadde sett? Diskusjonen om dette,

som blir trekt opp på side 159, kan gjerne først vidare i eit eige arbeid.

Elles er det tankevekkjande å sjå at mønster frå nokre av fagdebattane ein hadde då, til dømes om prevensjon (s. 165) og lysing for ekteskap (s. 226), har grunntrekk som vi kan kjenne att frå notidas brennande utfordringar innanfor genetik og bioteknologi. Sjølv om kjønn er eit fundamentalt skilje i slike samhengar, er det også mulig å finne kompliserande skiljeliner, då som no, som handlar om samfunnssyn og livssyn.

Sjølv om desse kvinnene formelt sett hadde kvalifisert seg til det som då var grunnlaget for å få dei høgaste embeta i landet, måtte ein like fram til 1913 før ei kvinne blei fast tilsett som distriktslege. Året etter oppnådde den første kvinnelege medisinar doktorgrad. Men først i 1970 blei den sjette doktorgraden avlagt av ei kvinne i faget vårt, og i 1972 blei den første kvinna utnemnd som professor i medisin. Dersom nokon er i tvil om at politisk kamp er nødvendig når ein skal oppnå likeverd og rettferd, er dette ei aktuell bok å lese.

I desse tider, når personopplysningar blir skjerna av lovkrav så det held, kan vi kanskje undre oss over at det er mulig å finne fram til så mykje om enkeltpersonar som forfattaren har kunna gjere seg nytte av som her. Vil det vere mulig i framtida? Heldigvis trur eg svaret på det er ja. Personopplysningslovgjevinga gjeld i utgangspunktet berre så lenge vi lever. I forslaget til ny forvaltningslov, er det lagt inn som hovudregel at lovpålagt teieplikt i forvaltninga fell bort når den personen opplysningane gjeld har vore død i 20 år (1). Denne boka viser kor viktig det er i eit demokrati at ein i ettertid kan undersøkje og analysere også prosessar som berre kan studerast ved hjelp av ganske detaljerte personopplysningar. Det som er sjølsagte påstandar i tida, vil lett kunne vere omtvista synspunkt få tiår seinare.

Noko å kritisere då? Teksten er lang, så lang at mange vil vegre seg for å ta fatt på lesinga. Den kunne kanskje vore noko kortare, utan at vesentlege data eller vurderingar hadde blitt borte. Men for den interesserte, er dette for ein bagatell å rekne. Det er eit solid verk som vil tene formålet sitt i årevis framover.

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

Styret

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

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

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

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

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

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

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

Even Holt, PSL 900 56 250
Moloklinikken
even@moloklinikken.no

Nina Skylv, Namf
skylv@online.no

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

SEKRETARIAT
Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.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 Grønvold
Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
linda.elisegrønvold@hotmail.com

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

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

LEDEREN

Hva gjør nærhet med løsningene?

I arbeidet i Oslo legeforening ser jeg stadig hvor viktig det er at leger engasjerer seg «lokalt», enten det gjelder legevakt, bydel eller sykehus. Nærhet til problemstillingene gir ofte konstruktive og gode løsninger. Derfor er det viktig at vi engasjerer oss!

«Kanskje har du ikke tenkt på det, men i vår har eksempelvis noen tillitsvalgte engasjert seg i lønnsforhandlinger for deg.»

Kanskje har du ikke tenkt på det, men i vår har eksempelvis noen tillitsvalgte engasjert seg i lønnsforhandlinger for deg, noen har streiket, andre klarer å få til en avtale om fordeling av takster på legevakten, to har vært med i arbeidsgruppe om Legeplan for Oslo, noen har vært med på ansettelser, andre igjen sitter i styrene ved sykehusene eller helseforetakene, bare for å nevne noe. Uansett hva en gjør – er det viktig at vi er der og representerer Legeforeningen. Jeg har tro på at trepartssamarbeid gir bedre løsninger enn om en part skal bestemme løsningene alene. Og noen lager bra kurs for oss. På side 26 ser du litt av det tillitsvalgte og medlemmer har engasjert seg i siden i vinter.

Den norske legeforenings landsstyremøte – vårens vakreste eventyr – fant sted i Kristiansand 4.-6. juni. Vi var mange fra Oslo, delegater både med og uten stemmerett. Nytt sentralstyre ble valgt, med Marit Hermansen som president for en ny 2-årsperiode. Ellers var det bl.a. helsepolitisk debatt og diskusjon om LIS1. Nytt prinsipp- og arbeidsprogram ble vedtatt etter mange innspill, eksempelvis om forskning og e-helse. Landsstyret vedtok også opprettelse av et menneskerettighetsutvalg i Legeforenin-

gen og en resolusjon om klima, miljø og folkehelse.

Oslo universitetssykehus saken ruller videre. OUS har hatt styremøte og sementerer løsningen med Gaustad/ Aker – mot de tillitsvalgtes stemmer. Helse Sør-Øst skal ha styremøte 20. juni hvor de bl.a. skal vurdere belsningen av OUS. Nå er det ikke bare helsearbeidere som er bekymret, stortingspolitikere og eksterne fagfolk uttrykker også sterk bekymring over planene. Vi må klare å løfte «et godt helsevesen for alle» som en sak i kommunevalget også her i Oslo; gode fastlegetjenester, andre legetjenester og robuste og store nok sykehus til å dekke befolkningens behov.

Legeplan for Oslo kommer på høring i sommer. Byråd for eldre, helse og arbeid har igangsatt arbeidet og målet er at forslaget skal være ferdig på sensommer/ tidlig høst. Følg med – kanskje er det noen innspill du bør komme med. Send gjerne innspill til oss i styret!

For Oslo legeforening er det valg i mange ledd i år, med ny virkeperiode 1.9.2019-31.8.2021. Har du lyst til å være med å påvirke egen arbeidsplass, løsninger for pasienter eller ansatte, så engasjér deg. Det tar litt tid, men er morsomt og lærerikt. Og en treffer mange hyggelige, engasjerte kollegaer.

I mellomtiden – god sommer!



KRISTIN H HOVLAND, leder Oslo legeforening

ÅRSMELDING:

Styrets beretning om oslo legeforenings virksomhet i tiden 1.januar til 31. desember 2018:

Styret med vara i perioden 1. januar til 31. desember 2018			
Leder	Kristin H. Hovland		
Fritt valgte representanter:	Recep Øzeke og Kari Løhne		
Vara til fritt valgte:	Jasna Ribic og Aileen Harlem		
Representanter fra yrkesforeningene:			
	1. vara	2. vara	
AF	Gunnar Frode Olsen	Olav R. Wangenstein	
Namf	Nina Skylv	Josè Hernan Alfonso	Morten Wærsted
LSA	Marit J. Kamøy	Neelam Sarwar Anjum Tore W. Steen	
LVS	Har ikke oppnevnt representant til styret i denne perioden		
Of	Aasmund Bredeli	Anne Marit Wang Førland	
PSL	Even Holt	Geir Slapø	Heidi Husby
Ylf	Anniken Riise Elnes		
Representant fra Norsk medisinstudentforening:		Pia Norheim t.o.m. 31.07.2018 Live Fosmark f.o.m. 01.08.2018	
Observatør	Per Helge Måseide, redaktør Journalen		
Sekretariat:	Unni Brøter Anita Ingebrigtsen		

Landsstyreprerentanter f.o.m.

1. september 2017

Kristin Hovland
Kari Løhne
Marit Kamøy
Gunnar F. Olsen

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

Helsetjenester for leger
Styringsgruppe for lege-leger

Linda Elise Grønvold Af avdelingsleder
Nina Skylv Namf oppnevnt av styret

Støttekollegagruppe		
Gro Bjartveit Af	avdelingsleder	
Sven Haaverstad Af		
Shahram Shaygani PSL		

Nina Skylv er oppnevnt av styret som kontakt til avdelingslederne.

Valgkomité	
Kristian Vetlesen Namf	
Bente Thorsen Af	
Svein Aarseth Af	

Tillitsvalgte for leger i bydelene og foretaks- og hovedtillitsvalgte ved institusjoner, se Legeforeningens nettside:
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Tillitsvalgt/>

Representant til Forhandlingsutvalg for fastlønnede leger i Oslo kommune: Marit Kamøy

Oslo legeforenings lønnsutvalg

Leder og yrkesforeningenes representanter i styret.

Konfliktberedskapsutvalg

Leder Kristin H. Hovland. 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. Fondet har ikke innvilget noen søknader i perioden.

Journalen

Redaktør Per Helge Måseide. Redaksjonssekretær-tjenester og layout utføres av firmaet Svoel v/Ellen Renberg. Frilansjournalistene Per Helge Seglsten og Kristin Strausheim Grønli, samt fotograf Paal Audestad har medvirket. Det benyttes ekstern annonseakkvisitør. Bladet er fritt tilgjengelig som pdf og issu (bladbar pdf) på nettsiden www.fagbladetjournalen.no og alle artikler indekseres på Retriever. Det sendes ut nyhetsbrev ved alle utgivelser.

Journalen mottok kr 40 000 av Fritt Ord til et graveprosjekt.

Oslo legeforenings nettsider
Ansvarlige: Anita Ingebrigtsen og leder.

Legeforeningens regionsutvalg Sør-Øst:
Kristin H. Hovland og representant fra Nmf ved Universitetet i Oslo er medlemmer av regionsutvalget. I tillegg inviteres foretakstillitsvalgte til møtene.

Representant i Samarbeidsutvalget Oslo kommune og OUS:
Marit Kamøy.

Representant i arbeidsgruppe om bydelsoverlegefunksjonen:
Er ikke i funksjon.

Oslo legeforenings representant i Sentralt partssammensatt utvalg Oslo kommune

(rammeavtalen om fastlegeordningen Kristin Hovland og Gunnar Frode Olsen.
Oslo legeforenings representanter til Samarbeidsutvalget for Legevakten i Oslo (Rammeavtalen 10.5.2):

Representant i Legeforeningens forhandlingsdelegasjon om Rammeavtalen om fastlegeordningen i Oslo:

MEDLEMMER

Per 31.12.2018 var det 6 599 medlemmer hvorav 1012 pensjonister og 107 uføretrygdede.

Medlemmene fordelte seg slik på ordinære medlemskap i yrkesforeninger:	
Norsk overlegeforening	2.519
Yngre legers forening	1.968
Allmennlegeforeningen	967
Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger	337
Leger i samfunnsmedisinsk arbeid	249
Norsk arbeidsmedisinsk forening	105
Praktiserende Spesialisters Landsforening	453

ÅRSMØTET

Årsmøtet ble holdt på Legenes hus 23. august 2018. Kristin Hovland var møteleder og gjennomgikk årsmeldingen, som ble tatt til etterretning.

Aktivitetsbudsjett for 2019 var basert på opprettholdt aktivitet og var foreslått i balanse (overskudd kr 130,-).

Oslolegen 2018

Det var mottatt 9 forslag til årets Oslolege. Recep Øzeke og Kari Løhne er fritt valgte styremedlemmer i Oslo legeforening, de danner komiteen som behandler forslagene til Oslo-legen og innstiller til styret. Et enstemmig styre utnevnte Bjørn Bendz til årets Oslolege. Han er 1. amanuensis ved UiO og overlege ved kardiologisk avdeling ved Rikshospitalet.

TEMA- og INFORMASJONSMØTER

16. januar 2018: Oslo legeforening inviterte til debattmøte om Sykehusplaner i Osloregionen. Vil de dekke befolkningens behov?

Dette var et samarbeid mellom Oslo legeforening og Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum.

«Damenes aften» 30. januar kl. 18:00 i Legenes hus
Som en oppfølging av Legeoppøpet og en spørreundersøkelse ved OUS vedrørende trakassering, inviterer Oslo legeforening alle kvinnelige studenter ved UiO og kvinnelige leger ved OUS til et møte.

Torsdag 16. august 2018, under Arendalsuka sto Oslo legeforening som arrangør for et debattmøte «Sykehusbygging for enhver pris». Politikere og tillitsvalgte deltok.

STYREMØTER

Det ble holdt 9 styremøter i 2018 og det er behandlet 96 saker i årets styremøter.

TEMAMØTER - MØTESERIER

Møteplass Oslo ble arrangert som en møteserie. Samhandlingsoverlege Bente Thorsen stod for dette med bistand fra Oslo legeforening. Det ble holdt 4 kurs og temaene i 2018 var:
Pakkeforløp for psykisk helse og rus
Hjerneslag og cerebrovaskulære sykdommer
Hvem gjør hva i fremtidens helsetjeneste?

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 tre møter i 2018 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 2018:

Akuttmedisin:
Nytt kurs ble avholdt våren 2018 med 77 deltakere. Kurset var delt opp i to teorikvelder (Diakonhjemmet Sykehus, samt en praksisdag (Asker Brannstasjon) med ca 26 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 vedtatt ny akuttmedisinforskrift og det er derfor usikkert om kurskomiteen vil arrangere lignende kurs i framtiden.

Klinisk emnekurs i fysikalsk medisin:
Dato: 19.-22. april. Sted: Hurtigruten MS Finnmarken. Antall deltakere: 44. Antall tellende poeng: 15.

Kurset omhandlet både kroniske og akutte lidelser som man ofte møter i allmennpraksis. Temaer: Generelt om senelidelser og muskellidelser - skulder, korsrygg, hofter, kne og ankel - kroniske/degenerative sykdommer og enkelte viktige idrettsrelaterte skader. Det ble lagt vekt på undersøkelsesteknikker og relevante behandlingstiltak.

Klinisk emnekurs i urologi:
Dato: 1., 8. og 9. november. Sted: Diakonhjemmet Sykehus. Antall deltakere: 87. Antall tellende poeng: 15. Formålet med kurset: Være oppdatert på prostata og alt som kan skje fra blæren og nedover.

Grunnkurs C - Forebyggende medisin:
Dato: 19.- 11. november. Sted: Thon Hotel Opera, Oslo. Antall deltakere: 100.

Kurset er obligatorisk for allmennleger i spesialisering. Fra 2018 er grunnkurset delt opp slik: 8 timers forberedende nettdel (del 1) og 22 timer samling (del 2). Læringsmål: Individ- og grupperettet forebyggende helsearbeid - Omsorg for egen og kollegas helse - Problemstillinger ved supplerende undersøkelser og screening.

HOVEDOMRÅDER FOR OSLO LEGEFORENING S ARBEID
Sakene nevnt nedenfor er behandlet gjennom året på styremøtene. Høringssakene ligger på nettet. Byggesaken og plassering av Oslo universitetssykehus. Samhandlingsreformen/Møteplass Oslo Spesialisthelsetjenesten Kommunehelsetjenesten Regionsutvalg sør/øst

Journalen
Journalen er medlem av Fagpressen, har egen formålsparagraf og redigeres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Hvert nummer har en egen frittstående helsejournalistisk temasak. I 2018 var disse:

Journalen nr 1/2018
Tema: Seksuell trakassering i helsevesenet. En spørreundersøkelse utført av Ylf blant leger ved Oslo Universitetssykehus avdekket at seksuell trakassering (#Metoo) var et omfattende pproblem. Saken ble bredt dekket i Aftenposten og av NTB.

Sjeflegen i den norske OL-troppen ble intervjuet om medisinbruk i toppidretten.

Journalen nr 2/2018
Tema: Kunstig intelligens i helsevesenet ble kartlagt gjennom intervjuer med fagfolk og forskere. Et av tiltakene er en praterobot, et annet søk i elektronisk pasientjournal. Bioteknologirådet skrev om Bioteknologiloven, genterapi og fremtidens medisin.

Intervjuobjekt i nr 2 var helseminister Bent Høie. Oslo sykehusene var et av temaene. Et utspill om eventuell stans i Aker-utbyggingen førte til nyhetssaker og opphetet debatt i Dagsavisen.

Journalen nr 3/2018
Tema: Vaksinerings var temaet, både for helsepersonell og for befolkningen ellers. Temasakene og flere oppfølgere ble bredt dekket i NRK (Dagsnytt, Dagsrevyen, Debatten) og hos NTB.

Journalen nr 4/2018
Tema: I nr 4 var todelte helsevesen et tema. Kreftleger fortviler når pasienter ikke får tilgang til kostbare medisiner i det offentlige helsevesen og pasienter med god råd og helseforsikring kan kjøpe behandling hos private aktører. Saken ble sitert på TV2s nettsider.

«Nyhetsbrev til fastleger», redigert av Gunnar F Olsen, har utkommet med 2 nummer ett i juni og ett i desember 2018.

HELSETJENESTE FOR LEGER
Utkast av årsrapport for støttekollegaordningen
2018: Støttekolleger i Oslo: Gro Bjartveit, Sharam Shaygani og Sven E. Haaverstad.*

23. mai 2019
Oslo legeforening

K.Hovland
Kristin H. Hovland
Leder

Oslo legeforening
Balanse

	31. desember 31. desember 31. desember	
	Noter	2016
Eiendeler		
Anleggsmidler		
Varige driftsmidler	26 537	46 277
Sum anleggsmidler	6	46 277
Omlopsmidler		
Fordringer		
Kundefordringer	50 756	135 478
Andre kortsiktige fordringer	0	1 950
Sum fordringer	50 756	137 428
Kontanter og bankinnskudd	7	6 131 023
Sum omlopsmidler	6 181 778	6 473 239
Sum eiendeler	6 208 315	6 519 516
Formalskapital og gjeld		
Formalskapital		
Formalskapital med selvpalagte restriksjoner		
Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo	473 984	473 984
Fri formalskapital		
Annen formalskapital	5 240 089	5 424 499
Sum formalskapital (egenkapital)	8	5 714 074
Sum formalskapital (egenkapital)	5 898 484	5 716 216
Gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Leverandorgjeld	9 270	181 959
Offentlige trekk og avgifter	211 892	303 152
Skyldige feriepenger	131 815	131 142
Annen kortsiktig gjeld	141 265	4 779
Sum kortsiktig gjeld	494 242	621 032
Sum gjeld	494 242	621 032
Sum formalskapital og gjeld	6 208 316	6 519 516
Sum formalskapital og gjeld	6 220 700	

Oslo, 29. april 2019

Kristin Hovland
Kristin Hovland
Leder

Amund Bredeli
Amund Bredeli
Nestleder

Even Holt
Even Holt

Live Fosmark
Live Fosmark

Kari Lohne
Kari Lohne

Marit Johanna A. Kamøy
Marit Johanna A. Kamøy

Rosep Øzdeke
Rosep Øzdeke

Gunnar Frode Olsen
Gunnar Frode Olsen

Anniken Riise Elnes
Anniken Riise Elnes

* Årsrapport 2018

	2015	2016	2017	2018
Oslo	Ant.kontakter	Ant.samtaler	Ant.kontakter	Ant.samtaler
Gro Bjartveit (leder)	3	3	15	23
Sven Elling Haaverstad	7	14	7	12
Shahram Shaygani	4	7		
John W Glad (fra 2019)				
Tove Gridset (fra 2019)				
Totalt antall	14	24	22	35
Herav kvinner	11	19	14	19
Herav menn	3	5	8	16

	2015	2016	2017	2018
Arbeidsted				
Sykehus	7	11	13	7
Utenfor sykehus	6	11	12	5
Ikke oppgitt	1		2	1
Alder				
Under 40	5	7	11	8
41-50	4	4	7	2
51-69	4	10	8	3
Over 70	1	1	1	

Kontakten ble etablert	2015	2016	2017	2018
Av legen selv	13	19	24	11
Av støttekollega				1
Av fastlege				1
Gjennom legens familie/venner		1	2	
Gjennom legens arbeidskolleger	1			
Gjennom tillitsvalgtapparatet		2		

Oppgitt årsaker til kontakt	2015	2016	2017	2018
Psykisk sykdom	8	5	15	7
Somatisk sykdom	2	5	4	3
Rusproblemer		1	2	
Problem i jobben	7	11	6	6
Problem i samliv/familie	3	3	11	4

Oslo legeforening
Aktivitetsregnskap

	Noter	Regnskap 2018	Budsjett 2018	Regnskap 2017	Regnskap 2016
Anskaffede midler					
Medlemsinntekter	3	2 672 780	2 728 867	3 353 372	3 309 564
Tilskudd		0	0	0	0
Andre inntekter		14 750	20 000	15 378	19 650
Sum anskaffede midler		2 687 530	2 748 867	3 368 750	3 329 214
Aktivitet som oppfyller formålet					
Kursinntekter					
Sum aktiviteter som oppfyller formålet	4	2 043 717	1 913 000	1 437 500	2 327 314
Aktivitet som skaper inntekter					
Annonser		325 336	600 000	414 677	606 330
Sum aktiviteter som skaper inntekter		325 336	600 000	414 677	606 330
Finansinntekter		60 554	95 000	33 067	31 580
Sum anskaffede midler		5 117 137	5 356 867	5 253 994	6 294 438
Forbrukte midler					
Kostnader til anskaffelse av midler					
Kostnader ved annonsering		97 962	180 000	143 893	181 899
Sum kostnader anskaffelse av midler		97 962	180 000	143 893	181 899
Kostnader til formålet					
Produksjonskostnader Journalen		811 133	860 000	880 186	834 855
Kurs og konferanser	4	1 316 896	1 250 300	796 707	1 585 469
Tillitsvalgte/Forhandlinger		1 271 789	1 107 000	1 148 197	1 023 886
Helsejenester for leger		12 219	10 000	2 450	1 400
Sum kostnader til formålet	5	3 412 036	3 227 300	2 827 541	3 445 609
Administrasjonskostnader	5	1 791 550	1 929 567	2 100 292	1 800 763
Sum forbrukte midler	5	5 301 547	5 336 867	5 071 726	5 428 271
Årets aktivitetresultat		-184 410	20 000	182 267	866 168
Tillegg/reduksjon formalskapital (egenkapitalen)					
Overført til/(fra) annen formalskapital		-184 410	0	182 267	866 168
Sum endring formalskapital (egenkapital)	8	-184 410	0	182 267	866 168

Noter til årsregnskapet 2018
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. Inntektføring 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:

	2018	2017	2016
Driftskostnader			
Kostnader annonsesalg	97 962	143 893	181 899
Trykking/distribusjon Journalen	597 762	570 695	558 546
Personalkostnader	2 330 515	2 621 387	2 258 997
Kostnader lokaler	164 834	134 448	123 586
Småanskaffelser	86 332	79 561	54 360
Kontorhold	93 505	78 842	83 289
Fremmedjenester	575 797	654 304	691 904
Reise/møte og kursarrangement	1 206 906	675 078	1 362 826
Tilskudd	27 175	26 810	34 144
Andre driftskostnader	98 887	62 492	64 442
Avskrivninger av anleggsmidler	19 740	18 060	10 603
Sum driftskostnader	5 299 414	5 065 569	5 424 595
Finansinntekter/-kostnader			
Finansinntekter	60 554	33 067	31 580
Finanskostnader	2 133	6 157	3 676
Netto finansposter	58 421	26 910	27 904
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 3. Medlemsinntekter

Den norske legeforening innkrever kontingentene for Oslo legeforening.

Kontingent	
Ordinær Kontingent	1 992 399
Ekstrakontingent	680 381
Sum	2 672 780

Note 4. Kurs og konferansekostnader

Kurs	Inntekter	Kostnader	Resultat
200 Grunnkurs C	631 620	338 922	292 698
202 Ullevål høstkurs	443 520	137 417	306 103
209 Hurtigrutekurs	571 077	534 571	36 506
213 Akuttimedisin	397 500	182 742	214 758
350 Kurskomiteen	0	123 244	-123 244
Sum	2 043 717	1 316 896	726 821

Note 5. Administrasjons- og formålsprosent

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

	2018	2017	2016
Formålsprosent	64 %	56 %	63 %
Administrasjonsprosent	34 %	41 %	33 %

Note 6. Varige driftsmidler

Det er benyttet lineære avskrivninger på anskaffelseskost

	Inventar	IT-utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2018	144 436	71 059	215 494
Anskaffelseskost 31.12.2017	144 436	71 059	215 494
Akk. ord. avskr. 01.01.2018	120 199	49 019	169 218
Årets ordinære avskrivninger	8 556	11 184	19 740
Akk. ord. avskr. 31.12.2018	128 754	60 203	188 957
Bokført verdi 31.12.2018	15 682	10 856	26 537
Avskrivningssats	20 %	33 %	

Note 7. Bankinnskudd

Av bankinnskudd er kr 165 125 bundne midler til dekning av skyldig skattetrekk. Skyldig skattetrekk utgjør kr 156 028 per 31.12.2018.

Note 8. Formålskapital

	Fond til fremme av allmenning	Annen formålskapital	Sum formålskapital
Formålskapital per 1.1. 2018	473 984	5 424 499	5 898 484
Årets aktivitetresultat	0	-184 410	-184 410
Formålskapital per 31.12. 2018	473 984	5 240 089	5 714 074

Note 9. Personalkostnader, ytelser til ledelsen og revisor

	2018	2017	2016
Lønn og honorarer	1 720 500	1 788 602	1 644 975
Arbeidsgiveravgift	300 294	367 049	320 569
Pensjon	271 061	420 205	259 250
Andre ytelser	38 661	45 532	34 205
Sum	2 330 516	2 621 387	2 258 998
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 271 061.

Godtgjørelse til ledelsen	Styrehonorar	Andre honorar	Praksis-komp.	Andre ytelser	Sum
Styrets leder	205 992	13 750	283 120	0	502 862
Styrets nestleder	56 184	12 500	0	26 246	94 930
Redaktør Journalen	0	75 798	0	0	75 798
Øvrige medlemmer styre og landsstyre	0	106 400	65 714	0	172 114
Sum	262 176	208 448	348 834	26 246	845 704

Det er i 2018 kostnadsført honorar til revisor med kr 17 781 inkl. mva. hvor lr 16 875 gjelder ordinær revisjon og kr 906 gjelder annen bistand.

INNKALLING TIL
ÅRSMØTE MED VALG
I OSLO LEGEFORENING

TIRSDAG 20. AUGUST 2019 KL. 18:00

i grønt auditorium, lab.bygget (bygg 25) på Ullevål sykehus

Saksliste:

- Godkjenning av innkalling.
- Valg av møteleder og tellekomité.
- Godkjenning av sakliste.
- Styrets beretning og beretning fra kurskomité og helsetjenesten for leger.
- Aktivitetsregnskap for 2018.
- Forslag til aktivitetsbudsjett for 2020 (herunder kontingent, fastsettelse av honorar for leder, nestleder, redaktør av Journalen, leder av kurskomitéen og satser for frikjøp/praksiskompensasjon.
- Valg for perioden 1.9.2019 – 31.8.2021

- (styreleder, 2 fritt valgte med vara, kurskomité, valgkomité, redaktør og revisor).
- Tildeling av signatur og prokura (leder, nestleder,konsulent og sekretær hver for seg).
- 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 lett servering og omvisning i Medisinsk Museum

Det bes om påmelding innen 15. august 2017 til unni.broter@legeforeningen.no



Landsstyremøte ble holdt i Kristiansand 4.-6. juni med bl.a. helsepolitisk debatt, diskusjon om LIS1, prinsipp- og arbeidsprogram, e-helse og opprettelse av et menneskerettighetsutvalg. Her er en del av dem som representerer Oslo.

Hva skjer i Oslo legeforening?

Tillitsvalgte i kommunen og på sykehus jobber jevnlig med «business as usual»

Tillitsvalgte er der for deg og følger opp avtaler, er med i tilsettingsprosesser, jobber med lønnsforhandlinger og mye, mye mer.

Våren er tid for lønnsforhandlinger. Mange lokale tillitsvalgte og ansatte i Legeforeningen jobber med dette, for at det skal bli gode og konstruktive forhandlinger på våre vegne.

I tillegg er medlemmer fra styret f.eks. jevnlig i møter med Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester, de er med i utvalg i kommunen og svarer skriftlig på aktuelle høringer. Det siste året har vi også vært med på flere muntlige høringer om den fremtidige sykehusstrukturen i Helse Sør-Øst, blant annet i regi av Oslo kommune og Senterpartiet på Stortinget.

Tirsdag 5. mars var det åpen høring i Stortinget. Helse- og omsorgskomiteen bestemte seg for å ha en muntlig høring om *Representantforslaget om trygge sykehus foran dyre prestisjeprojekter* fra Sp, SV og Rødt. Legeforeningens delegasjon besto av representanter for fagmiljøene og tillitsvalgte, i tillegg til presidenten.

Kurskomiteen arrangerer kurs – og sist ble vi litt klokere om kne/skulder plager. Møteplass Oslo er blitt en etablert møteserie hvor alle leger i byen er velkomne! Der handlet det om kreftsykdommer på møtet 11. april.

KRISTIN H. HOVLAND



Her er fra lanseringen av utredningen om «Parksykehuset» i regi av en gruppe uavhengige eksperter.

FOTO KRISTIN HOVLAND



Fakkeltog for Ullevål sykehus i Oslo
Mellom 400 og 500 mennesker trosset kulde og snø og gikk i fakkeltog mot nedleggelse av Ullevål sykehus i Oslo tirsdag kveld.

Fakkeltog i februar.
FAKSIMILE DAGSAVISEN

Streik for systemendringer

Årets lønnsoppgjør endte med brudd mellom Akademikerne og Oslo kommune og førte til at Akademikerne streiket i perioden 24. til 27. mai. Det var en kort markeringsstreik for å understreke at vi nå mener alvor med vårt krav om systemendringer for lønnsdannelse.

Kun Akademikermedlemmer ansatt i byrådsavdelingene og bystyrets sekretariat i Rådhuset ble tatt ut i streik for ikke å ramme Oslos befolkning. I et hovedoppgjør vil imidlertid Akademiker-medlemmer i alle bydeler, etater og foretak – samt i Rådhuset, kunne bli tatt ut i en mer langvarig og omfattende streik. Totalt dreier dette seg om ca. 3500 personer. Av disse er tre frikjøpt som hovedtillitsvalgte i 50 prosent stillingsbrøk.

HVORFOR LOKAL LØNNSDANNELSE?

I 2014 fikk Akademikerne gjennomslag for full lokal lønnsdannelse, gjerne kalt LOK, for ca. 10 % av sine medlemmer. Dette dreier seg om leger og tannleger i Helsestaten (HEL), leger i Sykehjemsetaten (SYE) og Kommuneadvokaten. Men Akademikerne krever denne type lønnsforhandlingsystem for alle Akademiker-medlemmer i Oslo kommune.

I 2002 og 2016 fikk Akademikerne i KS og staten kollektive lokale forhandlinger. Men av Akademikernes ca. 210 000 medlemmer på landsbasis er det kun ca. 3000 Oslo-medlemmer som fortsatt får lønn forhandlet gjennom sentrale forhandlinger.

Full lokal lønnsdannelse, «kollektive, lokale forhandlinger», går ut på at medlemmenes lønn forhandles på den enkelte arbeidsplass/virksomhet mellom ledelsen og tillitsvalgte og ikke fastsettes av sentrale parter som staten eller arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene på nasjonalt nivå.

FORHINDRE BRAINDRAN

Fordelen med kollektive lokale forhandlinger er flere: lønn kan brukes som et virkemiddel for å oppnå mer overordnede faglige målsettinger på den enkelte arbeidsplass/virksomhet. Noen virksomheter er mer konkurranseutsatt og har behov for å kunne tilby konkurransedyktig lønn for å beholde kompetente medarbeidere og forhindre stadig turnover eller «braindrain».

Andre virksomheter har ansvar for store utviklingsoppgaver og trenger å kunne bygge opp og beholde spesifikk kompetanse i konkurranse med privat næringsliv og andre kommuner for å levere nye og innovative tjenester til Oslos befolkning. Lønn og lønnsutvikling i offentlig sektor er virkemidler som skal bidra til å sikre kompetanse, innovasjon, bærekraftighet og likesetting. Derfor bør virksomhetslederne ha råderett over disse virkemidlene. Det kan



Marit A. Kamøy holder appell foran Oslo rådhus under Akademiker-streiken.

FOTO: AKADEMIKERNE/INGVILD SUND

ikke oppnås på annen måte enn gjennom kollektive lokale forhandlinger.

Kollektive lokale lønnsforhandlinger sikrer også Akademikerne råderett over egen lønnsmasse og forhindrer at vår lønnsmasse subsidierer andre hovedsammenslutningers medlemmer – slik det skjer i sentrale lønnsforhandlinger. Oslo har svært ambisiøse mål innen klima og digitalisering og må derfor kunne tilby konkurransedyktig lønn og lønnsutvikling som sikrer stabilitet og kompetansebygging.

HVA HAR VI OPPNÅDD?

I et mellomoppgjør gir arbeidsgiver vanligvis ikke innrømmelser i form av systemendringer og det settes ofte heller ikke av penger i form av lokale «potter» til lokale forhandlinger. Det var derfor ikke forventet at Akademikernes «systemkrav» ville få gjennomslag – hvilket vi heller ikke fikk.

Men – Akademikerne har oppnådd å gi tydelige signaler om at nå setter vi alt inn på å få den systemendringen vi har kjempet for i en årrekke!

Vi ser fram mot kommende hovedoppgjør i 2020 hvor vårt krav om systemendringer, altså kollektive lokale forhandlinger, vil bli fremmet – og denne gang med trussel om en fullskala streik om kravet igjen avvises. Vi har vist arbeidsgiver at vi nå vil sette makt bak kravet – det er det viktigste vi har oppnådd med årets markeringsstreik.

Som hovedtillitsvalgt gjennom seks år har jeg både sett og kjent på egen kropp, de negative konsekvensene av dagens utdaterte, uhensiktsmessige lønnsystem. Jeg er overbevist om at vi nå må ta ansvar for å få til en utvikling hvor Oslo kommune og Akademikerne har sterkt sammenfallende interesser. Årets streik har vist at vi både kan og vill!

MARIT A. KAMØY

FAKTA

BEGREP

Hovedsammenslutninger Oslo
HTVer for Akademikerne Oslo
Hovedoppgjør
lønn
Mellomoppgjør
Sentrale oppgjør
«Systemendring»
«LOK»

BETYDNING

KAH, UNIO, Akademikerne, YS
Halvor R. Feragen, Marit A. Kamøy, Monica J. Steen
Partallsår – neste i 2020; forhandler tariffavtaler og

Oddetallsår – siste i 2019; forhandler kun lønn
Sentrale parter bestemmer alt
Kollektive lokale forhandlinger
Full lokal lønnsdannelse i HEL, SYE, Kommuneadvokaten

Legen som ikke skyr tabubelagte temaer

Lege og samfunnsdebattant Kaveh Rashidi er sex-ekspert og folkeopplyser, og har skrevet boken med Norges mest tåpelig tittel. Nå er han på road trip i USA.

TEKST: SYNNE LOFSTAD FOTO: JORUNN VALLE NILSEN

Kaveh Rashidi er lege og holder på med sin spesialisering i allmennmedisin. I fjor kom han ut med sin første bok, *Manus om anus*. Den humoristiske boka mottok god kritikk for sin belysning av et tidligere lite omtalt organ. Kaveh skyr ikke tabubelagte temaer, og han har i mai i år stilt opp som ekspert i radioprogrammet Juntafil, P3 sitt sexopplysningsprogram. Han er fast spaltist i Tidsskrift for Den norske legeförening, og er også en aktiv samfunnsdebattant og folkeopplyser. Mannen er for tiden på road trip langs østkysten av USA, men tar seg tid til å bli intervjuet av *Journalen*.

– *Hvordan går road trip'en?*

– Veldig bra, veldig spennende. Kontrastene er så enorme i statene, det fascinerer meg. Et gigantisk land med vanvittige ressurser på den ene siden, men så utrolig skjevfordelt og følgelig mye fattigdom og dårlige levekår.

– *Klarer du å legge jobben fra deg mens du er på ferie?*

– Nei, jeg gjør ikke det altså. Svarer på e-poster og er tilgjengelig, men på grunn av tidssoneforskjeller blir det naturligvis noe mindre. Og pasientkontakt blir det selvfølgelig ikke.

EN MANN MED MANGE JERN I ILDEN

Kaveh er en mann med mange jern i ilden. Allmennlege, lektor ved Universitetet i Oslo

og mange egne prosjekter. Undertegnede lurer veldig på hvordan hverdagen ser ut og hvordan han får den til å gå opp.

– Ja, altså nå tar jeg sideutdanningen min på Diakonhjemmet Sykehus som ledd i å bli spesialist i allmennmedisin. Og ja, det er mange jern i ilden! Det går også en god del tid til andre verv som styremedlem i Amatheia og medlem av faggruppen i legeforeningen for medisinsk uforklarte symptomer og plager. Skrive gjør jeg også en god del av, både kronikker og spalter, og jeg er i gang med bok nummer to og tre også! Det går mye i neste bokprosjekt. Det skal være en bok retta mot folk flest om hvordan man kan vite hva som er sant og usant i mylderet av helse råd man får fra alle kanter.

– Folk lurer jo ofte på hvordan jeg rekker alt, men jeg tror ikke det er noe hokus pokus. For det første har jeg ikke barn, det i seg selv rydder opp en god del tid. Og resten ordnes ved å være smånevrotisk, rastløs og dårlig til å legge seg på sofaen og slappe av.

Den første boken hans, *Manus om anus*, som han har skrevet sammen med allmennlege og komiker Jonas Kinge Bergland, ble en suksess. Den har mottatt god kritikk, vært på bestselgerlisten til Bokhandlerforeningen, og undertegnede har fått den anbefalt fra kolleger (visstnok svært morsom).

– *Hva inspirerte dere til å skrive boka og hva ønsket dere å oppnå?*

– Inspirasjonen var vel alle de andre bøkene med titler på rim. *Gleden med skjeden*, *Sjarmen med tarmen*, *Hjernen er stjernen* osv. Vi synes de titlene ble tulle etterhvert, så vi lurte på hva den aller mest tåpelige tittelen var. Og ja, tittelen kom først, deretter skrev vi en bok om det. På den ene siden ønsket vi bare å oppnå en morsom leseopplevelse for folk, men etter hvert ble det til en bok om noe mer. Det er mye god helse i en frisk anus, tro det eller ei. Og anus har spilt mange interessante roller i historien til oss mennesker.

«Folk lurer jo ofte på hvordan jeg rekker alt, men jeg tror ikke det er noe hokus pokus. For det første har jeg ikke barn, det i seg selv rydder opp en god del tid.»

For eksempel i Mayakulturen var det å anse som et festorgan. Man brukte anus som inngangsport for rusmidler, og det er i grunn ganske lurt, for stoffene går da rett til hjernen i stedet for å svinge innom leveren hvor de blir nedbrutt. For ikke å snakke om anus sin rolle i seksualitet, og hvordan det historiske blikket gir perspektiv til alle fordommene vi har om seksualitet i disse dager.

Det ryktes at Kavehs andre skriveprosjekt er en roman, men stemmer ryktene? – Ja! Det er det vanskeligste jeg noen

gang har forsøkt meg på. Jeg har i grunn skrevet ferdig en roman som handler om en kort periode i livet mitt der jeg mistet både min søster og far til kreft. Men å finpusse boken og få kvaliteten så høy at den kan publiseres virker som et uendelighetsprosjekt. Altså, jeg må finne tid og isolasjon fra resten av samfunnet og alt jeg holder på med, føler jeg, for å skrive den ferdig. Så nå har jeg omsider bestemt meg for å skrive en vitenskapelig bok først, som forhåpentligvis er klar til våren, før jeg igjen skal begi meg ut på romanen.



«Den siste tiden har jeg vært veldig opptatt av familie og venner. Etter å ha mistet en del nære mennesker har jeg blitt mer ydmyk for de jeg har igjen, og prøver å bruke mer tid på de gode forholdene som virkelig betyr noe i livet.»

IKKE REDD FOR TABUBELAGTE TEMAER

Kaveh har vært engasjert i mange mer eller mindre tabubelagte temaer. *Manus om anus* er kanskje det han er mest kjent for. I mai i år var han i ekspertpanelet til radioprogrammet Juntafil, P3s sexopplysningsprogram. Der har han fortalt om hormoner og prevensjon, men var også med på et tre timer langt program om onani (populært kalt «Nasjonal runkekveld»). Tidligere i *Tidsskrift for Den norske legeforening* har han også oppfordret leger til mer kommunikasjon med pasienter om hvordan sykdom har påvirket deres seksualliv.

– Tenker du at leger og andre er for redde for å snakke om «sex og sår», selv i 2019?

– Ja, jeg tror ikke det bare gjelder leger som profesjon, men oss alle. Sex spiller en stor rolle i livet til de fleste, og det spiller en stor rolle i helsa og livsgleden til mange – så burde det ikke derfor spille en større rolle i samtalen på legekontoret?

– På Universitetet i Oslo jobber jeg blant annet som sensor for medisinstudenter, der har vi studentene i venerologi. Ett år fikk de i oppgave en pasient med herpessår på penis, og jeg ble så enormt imponert av anamnesen. Hver eneste student gikk inn i detaljene: hvordan har dette påvirket sexlivet ditt? Har du hatt samleie med menn, kvinner eller begge deler? Har du hatt oralsex, analsex eller vaginalsex? På den ene siden innlysende og relevante spørsmål, på en andre siden er det spørsmål jeg tenker at vi leger kvier oss for å stille. Og verre blir det når tema ikke er direkte sexrelatert. Når man for eksempel undersøker funksjonen til hjertesviktpasienter, spør man om hvor langt de kan gå eller hvor mange trappetrinn de kan gå opp, men spør man om seksualfunksjon? Hvis ikke vi leger tar det ansvaret, hvem skal gjøre det?

– Løsningen tror jeg rett og slett er å kaste seg ut i det. Det er bare å snakke med pasientene om det, rett ut, så fjerner vi tabu på den måten. Selv har jeg et relativt grovt filter, det har jeg alltid hatt, så lenge det jeg sier ikke oppfattes som støtende eller for ubehagelig for pasientene, så kjører jeg på.

KAVEH RASHIDI (F.1988).

- 2012. Cand. Med., Universitet i Oslo
- 2013-2014 Turnustjeneste ved Molde sjukehus, Bærum sykehus og Sagene lokalmedisinske senter
- 2014-2015 Kreftforeningen, prosjektleder/spesialrådgiver
- 2017-2019 Fastlegevikar
- 2019-dd Diakonhjemmet Sykehus, LIS

For sannheten er vel ofte at vi ikke snakker om vanskelige ting fordi vi selv synes det er flaut, ikke fordi pasienten tenker det.

– Jeg har følelsen at vi snakker mer i dag om kjønn, seksualitet og psykiske problemer. Tror du at det kan bli for mye?

– Tja, jeg tror ikke det kan bli for mye, men jeg tror det kan bli feil vinkling på ting, ja. Når det blir mye om et tema vil det naturligvis også snike seg inn en del «søp-pel», om man kan si det sånn. Men det er fortsatt mange grunnleggende utfordringer i samfunnet knyttet til disse emnene, så å snakke mindre om det er i alle fall ikke løsningen.

En del av det offentlige ordskiftet rundt seksualitet har dreid seg om et tema som aldri slutter å være hett: abort. Diskusjonen trappet opp innenlands da Krf gikk i regjering i starten av året. Den siste tiden har lovforslag i Alabama og diskusjoner i flere andre delstater i USA skapt debatt på verdensbasis. Selv er Kaveh nylig valgt inn som styremedlem i Amatheia, foreningen som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som har blitt ufrivillig gravide, og har uttalt seg på Twitter om utviklingen i amerikansk politikk.

– Dette handler jo først og fremst om menneskerettigheter. Et felt der kvinner historisk har trukket et kort strå, sammenliknet med menn. Og med jamne mellomrom kommer det store tilbakeslag i den kampen vi mennesker må ta for å likestille kvinner og menn sine rettigheter.

– Trump og konservative republikanere er et slikt tilbakeslag. Når de ønsker å fjerne og begrense kvinners abortrettigheter er det ikke bare etisk og moralsk forkastelig, det er historieløst og medisinsk idioti! Uavhengig av subjektive oppfatninger er det en objektiv sannhet at lovlige og trygge aborter, samt gratis informasjon og helsehjelp til kvinner, til syvende og sist fører til bedre helse både for kvinnene og barna. Så får man heller jobbe parallelt med å tilby kvinner gode prevensjonsmuligheter slik at de unngår å bli satt i vanskelige posisjoner.

– Hva ønsker du for din periode i Amatheia?

– I Norge har vi det godt hva angår kvinneverettigheter og mulighetene for abort. Likevel er det store sosiale ulikheter, og det er nok det jeg personlig er mest interessert i. Det vil si: Folk med lav inntekt, kort utdanning og bakgrunn fra utviklingsland trenger mer hjelp for å oppnå den samme gode helsen som den gjennomsnittlige norske kvinne har.

– Fra informasjon om pubertet, seksuelle rettigheter og prevensjon, til svangerskapsomsorg, barseltid og overgangsalder: Det er systematiske skjevheter i kunnskapene kvinner har om disse temaene og derfor får vi ulikhet i helsevesenet selv om tilbudet av offentlige tjenester er likt, sier han.

SAMFUNNSDEBATTANT

Kaveh er aktiv som samfunnsdebattant og folkeopplyser. Undertegnede er interessert i hvordan det hele startet.

– Det startet vel med en enkel kronikk i Tidsskriftet for noen år siden. Det skapte en debatt. Så var det etterhvert de nasjonale avisene og riksdekkende debatter på TV og radio, og for hver runde merket jeg hvor underrepresenterte vi leger er som gruppe. Helse er et brennende tema, og det er en drøss av profilerte figurer og kommersielle aktører som står for informasjonen. De offentlige etatene på sin side gjør et godt arbeid, men jeg synes den jamne lege kan ta et større ansvar i å popularisere og spre den kunnskapen og erfaringen hver og en av oss sitter på.

– Er du en person som har lett for å stikke



hodet fram? Får du mye reaksjoner, positive eller negative?

– Ja, hvis det er noe jeg synes er interessant eller viktig, så vil jeg gjerne løfte tema. Jeg får veldig mye reaksjoner, det har vel nesten ikke gått en dag siste halvåret uten meldinger fra fremmede. Stort sett er det positivt, jeg vil anslå at det er rundt 95 prosent. Mye av det positive er kritikk, men da på en konstruktiv måte. Men en gang iblant kommer det hatefulle ytringer, rene rasistiske bemerkninger for eksempel – men det går heldigvis ikke innpå meg. Jeg ignorerer det, rett og slett.

– Jeg prøver så godt det lar seg gjøre å

svare på alle tilbakemeldinger som ikke er direkte hatefulle, uten å invitere til lengre dialoger. Dessverre er det også en del fortvilte mennesker som er syke og søker hjelp hos meg, da gir jeg bare generelle råd om å kontakte egen lege.

– Bortsett fra legelivet og alt som følger med, hva er det som er viktig for deg på privaten?

– Det svinger veldig hva jeg bryr meg om. Jeg bryr meg om såpass mye og jeg blir veldig lett engasjert i ting. Den siste tiden har jeg vært veldig opptatt av familie og venner. Etter å ha mistet en del nære mennesker har jeg blitt mer ydmyk for de jeg har igjen, og prøver å bruke mer tid på de gode forhold-

ene som virkelig betyr noe i livet.

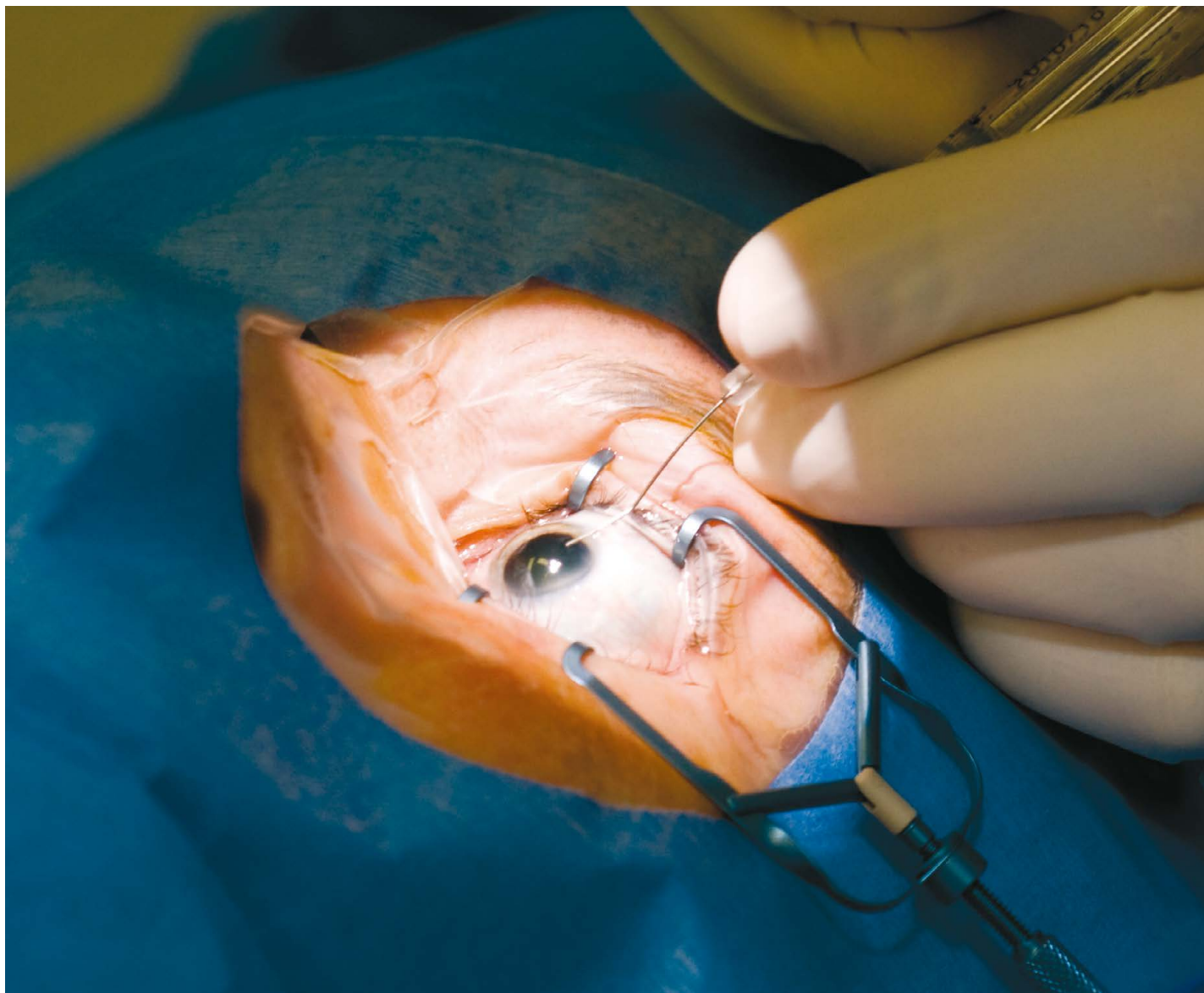
Kaveh Rashidi er klar for Norges-ferie.

– Sommeren skal tilbringes i Norge. For det meste turer med telt og fiskestang rundt om i landet der været er godt. Ellers elsker jeg Oslo i fellesferien, det blir så stille og ganske folketomt, så jeg føler at jeg får byen min litt for meg selv.

– Hva slags bok, musikk og TV-serie har du med deg på tur?

– Bok: Per Petterson med *Menn i Min Situasjon*. Musikk: Forbereder meg til Øya-festivalen, så har en spilleliste gående med artister som skal dit. Og TV-serien som er neste på lista er *Chernobyl*. ■

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo



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 papirutgaver.

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

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