

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING NR 4 / 2018

A photograph of a middle-aged man with a beard and a shaved head, smiling while lying in a hospital bed. He is wearing a dark blue V-neck sweater. In the background, a female nurse in a white uniform and teal stethoscope is working, holding a medical device. The setting is a clinical room with medical equipment and a window in the background.

**Kjøper medisinen
det offentlige ikke
vil gi ham**

Her står det en annonse
i papirutgaven.
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

Frist for innlevering av
stoff til Journalen 1/2019
er 11.02.2019

Forsidefoto: Aleris Helse
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.

INNHold

REDAKTØREN:	4
TEMA: Todelt helsevesen 2.0	8
KRONIKK: Psykisk helse og rus: Forsvinner den stygge forskjellen?	18
ANMELDELSE: Godt om medisinsens grunnlag i lettlesne bøker	20
INTERVJUET: Øyunn Holen	22
FRA FORENINGEN:	27
LEDEREN:	27

Innfør moms på alternativ behandling!

Det er på høy tid å stanse legitimeringen av udokumentert behandling gjennom å gi den momsfritak. Det bør også stilles strengere lovkrav til leger som utfører slik behandling.

Nylig ble en såkalt resonansterapeut funnet skyldig i å ha behandlet kreft uten å være helsepersonell. Terapeuten, bosatt i Sveits, ble dømt etter lov om alternativ behandling til 75 dagers betinget fengsel og en større bot. Dagbladet skriver at terapeuten var sterkt medvirkende til at en kvinne avsluttet kreftbehandlingen sin. En mann led samme skjebne og døde etter et svært smertefullt sykeleie.

Et sentralt element i resonansterapi er et terapeutisk felt i samklang med kroppens egne frekvenser. I de alvorligste tilfellene tas tibetanske syngeboller i bruk, i følge alternativ.no. Det er derfor ikke vanskelig å være enig med Dagbladet som på lederplass skriver at «det er en fornærmelse mot fornuften at alternative behandlingsformer får momsfritak på linje med medisinsk helsehjelp.»

BAKGRUNNEN ER DENNE:

Da lov om alternativ behandling ble behandlet i Stortinget i 2002, var et tungtveiende argument for momsfritak for alternative behandlere at de burde sidestilles med helsepersonell som utøver alternativ behandling, for eksempel ved at de var healere på fritiden.

Året etter opprettet Stortinget et frivillig register for alternative behandlere. Registeret ble lagt til Helsedirektoratet. De som registrerer seg her, og er tilsluttet en organisasjon med vedtektsfestede faglige krav og et visst antall medlemmer, slipper å betale moms av inntektene. Tanken bak var at man skulle få bedre oversikt over den såkalt «seriøse delen» av bransjen. Så kan man diskutere hva som ligger i begrepet seriøs.

Helsedirektoratet gjør ingen vurdering av om behandlingen har dokumentert effekt, noe som antakelig ville tømte registeret for

«Et første skritt på veien mot en mer fornuftig bruk av helsekroner er å innføre moms på all alternativ behandling. Et neste skritt er å stille strengere lovkrav til legevirksomhet.»

medlemmer i løpet av kort tid. Det eneste som er sikkert er at kundenes lommebøker blir slankere for hvert besøk. Samtidig er det selvsagt ikke slik at all alternativ behandling er skadelig eller uvirksom. Å kunne ha en person å snakke med kan selvsagt ha mye for seg, spesielt hvis personen er empatisk og har god tid. Placeboeffekt er som kjent et effektivt terapeutisk redskap.

MINDRE RISIKO

Et argument for at helsepersonell bør ha momsfratak når de utøver alternativ behandling, slik de har ved ordinær behandling, er at risikoen er mindre for at de påfører pasienten skade. Et annet argument som tidligere er tillagt vekt er et holistisk syn, der den dokumenterte og den udokumenterte behandlingen, altså skolemedisin og alternativ behandling, kan utfylle hverandre.

Det motsatte synet er at momsfristaket legitimerer alternativ behandling, slik Paul Joakim Sandøy skrev i en rapport for tenketanken Civita i 2014. Han ønsket innført et lovfestet krav om vitenskapelig tilnærming for leger. Sandøy skrev: «Leger som også

driver kommersiell alternativ behandling bryter med de grunnleggende prinsippene vi som samfunn legger til grunn for legetittelen.» Videre argumenterte han for at alternativ behandling utført av leger vil gi behandlingen stempel som medisinsk effektiv. Det er ikke vanskelig å være enig i dette. Det ligger i kortene at det virker tryggere å gå til en healer som også er lege, eller til en lege som er trailersjåfør. Og det er ikke bare å snu skiltet på døra etter stenetid.

HELT MENINGSLØST

Når kreftleger gråter fordi de ikke får gitt pasientene den behandlingen de bør få, fordi den er for dyr, slik du kan lese om i dette nummeret av *Journalen*, er det helt meningsløst at staten skal kaste 180 millioner kroner i året ut av vinduet på healere og rosen-terapeuter, grått et et overslag fra Arbeiderpartiet, i tråd med beregninger utført av Fritanke.no, stemmer.

Et første skritt på veien mot en mer fornuftig bruk av helsekroner er å innføre moms på all alternativ behandling. Et neste skritt er å stille strengere lovkrav til legevirksomhet.

Et tredje skritt er å vri statens informasjonsvirksomhet på dette feltet over til et mye mer kritisk blikk på bransjen. Staten driver i dag informasjonsvirksomhet gjennom det alternativvennlige nettstedet nifab.no. Det er helt usynlig i den offentlige debatten.

Når ressursene er strukket så langt i vår felles helsetjeneste er det meningsløst å subsidiere behandlingsmetoder som ikke har dokumentert effekt. Statens moms-inntekter kunne i stedet vært brukt til å skaffe Norge flere fastleger, forttrinnsvis leger som ikke også driver med alternativ terapi.



Du finner oss alle i Fagpressen

Med rundt 1,3 millioner månedlige lesere på nett og et samlet papiropplag på 3,5 millioner årlig, er Fagpressen en betydelig mediekanal og samfunnsaktør. Organisasjonen favner over 217 yrkesgrupper og interesseorganisasjoner. Hver med en redaksjon som lager uavhengig og balansert journalistikk for sine engasjerte lesere.

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

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

Henviser til avvist behandling

Kreftpasienter som blir nektet lovende medisiner blir nå hjulpet av legene sine over til private behandlere. Der får de den behandlingen de offentlig ansatte legene ikke får lov til å gi, så sant pasientene kan betale regningen selv eller har en god helseforsikring.

TEKST: KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

Mye bekymring har vært knyttet til et todelt helsevesen hvor det er pasientenes økonomiske situasjon som avgjør om de kan få en livsforlengende behandling. Utviklingen viser at utfordringene er blitt mer sammensatte enn som så. Offentlig ansatte kreftleger har begynt å samarbeide tett med private behandlere, blant annet ved å informere om hvilket behandlingstilbud disse kan tilby, ved å skrive henvisninger og utveksle viktig informasjon. Dette har ført til helt nye etiske problemstillinger som ingen så langt helt vet hvordan bør håndteres.

FØRST UTE

I 2013 ble Aleris kreftsenter den første private aktøren i Norge som tok i bruk intra-venøs behandling mot kreft. To pasienter med føflekkreft, som ikke kunne få behandlingen av det offentlige, fikk immunterapien ipilimumab, eller ipi blant fagfolk.

Siden den gang har senteret tilbudt en rekke ulike behandlinger til pasienter i lignende situasjoner, avhengig av hva som til enhver tid er godkjent for refusjon i det offentlige.

– Dette har avstedkommet mye oppmerksomhet og debatt, både i mediene og i fagmiljøene, sier Marius Normann, fagansvarlig onkolog ved Aleris kreftsenter på Frogner i Oslo.

Den siste tiden har debatten fått nye dimensjoner. I høst har norske kreftleger diskutert hvorvidt de plikter å infor-

mere pasienter om de kostbare, private behandlingstilbudene. Foreløpig er det ingen klar enighet om hvordan dette skal håndteres.

Mange kreftleger går dessuten mye lenger enn bare å fortelle hva som tilbys innen for landegrensene, men utenfor det offentlige systemet. Enkelte skriver til og med henvisninger til eksperimentell behandling.

HENVISER TIL PRIVATE

Stadig flere pasienter kommer til Aleris for å få behandling det offentlige ikke tar seg råd til å gi (se egen sak). Likevel har de som kommer dit som oftest fått høre om tilbudet fra sin behandlende lege ved et offentlig sykehus.

– De aller fleste får vite om oss på den måten, sier Normann.

Det har blitt vanlig at kreftleger og fastleger skriver henvisninger til behandling som det offentlige ikke har godkjent ennå, eller som det offentlige har valgt bort, forteller han. Faktisk foreslår kreftlegene ulike typer immunterapi som Aleris kan satse på.

– Ganske mange av behandlingene vi tilbyr her, har vi fått på plass etter oppfordring fra onkologer i det offentlige, sier Normann.

– UVENTET ETISK UTFORDRING

Medisinsk etikk i det todelte helsevesen fremstår som en ganske paradoksal affære. Hva er det egentlig som foregår?

Berge Solberg er professor ved Institutt for

FAKTA

PRIVAT SPILLEROM FOR NYE MEDISINER

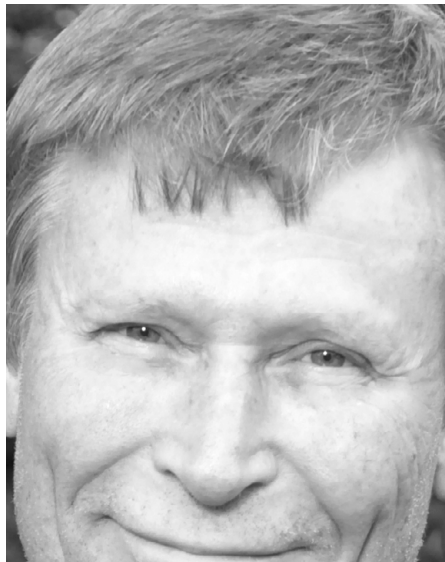
- Som EØS-land har Norge 30 dager på seg til å utstede markedsføringstillatelser for legemidler som får godkjenning av European Medicines Agency (EMA). Da kan apotekene selge medisinen. Markedsføringstillatelse gis for bestemte indikasjoner, for eksempel bestemte typer kreft, hvor det er dokumentert at medisinen har effekt.
- Prioriteringsorganet Beslutningsforum (www.nyemetoder.no) vurderer så om det offentlige skal ta kostnadene med å tilby medisinen for en eller flere tilstander. Denne prosessen tar typisk rundt ett år, men det kan også gå to.
- Om Beslutningsforum sier nei, blir medisinen værende på apoteket, men pasienten kan ikke få kostnadene dekket av det offentlige. Norske sykehus har avvist å administrere kostbar kreftbehandling betalt av pasientene selv, på bakgrunn av prinsippet om likebehandling.
- I dette systemet er det typisk tre situasjoner som fører alvorlig syke kreftpasienter over til privat behandling:
 - Beslutningsforum har ikke bestemt seg.
 - Beslutningsforum har sagt nei.
 - Pasientens eneste håp er utprøvede behandling med medisiner som ikke er godkjent av legemiddelmyndighetene til bruk på den tilstanden pasienten har. Slik behandling kalles også eksperimentell eller «off-label».



– Jeg ønsker at mine kolleger i det offentlige skal se på meg som en ressurs og samarbeidspartner, slik at vi kan jobbe sammen for pasientenes beste, sier Marius Normann, fagansvarlig onkolog ved Aleris Kreftsenter.



– Det burde være fullt mulig å fortelle det man vet om private behandlingstilbud i Norge, og samtidig gi uttrykk for at dette kanskje likevel ikke er noe pasienten bør hoppe på. Åpenhet fremmer tillit, sier Berge Solberg, professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.



– Jeg syns ikke vi skal informere om behandlinger som kun kan fås i utlandet. Det vil bli helt uoverkommelig for oss. Hvordan skal vi klare å holde oversikt over hva som finnes i alle mulige land, sier Stein Sundstrøm, overlege ved St. Olavs hospital.



– Det ligger i ryggmargsrefleksen til de fleste leger å prøve å tilby alle så god behandling som mulig, sier leder for Legeforeningens råd for legeetikk, Svein Aarseth. Til daglig er han fastlege ved Frysja legekantor.

samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, og sekretær i Klinisk etikkkomité (KEK) ved St. Olavs hospital.

– En uventet utfordring, sier han om de etiske dilemmaene utviklingen har medført for kreftleger ved offentlige sykehus.

Tidligere har behandlinger valgt bort av det offentlige vært enkle å forholde seg til fordi det ikke har dreid seg om alvorlig sykdom, understreker Solberg. Brystforstørrelser er et typisk eksempel.

Kreftbehandlinger som blir avvist av det offentlige, derimot, har ikke samme karakter, nettopp fordi det dreier seg om liv og død. Her blir det offentlige tvunget inn i et samkvem med det private på en helt annen måte, ifølge Solberg.

– Årsaken er at de offentlige kreftlegene sitter på informasjon om private tilbud som både den enkelte og storsamfunnet oppfatter som viktig, sier han.

Samtidig synes det private tilbudet å undergrave ideen om en offentlig, universell helsetjeneste som sikrer alle ved alvorlig sykdom.

– Det å informere eller ikke informere om hva som tilbys kommersielt på sykehus i Norge, blir plutselig et etisk dilemma, sier Solberg.

VURDERTE PASIENTENES ØKONOMI

Foreløpig har ikke miljøet blitt helt enig med seg selv om hvordan dette bør håndteres.

I fjor sommer uttalte overlege Stein Harald

Sundstrøm ved St. Olavs hospital til VG at han så an pasientenes økonomi før han vurderte å informere om privat behandling. En avisleser oppfattet dette som forskjellsbehandling, og sendte bekymringsmelding til Fylkesmannen. Derfra gikk saken til både KEK ved St. Olav og Legeforeningens råd for legeetikk.

I diskusjonen som fulgte syntes alle å være enige om at det ikke er en farbar vei for kreftlegene å se an pasientenes økonomi. Det går frem av aktørenes ulike innlegg i Tidsskrift for Den norske legeforening i høst.

Da var det vanskeligere bli enige om hvorvidt kreftlegene uoppfordret bør informere alle aktuelle pasienter om at det finnes et kostbart privat tilbud.

Å INFORMERE ELLER IKKE

«Alle bør i utgangspunktet selv kunne få ta stilling til om de vil vite hva som tilbys privat. Det betyr at der pasienten selv ikke tar opp dette temaet, bør legen gjøre det», mente etikkkomiteén ved St. Olavs hospital. Rådet for legeetikk så litt annerledes på det. «Når det gjelder behandlingsmuligheter som tilbys av det offentlige helsevesenet, plikter legen å gi lik informasjon til alle pasienter. Informasjon utover dette og især informasjon om behandling som krever egenbetaling, bør ikke legen informere om på eget initiativ. Det er avgjørende at pasienten får en mulighet til å styre hvilken informasjon hun eller han ønsker – hvis ikke blir ikke samvalg en reell mulighet», skrev de.

I ettertid har sistnevnte foretatt en viss justering av sin posisjon. Rådets leder er lege Svein Aarseth ved Frysja legekantor.

– Pasientene skal informeres i den utstrekning de ønsker det, men de kan jo ikke etterspørre noe de ikke vet om. Legen kan si noe sånt som at «det finnes en behandling som det offentlige ikke har tatt i bruk, men som vil koste penger». Da vil de fleste pasienter be om mer informasjon, forklarer Aarseth.

– PLEIER Å VÆRE NØKTERN

Andreas Stensvold er onkolog og avdelingsjef ved Kreftavdelingen Sykehuset Østfold. Han mener kreftlegene må informere pasientene om tilbud hos norske private aktører når det offentlige ennå ikke har fattet en avgjørelse, eller har sagt nei til refusjon.

– Da pleier jeg å være veldig nøktern og si noe sånt som at «Ja, det har kommet en ny medisin, og den har vist seg å ha god effekt ved å forlenge livet med så og så mange måneder i snitt. Hvordan den vil virke hos deg, vet jeg ikke. Den kan gi noen bivirkninger. Det viktigste er god livskvalitet den tiden du har igjen. Behandlingen finnes hos private aktører. Vi kan legge til rette for at du får den der om du ønsker det», forklarer Stensvold.

Han er tidligere leder av Norsk onkologisk forening, og ble kåret til årets kreftlege 2018.

– INGEN KONSENSUS

Sundstrøm, som utløste debatten, er

nåværende leder i Norsk onkologisk forening. Han ser litt annerledes på saken.

– Det viktigste er at vi informerer på en slik måte at pasienten og de pårørende føler seg ivaretatt, sett og hørt. Jeg er ikke med på at alle leger skal informere alle aktuelle pasienter om at det finnes et privat tilbud, sier han.

Sundstrøm tror uansett ikke at kreftlegene evner å gjøre dette i alle kliniske situasjoner, rett og slett fordi det er ganske travelt å være onkolog.

– Slike samtaler tar adskillig mer tid enn den vi har satt av til konsultasjon. Min erfaring er at mange leger ikke tar seg tid til å informere på denne måten, og at det ikke er noe konsensus i det onkologiske miljøet om dette, sier han.

Hvordan kreftlegene eventuelt bør informere om kommersielt tilgjengelig behandling som bare kan fås i utlandet, er også uavklart. Det samme gjelder behandling som forutsetter sosiale og økonomiske muligheter til å reise utenlands for å delta i klinisk utprøving av nye, lovende medikamenter.

HENVISER

Det som ikke kom frem i debatten om infor-

masjonsplikt, var at kreftleger ved offentlige sykehus allerede henviser, legger til rette og samarbeider med de private kreftlegene.

– For eksempel kan jeg hjelpe til med å sende over papirene til Aleris, og jeg kan ha en tett dialog med legene der. I samråd med dem kan jeg også ta blodprøver for pasienten, og om det blir komplikasjoner, blir han eller hun innlagt hos oss igjen, forklarer Stensvold ved Sykehuset Østfold.

Sundstrøm, som altså er kritisk til en generell informasjonsplikt på dette området, beskriver det samme:

– Jeg har personlig henvist denne typen pasienter til Aleris en gang i blant. De fleste av oss gjør det, selv om enkelte overleger sier vi ikke har lov. Jeg mener henvisning er etisk forsvarlig i tilfeller hvor en medisin har markedstilgang, men hvor vi ikke har lov til å gi den her på sykehuset, sier han.

Fastlege Aarseth sier også at han vil henviser om det er aktuelt:

– Jeg vil bidra med informasjon i den grad det er nødvendig, lage henvisning og sende kopi av epikrise ved utredning på sykehus og så videre. Det syns jeg egentlig er det minst kontroversielle oppi dette, sier han.

– TETT DIALOG

Normann ved Aleris Kreftsenter bekrefter at det er vanlig for både fastleger og kreftleger ved offentlige sykehus å henvise til Aleris ved indikasjoner som medisinen har markedsføringstillatelse for, men hvor behandlingen ikke er godkjent for refusjon i det offentlige.

– Når det gjelder eksperimentell behandling, kan egentlig ikke legene i det offentlige skrive en direkte henvisning. Da kommer pasientene ofte med en oppsummering av den onkologiske sykdomshistorien, og en forklaring fra fastlege eller onkolog om at pasienten ønsker seg en vurdering for eksperimentell behandling hos Aleris, forteller Normann.

Av og til skriver legen «henvisning» på arket i slike tilfeller også, men ofte står det bare «epikrise med sykehushistorie» eller noe lignende.

Normann bekrefter at onkologene ved Aleris har tett dialog med onkologene ved offentlige sykehus.

– Jeg er avhengig av å konsultere med mine kollegaer i det offentlige. Vi er en liten gruppe kreftleger her på Kreftsenteret, og vi trenger det faglige samarbeidet, sier han. ■

Her står det en annonse i papirutgaven.

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

Kreftlegene gråter på bak rommet

Det er tungt å fortelle alvorlig syke pasienter at medisinen finnes på apoteket, men at det offentlige mener den er for dyr. Årets kreftlege har grått på bakrommet og i bilen på vei hjem.

TEKST: KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

– Dette er noe av det tøffeste vi kreftleger står i, sier Andreas Stensvold, avdelingssjef ved Kreftavdelingen Sykehuset Østfold.

I november ble han utnevnt til årets onkolog av Norsk onkologisk forening. Han er også tidligere leder av foreningen.

Stensvold sikter til situasjoner hvor det ikke er avklart om det offentlige vil ta seg råd til en ny medisin, eller hvor det offentlige har sagt nei, til tross for at medisinen har markedsføringsstillatelse i Norge.

LIVSFORLENGENDE

Et viktig grunnlag for denne typen vurderinger er hvor mye ekstra levetid pasientene kan forventes å få med en gitt behandling.

Stensvold understreker at pasientene kan oppleve muligheten til å få livet forlenget med noen få måneder som svært viktig, selv om det offentlige ikke ønsker å prioritere det.

– Kanskje handler det om en mor eller en far. Noen måneder ekstra vil være veldig viktig for barna også, sier kreftlegen.

Enkelte pasienter kan dessuten ha betydelig effekt av medisiner som ikke er godkjent for refusjon i det offentlige. Det vet man aldri før man har prøvd. Stensvold opplever det som en kjempeutfordring å overbringe beskjeden om at det ikke er mulig hos ham, selv om behandlingen finnes på det norske markedet. Det eneste alternativet er dyr behandling på privat sykehus.

– Det er en utfordring vi må leve med. Den kommer bare til å bli større, sier han.

– FØLELSESLADET

Selv har Stensvold overbragt det offentliges behandlingsnekt til en håndfull pasienter, men utviklingen tilsier at han vil havne i den situasjonen stadig oftere.

Flere og flere kostbare medisiner kommer på markedet. Befolkningen eldes. Behovene og ønskene øker mye raskere enn helsebudsjettene.

– For en del av oss blir dette veldig følelsesladet. Som leger skal vi ta ressursene med i vurderingen, men dette rokker noe voldsomt ved det vi er oppdratt til; nemlig å trøste, lindre og kanskje helbrede. I slike situasjoner finnes det en medisin som kan underlette dette, men vi får ikke lov til å ta den i bruk, sier Stensvold.

Han mener det er viktig for legene å



– Av og til kommer det noen og gråter på min skulder. Andre ganger er det jeg som må finne en skulder å gråte på, sier onkolog Andreas Stensvold.

FOTO: SYKEHUSET ØSTFOLD

innrømme at de blir følelsesmessig berørt, og at de tar til tårene noen ganger – selv om de har vært i gamet i en god del år.

– Jeg har ikke tatt til tårene overfor pasientene, men jeg har grått på bakrommet og i bilen på vei hjem i forbindelse med denne typen beskjeder, sier årets kreftlege.

OFTERE UTBRENT

Onkologene er også de som må ta imot de alvorlig syke pasientenes første reaksjoner på det offentliges avvisning.

– Jeg har opplevd fortvilelse, sorg, forbanelse og utskjelling. Det kan være tøft, sier Stensvold.

Han nevner undersøkelser som viser at utbrenthet er svært utbredt blant onkologer – og betydelig mer utbredt enn hos andre spesialister. For eksempel har en spørreundersøkelse blant unge, europeiske onkologer vist at over 70 prosent viser tegn på utbrenthet (*Banerjee mlf. 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28449049>*).

– Vi må ta vare på hverandre og være tydelige på at dette vil det komme mer og mer av, sier Stensvold.

Kreftlegen mener det er viktig at beslutningstagerne er klar over hvordan det føles å stå ansikt til ansikt med pasienten i slike situasjoner.

– Det offentliges vurderinger bør ikke oppfattes som for enkle. Noen av oss opplever at prosessene er litt for lukkede, og at begrunnelsene ofte er standardiserte av typen «etter en grundig vurdering har vi besluttet...». Prosessene bør være mer gjennomsiktige, og begrunnelsene tydeligere, sier Stensvold.

– TRENGER FOKUS PÅ DETTE

Årets kreftlege er dessuten opptatt av at morgendagens leger må få vite at de må forholde seg til denne typen situasjoner.

– Her må vi ikke stikke hodet i sanden. Vi trenger et fokus på dette som gjennomsyrrer både utdanningen og legegjerningen,

hvor vi blant annet vektlegger hvor viktig det er å ha gode kollegiale diskusjoner, sier Stensvold.

Blant kreftlegene er det allerede en ganske god kultur for at kolleger bruker hverandre, understreker han. Enkelte gråter på hverandres skuldre. Andre avreagerer annerledes, for eksempel ved å ta seg en runde rundt sykehuset.

– Det er viktig at man finner en eller annen måte å avreagere på, slik at man tar med seg minst mulig av dette hjem, sier Stensvold.

En kultur for å snakke om de etiske utfordringene og prioriteringene i helsevesenet kan bidra, mener han. For eksempel bør kollegiet alltid være åpent for å diskutere satsingsnivået på en pasient.

– Det må være rom for å si at «Jeg syns dette er vanskelig, hva syns du?» eller «Jeg har hatt en vanskelig samtale, jeg må få avreagere litt hos deg». Hos meg er døren i alle fall åpen, sier Stensvold. ■

KOMMENTAR:

De hybride kreftpasientene

Uansett hva politikerne sier, for kreftpasientene er det todelte helsevesenet kommet for å bli.

Dette nummeret av *Journalen* viser frem det todelte helsevesen 2.0. Bølgen av nye, dyre medisiner som ikke kan forskrives på det offentliges regning for dem som kan ha glede av dem gir helt nye utfordringer.

Fortvilte kreftleger gråter i bilen på vei hjem fra jobb fordi de ikke kan tilby pasientene sine den behandlingen som de vet kunne være pasientens siste håp.

Hos Aleris kreftsenter står derimot dørene åpne. Siden 2014 har de behandlet 300 pasienter med medisiner som det offentlige ikke har tatt i bruk, ikke vil betale for, eller som benyttes utenfor godkjent indikasjon. Mange, som Stephen Trygge Storvik som du kan se på forsiden, har svært god effekt. De kan oppleve å få livet tilbake i gave.

Selv om medisinerne kanskje ikke helbreder pasientene kan de gi dem bedre livskvalitet og mindre bivirkninger enn cellegift, som gjerne er alternativet.

Det er de rikeste, og de med gode helseforsikringer, som kan stille seg først i køen, alternativt de som har et hus eller en båt de kan selge. Noen får så heldige at det arrangeres private innsamlingsaksjoner for dem. Sa du rusmisbruker? Glem det.

MÅ PRIORITERE

Selv om Beslutningsforum for nye metoder, bestående av direktørene i de fire RHF-ene, høster kritikk fra tid til annen, er de fleste enige om at det må være et tak på de offentlige legemiddelutgiftene.

Utfordringene oppstår når Beslutningsforum ikke har godkjent at en ny medisin kan brukes på den tilstanden pasienten har. Begrunnelsen kan være kombinasjonen av usikker effekt og høy pris. Det ligger i kortene at langtidsdata kan være sparsomme, og mange er selvsagt villige til å satse alt på det som kan være deres siste håp. Og det stiller legene i en nesten umulig skvis.

Skal de være lojale mot det offentliges prioriteringer og overlate til pasientene å orientere seg om hva som finnes av private muligheter? Eller skal

de forsøke å hjelpe dem over i det private ved å skrive henvisninger og sende over dokumentasjon på den behandlingen som det offentlige har stått for? I et pasientsikkerhetsperspektiv kan dette selvsagt være viktig informasjon, enten papirene går den ene eller den andre veien. Pasientene kommer tilbake til det offentlige for å håndtere komplikasjoner, få poliklinisk oppfølging eller gjennomgå annen behandling.

Dette samarbeidet er klassisk legearbeid; man gjør det beste for pasienten og lar byråkrati være byråkrati. Men det reiser en rekke etiske og juridiske problemstillinger. Skal legene for eksempel se an tykkelsen på pasientens lommebok?

Ett er sikkert. Vi har fått en hybrid behandlings- og betalingsmodell der det offentlige og private helsevesen veves stadig tettere inn i hverandre. Ingen kan lenger lukke øynene for at vi har fått et todelte helsevesen for kreftpasienter. Det bør bekymre flere enn Bent Høie.

Skal de være lojale mot det offentliges prioriteringer og overlate til pasientene å orientere seg om hva som finnes av private muligheter? Eller skal de forsøke å hjelpe dem over i det private?



PER HELGE MÅSEIDE
REDAKTØR

Aleris øker satsingen på dyr kreftbehandling

Onkologene ved et privat kreftsenter i Oslo er siste håp for stadig flere pasienter. Nå økes kapasiteten for å ta imot de som blir avvist av det offentlige.

TEKST: KRISTIN STRØMSHEIM GRØNLI

Alvorlig syke kreftpasienter får rett som det er beskjed om at det offentlige ikke vil betale for immunterapi eller annen livsforlengende behandling. Disse pasientene kommer ofte til Aleris kreftsenter på Frogner i Oslo. Her kan de få behandling som ennå ikke tilbys av det offentlige, eller som det offentlige har sagt nei til.

– Totalt har vi behandlet rundt 300 slike pasienter siden 2014, forteller Marius Normann, fagansvarlig onkolog.

Pasientstrømmen til kreftsenteret varierer med hvilke medisiner de offentlige sykehusene tar i bruk, men den generelle utviklingen er at pågangen blir stadig større.

Derfor har senteret nettopp ansatt en ny kreftlege. Fra 1. desember har de tre onkologer.

– FLERE I KOMPLETT REMISJON

Siden tilbudet ved senteret ikke har eksistert så lenge, er det tidlig å si hvordan det har gått med pasientene som har vært innom. Flere av dem klarer seg veldig bra, forteller Normann.

– Vi har drevet med dette siden 2014, så vi har ikke data på fem års overlevelse. Men vi har en del pasienter som har avsluttet behandlingen, og som er i komplett remisjon, sier han.

En vesentlig større andel av pasientene har fått en betydelig forsinkelse av sykdomsforløpet, ifølge onkologen.

Aleris har ikke full oversikt over hvordan det går med pasientene, og kan derfor ikke oppgi tall. Det offentlige tar nemlig over så snart behandlingen ved det private helseforetaket er fullført.

– Alle tjenester hos oss har en kostnad, og kontroller og oppfølging etter kreftsykdom er noe pasientene får hos det offentlige. Da vet vi ikke alltid hvordan det går med dem, sier Normann.



Stephen Trygge Storvik har svært god effekt av immunterapien han får ved Aleris.

FINNES PÅ APOTEKET

De aller fleste som kommer til det private kreftsenteret har fått beskjed fra et offentlig sykehus om at det offentlige ikke kan tilby mer livsforlengende behandling.

Samtidig kan en livsforlengende medisin faktisk være tilgjengelig på apoteket. Den offentlig ansatte kreftlegen kan bare ikke ordinere den.

Etter at markedsføringstillatelsen er på plass, kan det nemlig gå år før det offentlige får bestemt seg om en medisin skal godkjennes for refusjon.

– Tid er noe alvorlig syke kreftpasienter har lite av, sier Normann.

Selv om Beslutningsforum sier nei, vil medisinen fortsatt være på det norske markedet.

FAKTA

Dette er noen av pasientgruppene som får immunterapi hos Aleris for tiden:

- Kreftsvulster med MSI-high uttrykk. Kreftsvulsten/vevsprøven undersøkes av patologene med spesielle fargemetoder. Indikasjonen er foreløpig ikke godkjent i Europa.
- Eggstokkreft med spredning som ikke responderer på standard behandling.
- Livmorhalskreft med spredning som ikke responderer på standard behandling.
- Trippel negativ mammacancer med spredning (østrogen-, progesteron- og HER-negativ cancer).
- Kreft i munnhule og svelg med spredning.
- Kombinasjonsbehandling til pasienter med ikke-småcellet lungekreft.
- Forebyggende tilleggsbehandling til føflekkreftpasienter som har gjennomgått operasjon.

EKSPERIMENTELL BEHANDLING

Senteret tilbyr også eksperimentell behandling, det vil si behandling med immunterapi utenfor godkjent indikasjon, såkalt «off-label».

– Ulike typer immunterapi fungerer mot ulike typer kreft, men mange typer terapi er i familie. Derfor vil de fleste typer immunterapi virke på tvers av flere diagnoser. Her gjenstår en god del forskningsarbeid før vi får oversikt, sier Normann.

Hos pasientene som får slik eksperimentell behandling ved Aleris, er sykdommen typisk langt fremskredet. Andre behandlinger har utspilt sin rolle, samtidig som pasienten har relativt god allmenntilstand.

– På bakgrunn av studiedata, pasientens genetiske profil og allmenntilstand kan vi



Mange kreftpasienter som behandles av offentlig ansatte kreftleger mottar også kostbar immunterapi av privat ansatte kreftleger.

vurdere å gjøre forsøk med immunterapi, selv om den ikke er godkjent med markedsføringstillatelse for den bestemte krefttypen, sier Normann.

Forutsetningen er at den eksperimentelle behandlingen ikke fortrenger en behandling med dokumentert effekt, opplyser Aleris-onkologen.

FORSIKRING OG EGENBETALING

Det tar rundt tre måneder og koster gjerne rundt 300 000 kroner å finne ut om immunterapien virker. Deretter er den totale behandlingstiden på ett til to år. Den endelige prislappen kan altså bli på over to millioner kroner.

Pasientene betaler for behandlingen de får ved Kreftsenteret på ulike måter. Noen har helseforsikring som dekker kostnadene, mens andre må ta det fra egen lomme. Fordelingen varierer, men grovt sett betaler halvparten av pasientene selv, mens den andre halvparten får utgiftene dekket gjennom helseforsikringsordninger, ifølge Normann.

– Når det gjelder medisiner som ikke

er godkjent for refusjon av det offentlige, dekker forsikringsselskapene i alle fall behandling på indikasjon. Når det gjelder «off-label»-behandling er dette mer varierte, forteller han.

Pasienter som betaler for behandlingen selv, øker uansett mest hos Aleris kreftsenter.

– Det betyr også at den eksperimentelle behandlingen øker mer enn behandling på indikasjon, sier Normann.

AKTUELT FOR FLERE SYKDOMMER

Senteret har også vurdert egen import av medisiner som foreløpig ikke har fått markedsføringstillatelse i Norge, men har valgt å styre unna dette så langt.

– Det er ekstremt tidkrevende å importere uregistrerte preparater. Prosessen er byråkratisk og blir for omstendelig å administrere innen et kommersielt system, sier Normann.

Utviklingen med økt persontilpasning og stadig flere nye, kostbare medisiner tilsier at det kan bli åpning for private satsinger på flere sykdomsfelt enn kreft.

Det finnes nemlig flere sykdomsområder

hvor medisiner kommer på det norske markedet uten at de blir godkjent av Beslutningsforum for refusjon i det offentlige. Normann opplyser at Aleris nå vurderer disse mulighetene.

– Vi diskuterer om vi kan gjøre noe tilsvarende for andre typer sykdom enn kreft. Det vil de aktuelle faggruppene i Aleris ta stilling til, sier onkologen.

ØKENDE GAP

Normann tror det todelt helsevesenet er kommet for å bli, og at folk flest skjønner behovet for å prioritere i det offentlige.

– Man kan ikke si ja til alt til enhver pris. Den akselererende utviklingen av nye medikamenter gjør at gapet mellom det som er teknisk mulig å gjøre, og det man har økonomiske ressurser til, vil fortsette å øke, sier Aleris-onkologen.

Han understreker at dette skjer helt uavhengig av diskusjonen om hvorvidt det todelt helsevesenet er riktig eller galt.

– Jeg tror derfor det vil være en økende plass for private tilbud i dette gapet, sier han. ■

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

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

Psykisk helse og rus: Forsvinner den stygge forskjellen?

«Den største og styggeste forskjellen i den norske helsetjenesten», sier helseminister Bent Høie om at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer lever opptil 20 år kortere enn andre. Hva kan de nye pakkeforløpene gjøre med det, spør kronikkforfatterne Torhild Torjussen Hovdal og Mette Garvoll.

Mange har engasjert seg i pakkeforløpene innen psykisk helse og rus helt siden det ble lansert at disse skulle komme for tre år siden. Både behandlere, brukere, pasienter og pårørende har pekt på utfordringer innen psykisk helse og rus over lengre tid. Dette ønsket vi å ta på alvor da vi fikk oppdraget med pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Pakkeforløp handler først og fremst om organisering av tjenestetilbudet og beskriver god klinisk praksis. Fra å ha uønsket variasjon i behandlingstilbud, manglende brukermedvirkning og samhandling, går man over til mer forutsigbar organisering av tjenesten som skal bidra til nettopp mer likeverdig behandling, bedre samhandling og sikre brukermedvirkning i alle beslutninger. Ikke minst skal pasientens somatiske helse følges opp som en integrert del av behandlingen.

Utredning og behandling skal fortsatt utvikles i samarbeid mellom behandler og den enkelte pasient og tilpasses den enkeltes behov.

Pakkeforløpene er utarbeidet av arbeidsgrupper med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og relevante fagmiljøer. Det har vært arrangert rådslag, og utkastene til pakkeforløp har vært på høring. Helsedirektoratet har ledet og koordinert arbeidet etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

En del var skeptiske til de danske pakkeforløpene innen psykisk helse. Disse var svært detaljert om både behandlingstider og metoder.

Vi så derfor at det var behov for å utvikle en norsk modell for pakkeforløp innen psykisk helse og rus.

UTFORDRINGER

Pakkeforløpene skal møte utfordringer som er avdekket gjennom tilsyn og beskrevet i ulike rapporter.

I tillegg til lavere levealder hos men-



TORHILD TORJUSSEN HOVDAL, psykiater/seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet

nesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, har mange pekt på behov for mer sammenhengende og koordinerte tjenester i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Hvis samhandlingen ikke virker, er det noen som ikke tar ansvar. Kanskje er det ikke tydelig hvem som har ansvaret. Derfor beskriver pakkeforløpene hvem som skal gjøre hva og når.

Pasientene skal oppleve bedre koordinerte forløp. Utredning, behandling og oppfølging skal skje som sammenhengende forløp uten unødig ventetid. Det skal for eksempel ikke være opphold mellom avrusning og behandling.

FORLØPSKOORDINATORER

Forløpskoordinatorer har vært en suksess i kreftpakkeforløpene. I pakkeforløp for psykisk helse og rus skal det være forløpskoordinatorer både i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Disse skal være med på å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unø-



METTE GARVOLL, avdelingsdirektør, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet

dig ventetid. Det er en lederoppgave å sikre forløpskoordineringen og benytte ressursene best mulig.

Med forløpskoordinatorer slipper pasienter, brukere og pårørende å være koordinator.

UØNSKET VARIASJON

En annen utfordring er uønsket variasjon i ventetid, utredning og behandling og oppfølging.

Avslagsprosenten i DPS varierer fra to til 50 prosent. Dette er eksempel på en ulikhet vi ikke kan ha. Det samme gjelder store variasjoner i tid og innhold i utredning.

Variasjon på bakgrunn av pasientens ønske og behov er nødvendig og bra, men ikke variasjon som skyldes ulik praksis.

En tredje utfordring er at mange pasienter har opplevd mangelfull innflytelse i behandlingen.

Pasienten skal være involvert i alle vurderinger og beslutninger og få god informasjon om behandlingsmulighetene. En

pasient som er med på å utforme sin egen henvisning, vil ha større eierskap og forpliktelse til egen utredning og behandling.

Behandlingen skal evalueres med jevne mellomrom. Feedback-verktøy kan være med på å vise om behandlingen bidrar som ønsket, eller om det er behov for å endre kurs. En pasient som for eksempel har prøvd et behandlingsopplegg tre ganger uten at det har vært til hjelp, har verdifull innsikt i hva som kan fungere den fjerde gangen.

BEDRE FOR FASTLEGENE

Fastleger og andre som henviser skal gjøre dette på vanlig måte. I det enkelte pakkeforløpet og i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) er det oversikter over hva som bør være med i en henvisning, hvilken kartlegging som bør gjennomføres, og forventninger til dialog med pasient og pårørende.

Spesialisthelsetjenesten vurderer på vanlig måte om pasienten har rett til helsehjelp. Denne vurderingen gjøres på bakgrunn av informasjon i henvisningen, og i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne.

FÆRRE AVSLAG

Henvisninger i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene forventes å gi færre avslag fra spesialisthelsetjenesten. Henviser skal

«En pasient som er med på å utforme sin egen henvisning, vil ha større eierskap og forpliktelse til egen utredning og behandling.»

få en anbefaling om videre oppfølging dersom det vurderes at pasienten ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Henviser skal også få regelmessig tilbakemelding på behandlingsplan og ved større endringer i behandlingen. Ved avslutning av pakkeforløpet i spesialisthelsetjenesten skal spesialisthelsetjenesten lage en konkret skriftlig plan for videre oppfølging, for de pasientene som har behov for det.

Pakkeforløpet kan ikke avsluttes i spesialisthelsetjenesten før det er sendt epikrise til henviser og fastlege. I sum kan dette bidra til å lette fastlegenes hverdag.

SOMATISK HELSE

Somatisk helse og levevaner er spesielt fremhevet for pakkeforløpene psykisk helse og rus.

Det er kanskje her kilden til den «største

og styggeste forskjellen i den norske helsetjenesten» ligger.

Det skyldes blant annet at somatiske sykdommer og livsstilsutfordringer ikke blir sett eller fanget opp.

Slik kan vi ikke ha det.

Pakkeforløpene legger opp til at alle pasientene i psykisk helsevern og TSB får et helhetlig tilbud som også ivaretar somatisk helse og levevaner. Somatisk helse og levevaner skal kartlegges i alle forløpene. Ved behov for tiltak, lenkes det til konkrete anbefalinger om videre utredning, tiltak og hvem som har ansvar for å følge opp.

LØSER IKKE ALT

Så er det viktig å huske at pakkeforløp ikke løser alle utfordringer. Vi må se dem i sammenheng med blant annet Nasjonal helse- og sykehusplan, opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse, opptrappingsplanen for rusfeltet og regjeringens strategi for god psykisk helse «Mestre hele livet».

Pakkeforløpene fjerner nok ikke «den største og styggeste forskjellen i den norske helsetjenesten» over natten. Men de vil kunne være viktige bidrag til økt levealder for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. ■

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).

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



GEIR SVERRE BRAUT

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

Godt om medisinen grunnlag i lettlesne bøker

Bokbransjen har nyleg gitt uttrykk for at vi går dårlegare tider i møte når det gjeld sakprosa. Det er snakk om store kutt i talet på utgivingar (1). Dette skjer samstundes med at kvaliteten på mykje av det som blir utgitt av sakprosa her i landet knapt har vore høgare nokon gong. Sjølv om marknaden samla sett er under press frå digitale media, har mange bøker i dette litteratursegmentet likevel blitt reine «kioskveltarar». Populær-vitskaplege tekstar har vist seg å vere svært så populære (2). Mange av desse bøkene har spenstige titlar som nok kan pirre til kjøp.

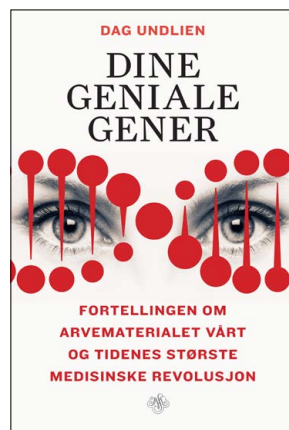
I medisinske kretsar bør det vere grunn til å merke seg at mange av dei mest selde bøkene er skrivne av legar. Det er å glede seg over at dette skjer trass i at slike skrifter ikkje gir særleg stor utteljing i akademiske samanhengar. Jamt over har innhaldet eit solid ankerfeste i trygg fagkunnskap.

Det gjeld også dei to bøkene som skal kommenterast her. Den første, om geniale gener, er rekna på eit allment publikum, den andre, om psykiatri, er retta meir inn mot særleg interesserte fagfolk, pasientar, pårørande og ikkje minst folkevalde. Den første handlar om ein revolusjon som er i gang. Den andre gir signal om store endringar som kan kome ganske snart. Begge rokkar ved grunnfjellet som dagens kliniske praksis byggjer på.

FERSKVARE

Bøker om genetikkk er for tida å sjå på som ferskvare. Kunnskapen utviklar seg ikkje berre frå år til år, men frå månad til månad. *Dag Undlien* har gode føresetnader for å fange opp det som skjer gjennom sitt arbeid som professor i genetikkk ved Universitetet i Oslo. I boka som han nettopp har kome med, viser han at han også kan presentere innfløkt fagstoff i ei språkdrakt som folk flest kan forstå.

Det er ein fryd å lese seg gjennom dei mange kasuistiske forteljingane i teksten og samstundes få styrkt kunnskapen om grunnleggjande genetikkk. Boka har tre overordna



DAG UNDLIEN

DINE GENIALE GENER

Fortellingen om arvematerialet vårt og tidenes største medisinske revolusjon.

J.M. Stenersens Forlag AS, 2018

ISBN 978-82-7201-651-6

178 sider, NOK 379,-

delar. Den første har som gjennomgåande budskap at genomet nok er meir dynamisk enn det dei fleste av oss lærte då vi studerte medisin.

Andre delen handlar om genteknologi. Her balanserer Undlien fint mellom optimisme og frykt for det nye. Moteord, som CRISPR, er godt forklarte. Kanskje kunne han ha skrive litt meir om nyansane mellom genmodifisering og genredigering? Men det er meir ei filologisk enn ei genetisk utfordring.

I siste delen drøftar forfattaren framtida. Han trekkjer fram ulike utviklingstrekk som truleg vil påverke klinisk arbeid i stor grad. Her koplar han utviklinga av den genetiske kunnskapen opp mot andre teknologiske nyvinningar og den allmenne samfunnsutviklinga. Det overordna stikkordet kan gjerne få vere persontilpassa medisin.

Boka er jamt over prega av det eg vil kalle



TROND F. AARRE

EN MINDRE MEDISINSK PSYKIATRI

Universitetsforlaget, 2018

ISBN 978-82-15-03070-8

200 sider, NOK 399,-

ein nøktern optimisme. Eit kapittel på nær 20 sider om epigenetikk er etter mi vurdering noko av det beste som er skrive om dette på norsk.

Det er godt å lese tekstar der djup fagkunnskap blir nært kopla til ei forståing av det samfunnet kunnskapen skal brukast i. Berre ein litt plagsam detalj: På første sida i forordet må det vere ein lei trykkfeil. Det var ikkje i 1958 at Watson og Crick presenterte korleis DNA-molekylet såg ut. Det var fem år tidlegare (3). Heldigvis pregar dette på ingen som helst måte resten av boka. Og så må eg skunde meg å leggje til at boka både har stikkordregister og ei grei litteraturliste.

HAR MARKERT SEG

Trond Aarre har i ei årrekke vore psykiater i Nordfjord. Han har markert seg både ved føredrag og i skrift som ein ihuga talsmann for endringar i tenestetilbodet til menneske

med psykisk sjukdom (4). No er han ute med ei vidareføring av drøftingane han drog opp i boka si frå 2010.

Sjølv om boka har folk med interesse for psykiatri som målgruppe, er det mykje her som også kan sjåast i lys av medisinenens overordna teoretiske grunnlag. Tidleg i teksten gir han som ei slags programfråsegn at boka må lesast som eit forsvar for tvilen. Tvilen han siktar til handlar om vi er i stand til å presentere gyldige modellar for korleis ein skal oppfatte det vi kallar psykisk sjukdom. Alt i forordet kjem hovudbudskapet hans om at psykiatrisk praksis byggjer på eit skjørt fundament.

Psykiatrien er kanskje den spesialiteten der den medisinske forståinga blir sterkast utfordra av kunnskap frå andre fagfelt, ikkje minst då psykologi og samfunnsfag. Dei psykiske plagene kan ikkje berre forklårast og forståast ut frå forhold som gjeld individet. Dei må også sjåast i eit samfunns- og nettverksperspektiv. Trass i ulike forsøk på å møte eit slik samansett årsaksbilete i dei nyare diagnosesystema, meiner forfattaren at diagnose-iveren i psykiatrien ikkje er til pasientens beste.

Om det amerikanske diagnosesystemet, som også har påverka europeisk psykiatri, hevdar han at ein systematisk og bevisst har ofra gyldigheit for å gjere diagnosane meir pålitelege (side 74). Diagnosane er ugyldige fordi dei karakteriserer grupperingar av

«Eit kapittel om epigenetikk er etter mi vurdering noko av det beste som er skrive om dette på norsk.»

symptom (syndrom) meir enn dei seier noko om sjukdommens grunnleggjande eigenskapar hos den einskilde.

Som eit alternativ til den diagnostiske tilnærminga trekkjer Aarre fram kriminologen Nils Christies forslag om heller å skrive noveller om personane enn å prøve å kategorisere dei i meir eller mindre tydelege grupper.

Aarre argumenterer mot den auka bruken av standardar og algoritmar i psykiatrisk praksis. Han stiller også spørsmål ved profesjonanes særstilling i dei psykiatriske tenestene. Han meiner at dette i stor grad er uttrykk for makt. Likevel utfordrar han i og for seg ikkje den profesjonelle kompetansen. Han problematiserer eineretten til, og rekkjeidda av, den rådande fagkunnskapen. I siste kapitlet fremjar han ei rekkje konkrete synspunkt på kva som ein på kort sikt kan gjere for å kompensere for det skjøre grunnlaget som han meiner å påvise.

Innanfor både norsk og internasjonal psykiatri vil det vere ganske så delte meininger om dei emna som Aarre trekkjer opp. Det er ein viktig debatt. Både det som skjer i profesjonane sine faglege kretsar og dei spørsmåla som blir stilte av pasientar, pårørande og folk flest, tyder på at tida for «normalvitskap» innanfor dagens psykiatri er forbi og at vi kan møte det som Thomas Kuhn kalla ein vitskapleg revolusjon (5). Det er den type revolusjon som er i gang i genetikken. Det er liten grunn til å tru at den ikkje også vil rulle inn over andre medisinske fagfelt litt om senn.

Litteratur

1. Martincic J, Tollefsen JT. Alarmbjellene ringer. *Klassekampen*, 20. november 2018, 25-26.
2. Christiansen H. Hva er det med titler som *Gleden med skjedden* og *Manus om anus* som gjør at folk løper og kjøper. *A-magasinet*, 23. november 2018, 44-48.
3. Watson JD, Crick FHC. A structure for deoxyribose nucleic acid. *Nature* 1953; 171: 737-738.
4. Aarre TF. *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
5. Kuhn TS. *Vitenskapelige revolusjoners struktur*. Oslo: Bokklubben, 2007.

Her står det en annonse i papirutgaven.

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

Med hjerte for verden

Feltarbeider og infeksjonsmedisiner Øyunn Holen satser på hjemmejul i år, i motsetning til i fjor da hun lille julaften fikk beskjed om å reise ut første juledag og kjempe mot en difteri-epidemi blant flyktninger i Bangladesh.

TEKST: PER HELGE MÅSEIDE

Epidemien ble slått tilbake ved hjelp av effektiv vaksinasjon, et av Holens spesialfelt. I tillegg er hun engasjert i arbeidet for riktig antibiotikabruk, antibiotikaresistens, og tilgang til rimeligere medisiner.

Øyunn Holen er først og fremst et navn som gir assosiasjoner til Leger uten grenser. Der arbeider hun for tiden i 70 prosent stilling som medisinsk fagansvarlig, en jobb hun har hatt i to år. De resterende 30 prosentene arbeider hun ved Folkehelseinstituttet, der hun har vært i fire år. Fra nyttår skal hun være der på heltid. Men engasjementet for Leger uten grenser vil ikke forsvinne, lover hun.

Tidligere i høst markerte hun seg på en debatt om tilgang til billigere medisiner.

I en kronikk i forrige nr. av *Journalen* skrev en av deltakerne i debatten, Eirin Udnæs fra «Universities Allied for Essential Medicines (UAEM)», om de viktigste utfordringene verden står overfor på dette feltet. Blant annet dør 10 millioner mennesker årlig av sykdommer som det finnes medisiner mot. Udnæs pekte på en av de viktigste utfordringene, prisen settes så høyt som mulig ut fra det et vestlig marked er villig til å betale. Og da får ikke de som trenger medisinen mest råd til den.

NYTT MEDIKAMENT

I 1999 vant Leger uten grenser Nobels fredspris. Pengene ble brukt til å danne fondet Drugs for neglected diseases initiative (DNDi). Leger uten grenser har også startet en kampanje for bedre tilgang til rimelige medisiner og at forskes på medisiner som bare rammer fattige, forklarer Holen.

Nylig kom et stort gjennombrudd: for første gang er et medikament i tablettform godkjent mot sovesyke. Sykdommen herjer utelukkende i de fattige landene i Afrika sør for Sahara, og for de fleste syke, som bor i små avsidesliggende landsbyer, er det i praksis ikke mulig å komme seg til sykehus for intravenøs behandling.

Allerede fra 2019 vil det nye medikamentet tas i bruk.

– Sykdommen er 100 % dødelig uten behandling. Dette gjør behandlingen enkel, sier hun.

For de som ikke kan sin infeksjonsmedisin: Sykdommen, som egentlig heter trypanosomiasis, skyldes en parasitt som går gjennom blod-hjernebarrieren.

– Man blir sløv, trøtt, enkelte blir psykotiske, man mister interessen for mat og, går langsomt inn i koma før man dør. Det er helt tragisk for familien, sier Holen.

SOLSKINNSHISTORIE

Medisinen mot sovesyke er en solskinnshistorie. DNDi tok over forskningen på en substans som viste seg å ha effekt mot parasitter. Substansen ble egentlig oppdaget på 1980-tallet, men den videre forskningen stoppet opp fordi man ikke fant bruk for substansen der det var et fungerende marked. Deretter gjenopptok DNDi forskningen sammen med Sanofi i 2005.

– Det eneste de kunne tjent penger på var å sitte på kunnskapen om substansen i håp om at det kunne brukes til noe annet i fremtiden, sier Øyunn Holen. I stedet ga altså Sanofi den bort.

– Det er den første medisinen DNDi har utviklet hele veien, og fra starten har det vært «non-profit»-fokus, sier hun.

– Det har kostet 535 millioner, en fjerdedel av hva legemiddelindustrien sier at utvikling av et legemiddel koster, sier hun.

– Når du får ned forekomsten, blir jo ikke nye smittet heller. Man kan utrydde denne sykdommen altså, dersom man virkelig sette inn støtet, sier hun.

Nye medisiner mot sykdommer uten et marked som vil betale en god pris hører til sjeldenhetene.

– Et annet eksempel hvor du har en stor pasientgruppe uten betalingsevne er tuberku-

lose. Der har det kommet to medisiner nå, kun for multiresistente bakterier. Den forrige medisinen kom for 50 år siden, sier hun.

– Den andre utfordringen er når det endelig kommer et nytt legemiddel på markedet som er effektivt, som mot hepatitt C, og som er så hinsides dyrt at det er helt utenfor rekkevidde for de landene med høyest forekomst av sykdommen.

– De fleste pasientene er i fattige land, men du har også et marked i rike land, og da setter man en så høy pris som markedet kan tåle i de rike landene. Det betyr at de fleste ikke har ikke råd til medisinen, og sykdommen spres videre fordi folk ikke behandles.

– Man kunne behandlet alle mennesker i hele verden og satt en stopper for hepatitt C epidemien, sier hun.

– Vi trenger systemer som i hvert fall moderer patentsystemet så det ikke bare er penger og profitt som styrer prisene på medisiner og bestemmer hvor det forskes.

– Hva mener du konkret bør gjøres?

– Vi må styrke partnerskap mellom offentlige og private, slik DNDi er et eksempel på. Og vi må i større grad sørge for offentlig finansiering der det er lite marked. Når noe er et folkehelseproblem bør ikke legemiddelindustrien kunne sette prisen akkurat der de vil, sier hun.

NORGE STØTTER STRENGE REGLER

Leger uten grenser er opptatt av at handelsavtaler bør utformes slik at det legges til rette for produksjon av generiske legemidler i land med lav betalingsevne. Et av elementene er å ta vare på fleksibiliteten som ligger i TRIPS-avtalen i regi av Verdens handelsorganisasjon (WTO).

– Det et stort problem at man handler bort den fleksibiliteten i nye bilaterale handelsavtaler, sier hun.

Som EFTA-land forhandler Norge fram handelsavtaler sammen med Island,

Øyunn Holen brenner for antibiotikabruk, antibiotikaresistens, billige medisiner til fattige land og feltarbeid for Leger uten grenser.



FOTO: RYAN RODRICK BEILER/LEGER UTEN GRENSER

Øyunn Holen i arbeid på Leger uten grensers difterisyrkehus i en flyktningeleir for rohingiaer i Cox Basar-provinsen i Bangladesh i januar 2018.



FOTO: SARA CRETA/LEGER UTEN GRENSER

Liechtenstein og Sveits.

– Norge forholder seg passivt til krav fra Sveits, et land med en sterk legemiddelindustri som ønsker enda sterkere patentregler enn hva som ligger i TRIPS-avtalen. Så der spiller ikke Norge en god rolle, sier hun.

– Vi prøver å presse på i Sveits. Leger uten grenser i Sveits tar kontakt med oss fordi vi får mer informasjon fra norske myndigheter enn de får fra sine. For det skal Norge ha – det er større åpenhet. Men vi er veldig passive.

Øyunn Holen skal de neste årene arbeide på heltid med smittevern, rett antibiotika- og antibiotikaresistens.

Et av tiltakene er datainnsamling. To dager i året registreres nemlig all bruk av antibiotika på norske sykehus og sykehjem.

– Vi har lav antibiotikaresistens i Norge, men den er økende også hos oss. Men vi ser at vi har mer bruk av bredspektrert antibiotika enn nødvendig.

PASIENTARBEID

Øyunn arbeidet sist for to år siden med pasienter i Norge, da i et vikariat ved Lovisenberg. Hun Hun har jobbet et halvt år ved infeksjonsavdelingen ved UNN, ett år med mikrobiologi på Bærum sykehus og før det på Åhus.

– Det meste av min kliniske erfaring har jeg fra Ullevål, der jobbet jeg i 5–6 år. Og jeg hadde et vikariat på Lovisenberg for to år siden, sier hun.

– Er du litt rastløs?

– Nei, absolutt ikke!

– Jeg vet at min base er Norge. Og jeg har veldig behov for å komme tilbake og være hjemme i en viss periode før jeg reiser ut igjen.

En konsekvens av å si fra om at hun kun vil påta seg korte oppdrag for Leger uten grenser, tidfestet til maksimalt en måned, er kort forhåndsvarsling. – Lenger enn det vil jeg ikke være borte fra sønnen og mannen min.

I fjor betydde det avreise på 1. juledag. Etter at hun sa ja på lille julaften.

– Så det var den juleferien?

– Ja, men vi fikk julaften sammen, det var jo veldig fint!

– Det visste vi – dersom jeg sier ja til så korte oppdrag er det akuttoppdrag. Men at det skulle komme midt i jula, det visste vi jo ikke da.

Holen hadde da nylig kommet hjem fra det som hadde vært en viktig del av jobben i Leger uten grenser; kurset «Helping babies breathe», utviklet i samarbeid med Lærdal-konsernet og den amerikanske barnelege-

ØYUNN HOLEN

- 1999: Ferdig utdannet ved UiT.
- 2014: Hytte på Bleikøya i Oslo.
- 2015: Spesialist i indremedisin og infeksjonsmedisin siden 2015.
- Oppvokst i Skien, bor på Kampen i Oslo.
- Tilsammen fem oppdrag for Leger Uten Grenser: Angola, Kenya, Liberia og Bangladesh.

foreningen. Målet er å bedre overlevelsen av nyfødte ved å gi pustestøtte like etter fødselen. Eller som det heter: - Train the trainers.

Oppdraget i julen var et difteri-utbrudd blant rohingyane som er fordrevet fra Myanmar til flyktningeleire i Bangladesh.

KUN FLYKTNINGER BLE SYKE

Epidemien rammet kun flyktningene. Årsaken var et velfungerende vaksinasjonsprogram for fastboende i Bangladesh.

– Barna var vaksinert. Av nesten 1000 personer som vi behandlet i løpet av den måneden jeg var der, var kun to bangladeshere, en voksen og et barn.

– Flyktningene fra Myanmar var derimot ikke vaksinert, sier hun.

Det ble etablert et eget difterisyrkehus av smittevernansyn. Og det ble satt i gang storstilet vaksinasjon.

– Det første utbrudd i slutten i november, og var på topp i begynnelsen av desember. Epidemien snudde da jeg var der.

– Hva mener du om den norske vaksine-debatten da?

– Det er synd at så mye desinformasjon får gjennomslag, sier hun.

– Vi har hatt så god vaksinasjonsdekning i så mange år at vi har mistet perspektivet på hvor farlig de er, de sykdommene vi vaccinerer mot. Det er jo ikke forkjølelse vi snakker om, ikke sant.

– Det er vel kanskje et større antall enn de rene vaksinemotstandere som tenker at det er lurt å «trimme immunsystemet litt»? jeg vil tro at det til og med er noen leger i den gruppa?

– Den beste måten å styrke immunsystemet på er vaksine. Det er å spille på lag med naturen og immunsystemet, slår hun fast.

I fall noen av våre lesere ikke har fått det med seg.

MESLINGALARM

Nylig slo WHO mesling-alarm. Holen har sett sykdommen på nært hold i Angola.

– Jeg har sett hvor hardt den kan ramme, hvor helt fryktelig det er, og hvor stor dødeligheten er når barna er underernært.

– Det som skjer er at meslinger slår ut immunsystemet. De syke, ofte barn, får en bakteriell pneumoni (lungebetennelse, red. anm.) som de dør av.

– Så det er sunt å ta meslingvaksine! De som ikke mener det, kunne ikke tatt mere feil!

Det er snart jul. Forhåpentlig blir den roligere enn i fjor. Men selv da rakk hun over julebaksten. Det ble én sort – pepperkaker.

– Jeg er ikke mer husmor enn som så, sier hun og ler. ■

«Når medisiner blir for dyre for de syke» i forrige nummer var skrevet av Eirin Udnæs, ikke Erin Udnæs, slik vi kom i skade for å skrive.

JOURNALEN I NYHETENE

Journalens temasak i forrige utgave, om influensavaksinasjon av helseansatte, fikk stor oppmerksomhet og startet en debatt om temaet i mange medier.

Dette førte til bred dekning, med start på NRK Dagsnytt 6. oktober. Deretter i Lørdagsrevyen og Kveldsnytt samme kveld, og i Søndagsrevyen dagen etter. NRKs Debatten hadde også influensasaken som tema.

NTB laget to nettsaker som også ble publisert i Aftenposten og Romerikes blad.



Her står det en annonse i papirutgaven.

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

Voksne skal få barnevaksiner

Snart vil alle voksne nordmenn få tilbud om regelmessig vaksinasjon mot blant annet kikhoste og stivkrampe. Risikogrupper og alle over 65 år skal få vaksine mot pneumokokk-bakterien på lik linje med influensa-vaksinen.

PER HELGE MÅSEIDE

På sikt kan flere nye vaksiner, blant annet mot vannkopper, komme på plass.

Dette framgår av en rapport som Folkehelseinstituttet (FHI) nylig oversendte Helse- og omsorgsdepartementet. Her anbefaler FHI et helt nytt nasjonalt vaksinasjonsprogram for voksne. Kostnadene for staten vil bli betydelige.

Programmet skal ta utgangspunkt i hvordan influensavaksinasjons-programmet er organisert og sørge for at de som ikke har tatt barnevaksinene får tatt dem og at de som allerede er vaksinert får regelmessige oppfriskningsdoser for å bevare effekten.

Å øke vaksinasjonsdekningen mot pneumokokker hos risikogruppene og friske eldre over 65 år, på samme måte som for influensa, vil få første prioritet i det nye programmet. Det skal bli lettere å få satt vaksinene, og det skal være billig.

Flere vaksinerte skal føre til at eldre holder seg friske lenger, at det blir færre legebesøk og at antibiotikaforbruket vil avta.

Konkret foreslår Folkehelseinstituttet:

- Grunnvaksinering av personer som ikke tidligere har gjennomført barnevaksinasjonsprogrammet og som derfor aldri er blitt vaksinert mot difteri, stivkrampe, polio, kikhoste, meslinger og røde hunder.
- «Påfyll» av barnevaksinene mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio hvert tiende år.
- Vaksinering av risikogrupper og alle over 65 år mot influensaviruset og pneumokokk-bakterien.

I tillegg kan det på sikt bli aktuelt å innføre vaksinasjon av alle ungdommer mot hjernehinnebetennelse (meningokokksykdom), vaksinasjon mot vannkopper hos unge, og da spesielt unge kvinner som planlegger graviditet, og vaksinasjon mot helvetesild (herpes zoster) hos de over 50 år.

EFFEKTEN TAPER SEG

I dag følger barn et fastsatt vaksinasjonspro-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Nå skal voksne få sitt eget vaksinasjonsprogram. Det anbefaler Folkehelseinstituttet.

gram fra de er 6 uker gamle til de er 15 år. Vaksinene omfatter både sykdommer som man kan bli alvorlig syk av som barn, og som man kan bli syk av senere i livet.

Flere av vaksinene må settes flere ganger for å gi full effekt. Med så er det stopp, i hvert fall for de aller fleste av oss, selv om risikoen for å bli syk øker etter som årene går. I følge den nye rapporten skyldes dette at beskyttelsen som vaksinene gir avtar gradvis samtidig som risikoen for å bli smittet holder seg like stor. Og deler av befolkningen, som nyankomne innvandrere og eldre, har aldri fått barnevaksinene mot blant annet kikhoste og meslinger.

LIVSTRUENDE

Allerede i dag anbefaler Folkehelseinstituttet at alle personer over 65 år, samt de som har økt risiko for å bli alvorlig syke, bør vaksinere seg mot influensa hvert år og mot pneumokokk-bakterien hvert tiende år, eventuelt enda hyppigere. Bakterien kan forårsake alvorlig eller livstruende lungebetennelse, blodforgiftning (sepsis) og hjernehinnebetennelse.

Folkehelseinstituttet skriver i rapporten at det har vært mangel på den mest brukte vaksintypen mot pneumokokker og at dette kan bli en begrenset faktor på kort sikt. Vaksinen skal gradvis ruller ut i det nye voksevaksinasjons-programmet i løpet av en tiårsperiode, først hos de med størst risiko for alvorlig sykdom, og så i aldersgruppene over 65 år.

EGENANDEL

Som *Journalen* tidligere har skrevet foreslo

FHI tidligere i høst overfor departementet at det skal bli gratis å få satt influensavaksinen. Vaksinen sendes i dag til fastlegene og kommunene for 40 kroner. Likevel kan prisen for å få satt vaksinen komme helt opp i 500 kroner. Folkehelseinstituttet foreslo derfor at det på kort sikt blir innført en fastpris for å få satt influensavaksinen.

For det nye vaksinasjonsprogrammet blir det snakk om at de som skal vaksinere seg betaler en fast egenandel på rundt 150 kroner.

Prisen for å oppnå 75 prosent vaksinerte i de aktuelle alders- og risikogruppene kan bli betydelig. Den tiårige oppfriskningsvaksinen mot blant annet kikhoste og stivkrampe (dTP-IPV) kan koste staten 56 millioner, pneumokokkvaksinen 16,7 millioner. I tillegg foreslår FHI at åtte personer skal ansettes til en pris av 11 millioner. Totalt I tillegg kommer vaksinasjon av innvandrere mot røde hunder og meslinger, noe som ikke er kostnadsberegnet.

Kommunene vil få ansvar for å følge opp programmet, og både KS (Kommunesektorens organisasjon, tidligere Kommunenes sentralforbund), Norsk sykepleierforbund (NSF) og Norsk forening for samfunnsmedisin (NORSAM) har vært involvert i prosessen. Det er også gjennomført to spørreundersøkelser; en blant fastlegene og en i befolkningen. Denne viser at tre av fire ønsker å få satt vaksinene hos fastlegen, mens en av fire ønsker å få satt dem på en helsestasjon.

Obligatorisk vaksinasjon er ikke utredet. Voksevaksinasjonsprogrammet vil ikke omfatte reisevaksiner. ■

FRA FORENINGEN:

Styret

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

NESTLEDER
Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no
Recep Øzeke 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@ous-hf.no

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

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

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

Marit Kamøy, LSA 23 47 40 72
Bydel Sagene
marit@kamoeey.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.brøter@legeforeningen.no

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

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

HELSETJENSETER FOR LEGER
Linda Elise Grønvold
Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
linda.elise.gronvold@hotmail.com

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

Oslo legeforening er en lokalforening i Den norske legeforening.

MØTEKALENDEREN

Januar

24. Styremøte i Legenes hus

Februar

28. Styremøte i Legenes hus

Mars

28. Styremøte i Legenes hus

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

LEDEREN

Sykehus på høykant

Høyden på de nye sykehus-bygningene på Rikshospitalet er nå oppe i 76 meter, med sykehussenger på toppen. Leder i Oslo legeforening, Kristin H. Hovland, tar til orde for en ny utredning av Ullevål.

I nyhetsbildet i senere tid har vi sett skissene av tårnene på Gaustad og høyblokker på Aker, etter at Helse Sør-Øst offentliggjorde konseptrapporten for Aker og Gaustad 20. november. Jeg er fortsatt ikke beroliget, hverken for kapasitet eller kostnad. Milliardene triller på. Og kollegaer i resten av Helse Sør-Øst er også bekymret – både for et dårligere tilbud til pasientene de har behov for å sende til Oslo, og for hvordan økonomien blir i eget helseforetak. I møte med direktør Cathrine Lofthus tar vi også opp reguleringsrisiko, gjennomføringsrisiko på entreprenørsiden og samfunnsikkerhet og beredskapsrisiko. Og ja, de skal se på det.

«Høydene er nå oppe i 76 meter, med sykehussenger på toppen.»

Plan- og bygningsetaten har krevd en tredje høringsrunde for Gaustad, da de store høydene på husene ikke har vært meldt inn tidligere. Etaten skriver: «Slike høyder har ikke vært redegjort for i planprogrammet. Det står derimot under PBEs vurderinger at høyder over 42m vil være i strid med Høyhusutredningen og ikke er ønskelig.»

Høydene er nå oppe i 76 meter, med sykehussenger på toppen.

Tillitsvalgte og andre engasjerte har hatt dialog med kommunen, OUS og HSØ og uttrykt vår bekymring. Vi håper de velger å gjøre en ny utredning av Ullevål, i lys av informasjonen som har fremkommet i høst.

Pakkeforløp Psykisk helse og rus har

Styret i Oslo legeforening ønsker alle medlemmer en riktig god jul og et godt nytt år!

startet så vidt, men kommer for fullt fra 1. januar 2019. Forventet levealder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er 15–20 år kortere sammenlignet med befolkningen for øvrig. Overdødeligheten skyldes i stor grad somatiske sykdommer, og mange av sykdommene kommer av uheldige levevaner. Psykisk helse og rusproblemer og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett. Dette bør det legges til rette for i sykehusplanene i Oslo.

Oslo universitetssykehus har lagt inn i sine planer å overføre 15 prosent av pasientene innen psykisk helsevern til kommunen. Oslo kommune skriver bl.a. følgende i høringssvaret til HSØ: «Kommunen er (...) sterkt kritisk til gevinstrealiseringen HSØ forutsetter med reduksjon av behovet for senger med 15 prosent for alle pasienter. Erfaring viser at mange sykehusprosjekter har endt med underkapasitet. Tallgrunnlaget som er presentert for Oslo kommune synes svært usikkert og har en rekke iboende risiko- og sårbarhetsmomenter som ikke er kommentert eller analysert».

Oslo kommune har allerede tatt ut mye av «gevinsten», sammenlignet med andre områder i Helse Sør-Øst, og har en lavere dekning av DPS enn ellers i landet. Her må OUS og kommunen ha en dialog om hva som faktisk er mulig fremover, slik at det ikke enda en gang blir dårligere tilbud for denne pasientgruppen.



KRISTIN H HOVLAND, leder Oslo legeforening

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