

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 4 / 2019



MARIA SØDAHL:

**– Jeg har
laget en film
om livet, ikke så
mye om døden**

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

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

MEDARBEIDERE I DENNE UTGAVEN:

KRISTIN HOVLAND
SETTEREDAKTØR
TLF: 47 90 40 98
Kristin.Hovland@legeforeningen.no

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

Forsidefoto:
Foto: Motlys/Agnete Brun
Layout: Svovel

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

POSTADRESSE:
c/o Oslo legeforening
Postboks 1152, 0107 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



Tid for ettertanke

Støre har skrevet om å bytte ut New Public Management med en tillitsreform. Vil dette bety en reell endring i det helsepolitiske landskapet i 2020?

Jeg tror ikke vi bare trenger en tillitsreform, vi trenger en åpen diskusjon om hva som vil være en best mulig løsning for å sikre gode prosesser og valgene for helsetilbudet i Norge og hvilke konsekvenser det får.

I utgangspunktet tenker jeg at alle har et ønske om god pasientbehandling, gode utdanningsløp og arbeidsvilkår. Likevel står vi dels langt fra hverandre hva gjelder løsninger. Det er selvsagt ikke slik at det bare finnes én løsning, men når går politikk foran fag, og hvorfor? Det kan være riktig av og til, men da må det være synlig i begrunnelsen og ikke pakkes inn i fagre (ny)ord. Hvordan kan politikere være imot, men stemme for, i så store avgjørelser som eksempelvis Oslo universitetssykehus – Norges største investering noensinne på land? Og hvorfor er politikere i opposisjon imot foretaksmodellen, mens Høie har valgt å beholde den da han

kom i posisjon? Hva mister vi av demokratiske prosesser med en slik struktur?

Vi skal jobbe videre ved å bruke vår fagkunnskap og kjennskap til helsevesenet neste år, for gode pasientbehandlinger og gode arbeidsforhold. Tillitsvalgte og medlemmer engasjerer seg og gjør en fantastisk jobb på mange områder. Tusen takk til dere alle!

Vi trenger også påfyll og aktivitet. Kanskje blir du inspirert til å lese en bok etter å ha lest utdrag/anmeldelse her eller se «Håp» etter å ha lest intervjuet med regissør Maria Sødahl. Hvis du i tillegg kommer deg ut på tur, ja, da vet du at du har gjort mye smart for kropp og hjerne.

*God tur, god jul
og godt nytt år!*



KRISTIN H HOVLAND,

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.

Ny nasjonal helse- og sykehusplan

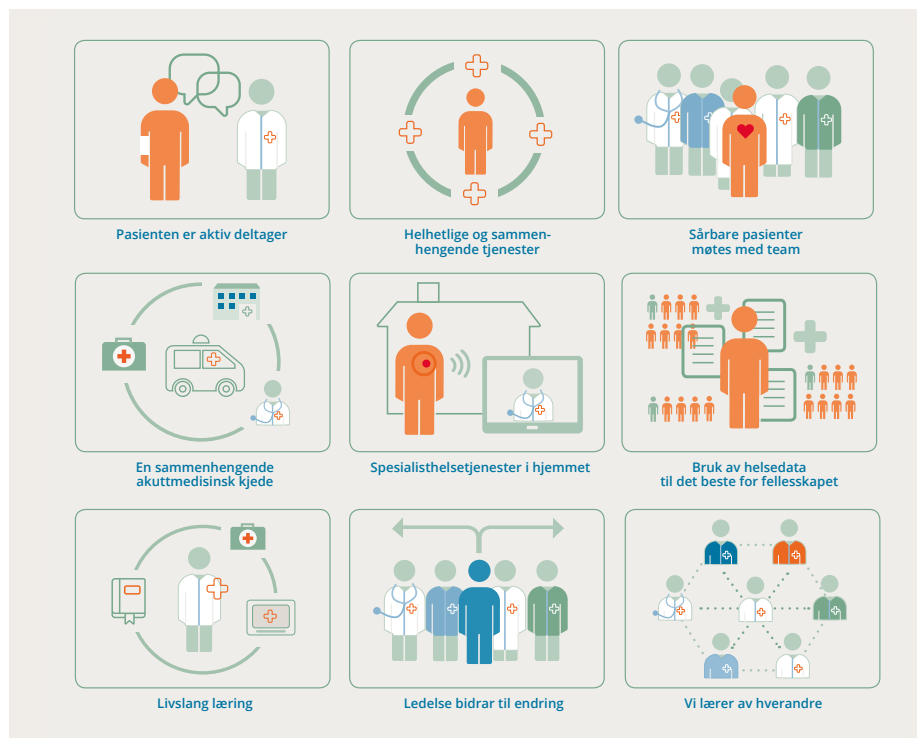
Dette er den overordnede planen med hovedpunkter på hva regjeringen ønsker å ha fokus på fremover.

Planen gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi bør ha kjennskap til den, for å vite hvor vi bør være med som fagpersoner eller tillitsvalgte for å bidra til en god utvikling av helsetjenesten. Om du ikke har vært på nettsiden og lest den, anbefaler jeg å ta en kikk. Helse- og omsorgsdepartementet har valgt ut 5 fokusområder/utfordringer. Legerollen er i endring, og vi må være aktive deltakere for å kunne være med og forme vår egen hverdag. Det skal bl.a. opprettes nitten Helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene. Jeg tror mye allerede er på plass, hvis vi bruker det riktig. Så det er viktig at vi ikke lager mange nye fora eller prosedyrer, men får konsentrere oss om vår hovedoppgave – å gi god behandling til pasientene. I Oslo legeforening vil vi følge opp hvordan Helsefellesskap følges opp i byen. Det er fokus på samhandling, og i Møteplass Oslo har vi et forum som jobber nettopp med dette. Reisevei er nok ikke den store utfordringen hos oss, men teknologi som fungerer er like viktig her som ellers i landet. Og vi må være med og si hvordan vi mener legekompetansen bør brukes best.

Igjen løftes psykisk helse og barn/unge frem. Hvorfor klarer vi ikke å følge opp Høies stadige utspill om å prioritere psykisk helse? Legeforeningen peker på at planen også må være en investeringsplan, og utfordringen med at det planlegges flere nye finansierungsordninger. Det er bare andre gangen Nasjonal helse- og sykehusplan utgis. Helsemyndighetene skriver at det ikke er en fortsettelse av den forrige planen, men kanskje burde den vært det? Er fire år nok til å starte, avslutte og evaluere prioriteringsområder? Bli med på å konkretisere planen slik at den kan bli et verktøy for oss.

Her følger først planen kort oppsummert slik departementet selv omtaler den. Deretter tar vi med Legeforeningens første omtale av rapporten.

SAMFUNNSPOLITISK AVDELING VED
KNUT E. BRAATEN/LEGEFORENINGEN



Nasjonal helse- og sykehusplan er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET:

Vi blir flere, vi blir eldre, flere av oss får kroniske sykdommer, og vi forventer mer av helsetjenesten. Mangel på arbeidskraft, spesielt sykepleiere og helsefagarbeidere, setter grenser for hvordan vi kan løse oppgavene i helsetjenesten. Den nye nasjonale helse- og sykehusplanen gir retning for hvordan vi møter utfordringene.

– Skal vi bygge pasientens helsetjeneste forutsetter det at pasientene deltar aktivt i egen behandling, at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig. I den nye planen beskriver vi konkret hvordan vi skal jobbe for å møte utfordringene fremover, sier helseminister Bent Høie.

Helseministeren peker på fem hovedutfordringer, og hvordan vi kan møte disse i

den nye nasjonale helse- og sykehusplanen:

Helsefellesskap: – Pasientene skal ikke oppleve å være kasseballer mellom sykehus og kommuner. Regjeringen og KS skal derfor opprette 19 helsefellesskap for bedre samarbeid. Disse fire sårbare pasientgruppene skal prioriteres: Barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrapelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Kompetanse: – Det blir flere pasienter per ansatt i helsetjenesten. Dette kan vi ikke bemanne oss ut av. Kompetansen i helsetjenesten må planlegges og brukes bedre, både hos den enkelte, men også gjennom teamarbeid. Utdanningene skal endres i tråd med behovene, og det skal iverksettes særlige tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere.

Teknologi: – For mange pasienter kan det være belastende å reise til sykehuset for å få

I den nye planen beskriver vi konkret hvordan vi skal jobbe for å møte utfordringene fremover, sier helseminister Bent Høie.

✚FOTO: PAAL AUDESTAD



behandling. Nå vil regjeringen ha et skifte i måten behandlingen tilbys på. Flere tjenester skal flyttes nærmere pasienten. Det utadvendte sykehuset skal møte pasientene der de bor, og samarbeide tettere med kommunen og andre sykehus. Teknologi er et viktig verktøy for disse arbeidsmetodene. **Psykisk helse:** – Vi har ikke nok kunnskap om behovet for psykiske helsetjenester og hvordan dette behovet kan dekkes. Det prioriterer vi nå. Helsetjenesten skal utvikle nye arbeidsformer og innføre nye metoder raskere. Barn og unge og de alvorligst syke skal prioriteres. Det skal innføres ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og sykehus. **Akuttmedisin:** – Samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden er ikke god nok. Vi fortsetter arbeidet med å styrke kompetansen og samhandlingen. Sykehusene skal sammen med kommunene i helsefellesskapene gå gjennom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det skal være like god tilgang til akutt helsehjelp

for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som for dem med somatiske sykdommer.

OM DE NASJONALE HELSE- OG SYKEHUSPLANENE

Hovedtema i den første nasjonale helse- og sykehusplanen, som kom i 2015, var sykehusstruktur. Den andre planen handler om innholdet i tjenesten. Hovedtemaene er samhandling mellom kommuner og sykehus, psykisk helsevern, digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester.

Den nye nasjonale helse- og sykehusplanen viser hvordan pasientens helsetjeneste skal utvikles de neste fire årene, og hva helsetjenesten må gjøre for å få det til. Mange har bidratt i arbeidet med planen – pasienter, pårørende, helsepersonell, sykehus, kommuner og nasjonale helsemyndigheter.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-skal-vi-mote-utfordringene-i-helsetjenesten/id2679002/>

LEGEFORENINGENS KOMMENTAR:

NY NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN

Som en pådriver for nasjonal helse- og sykehusplan, støtter Legeforeningen at det kommer nye planer hvert fjerde år. – Vi har hele tiden ment at nasjonal helse- og sykehusplan også må være en investeringsplan. Planen må ikke bli et redskap for innsparinger, advarer president Marit Hermansen.

– Gode planer er viktige verktøy, og vi vil bidra med konstruktive løsninger slik at planene i større grad møter pasientenes behov. Skal vi ha reell politisk styring av helsetjenesten, må politikerne på Stortinget ha god oversikt over sektorens utfordringer. Det gjelder eksempelvis sykehusbygg, medisinsk-teknisk utstyr og andre investeringer. Her mener vi at den nye planen fortsatt ikke er god nok. Helsetjenesten trenger en tydeligere satsing, sier Hermansen.

POSITIV TIL HELSEFELLESSKAP OG SATSING PÅ PSYKISK HELSE

Legeforeningen støtter ideen om helsefellesskap. Det er sårt tiltrengt å styrke relasjonen mellom sykehus og kommuner.

– Fastlegene må få en tydelig rolle når det nå skal legges til rette for bedre samarbeid mellom sykehus og kommuner. Dette er viktig for å unngå at pasientene blir kasterboller i systemet. Det følger derimot ingen ressurser med til denne nyvinningen. Tross gode intensjoner og en god ide, gjenstår det å se hvor virksomme helsefellesskapene faktisk blir, påpeker Hermansen, og fortsetter:

– Det er også bra at planen prioriterer tjenester til alvorlig psykisk syke. Vi vil igjen understreke behovet for flere legespesialister på dette området.

USIKKERHET OM NYE ØKONOMISKE VIRKEMIDLER

Blant de mer radikale grepene i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen, er en rekke nye finansieringsordninger.

– Det er nødvendig å prøve ut nye måter å finansiere helsetjenester på. I dag kan rigide finansieringsmodeller bli et hinder for nødvendig utvikling av helsetjenester nedenfra. Planen skisserer flere nye ulike finansieringsordninger. Vår erfaring med innføring av økonomiske insentiver i helsetjenesten, er at dette kan gi en rekke utilsiktede effekter. Når så mange nye ulike finansieringsordninger skal etableres samtidig, øker denne risikoen, forklarer Hermansen.

Legeforeningen vil følge utviklingen av disse tiltakene nøye.

MÅ GJØRE OPP STATUS FRA FORRIGE PLANPERIODE

Helsemyndighetene har varslet at den nye nasjonale helse- og sykehusplanen ikke er en fortsettelse av den forrige planen.

– Vi mener likevel det er avgjørende for planenes troverdighet at det gjøres opp tydelig status for forrige planperiode. Nasjonal helse- og sykehusplan må kunne dokumentere om beslutningene fra forrige periode er iverksatt som planlagt, avslutter Marit Hermansen.

<https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/ny-nasjonal-helse-og-sykehusplan/>

Når den medisinske fagkunnskapen neglisjeres

Den besværlige fagkunnskapen

Professor Knut Gjesdal, en nestor i norsk kardiologi, ga i en tidlig fase en drastisk karakteristikk av OUS-fusjonen: en blanding av Moskva-prosessene og Kafka-prosessen (personlig meddelelse): I begynnelsen ble faggruppene, som i utgangspunktet var samstemte om de langsiktige mål, tatt med på råd, men etter hvert ble de som hadde kritiske spørsmål, uttrykte tvil eller uenighet, eventuelt antydte at man burde gi seg noe mere tid, utrensket. Moskva-prosessene er siden blitt avløst av en Kafkask prosess med administrative direktiver fra oven.

«Toppledelsen tar ikke hensyn til faglige råd.» Det har vært en tilbakevendende begrunnelse fra rekken av fremragende fagpersoner som har forlatt lederstillinger ved landets fremste sykehus som følge av en faglig utarmende fusjonsprosess. Det synes å være et styringsbyråkratisk motiv å høyle ned sykehus med en overordnet nasjonal posisjon, så som Rikshospitalet: Ingen sykehus skal ha en overordnet nasjonal posisjon. Det er riktignok ikke i samsvar med stortingspolitikernes erklæringer. Det er knapt tilfeldig at «Rikshospitalet» gradvis har forsvunnet som betegnelse i OUS' utredningsdokumenter til fordel for «Regionsykehuset på Gaustad». Finansdepartementets styringsbyråkrater, heller ikke den tidligere finansråd Gjedrem, er egentlig kommet over at de ikke fikk hindret at navnet «Rikshospitalet» ble med over, da



Utdrag fra Innledningen i Rune Slagstads Spillet om Ullevål sykehus – et doldisbyråkratisk lærestykke (Pax 2019).

Rikshospitalet i år 2000 ble flyttet fra Pilestredet i Oslo til Gaustad.

Seksjonsoverlege Thore Henriksen, som bygget opp det barneintensive miljøet ved Ullevål, orket ikke mer etter utallige søvnløse netter i forbindelse med omorganiseringen av OUS: «Til slutt ble det meningsløst å drive intensivt medisin under slike forhold,» sa Henriksen til *Journalen*, Tidsskrift for Oslo legeförening (2/2014). – Haldor Slettebø trakk seg i protest i mars 2014 som seksjonsleder for Rikshospitalets Nevrokirurgiske klinikk: «Jeg har vært leder ved sykehus i ti år, og har ikke sett maken til dette.» (DN, 15.3.2014) Slettebø fortalte at han sammen med en lederkollega hadde bedt om et møte med Erikstein som sykehusets øverste sjef,

fordi tjenesteveie ikke fungerte. Han fikk til svar at han måtte ta opp problemene «i linjen» – men «i linjen er det øredøvende taushet og handlingslammelse». «Så det er jo en slags sovjetstat – mer gemyttlig, mindre voldelig, men effektivt,» var Slettebøs resignerte kommentar. – Noen uker senere var det Lars Engebretsen, klinikkssjef for OUS' Ortopediske klinikk, som sa opp i protest etter knapt to år i jobben: «Nå har jeg blitt såpass gammel at jeg ikke vil bruke resten av livet på å fighte vindmøller.» (NRK 7.4.2014) Engebretsen var bekymret for OUS' fremtid, ikke minst fordi toppledelsen ikke tok hensyn til faglige råd.

Olav Røise var inntil 1. januar 2016 sjef OUS' klinikk for kirurgi og nevrofag. Han ble oppfattet som brysom fordi han satte spørsmålsteget ved enkelte sider av situasjonen på sykehuset, deriblant manglende oppfølging av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet. Røise hadde presentert problemene i klinikken i et styremøte i OUS (21.6.2012), men var blitt møtt med øredøvende taushet av direktør og den eieroppnevnte del av styret. Røise mente at toppledelsen ikke hadde kapasitet til å jobbe med spørsmål knyttet til pasientbehandlingen fordi oppmerksomheten i for stor grad var rettet mot økonomi og rapportering. Han opplevde at det var stort press på de ansatte på klinikken som følge av nye pasient- og brukerrettigheter. Sykefraværet steg til 11–12 prosent ved enkelte avdelinger. Det var behov for å avhjelpe en prekær situasjon, og han utarbeidet et lengre notat til Erikstein med en plan for å opprette

nye stillingshjemler innen såkalt merkantilt personale – kjernepersonell innen kontortjenesten. Kostnadene ble anslått til 9,4 millioner kroner, men innsparingene på overtid og innleie ville være på 11,8 millioner, og prosjektet ville derfor ville lønne seg. «Jeg fikk beskjed om at jeg var illojal, altså at jeg ikke burde ha kommet med forslaget.» fortalte Røise: «Jeg slutter som leder som en erkjennelse av at direktøren ikke vil ha meg med videre.» (DN 1.2.2016)

Tidligere i år bestilte OUS-ledelsen en rapport fra det akuttmedisinske miljøet for få belyst virkningene av å nedlegge Ullevål og splitte miljøet i to (Aker og Gaustad). «Det planlagte konseptet forhindrer at lokal og nasjonal beredskap ved masseskade og store ulykker kan ivaretas på samme nivå som i dag,» var rapportens entydige konklusjon. Men det var ikke en slik konklusjon OUS-ledelsen hadde ønsket seg; den utarbeidet derfor på administrativt nivå sin egen rapport til støtte for sine planer. Denne – og ikke rapporten utarbeidet av de høykompetente fagmiljøene – ble saksfremlegget til HSØ-styret.

«Akuttlegene mangler tillit til ledelsen» kunne Aftenposten (6.6.2019) melde etter desavueringen av deres faglige rapport. Desavueringen var dråpen som fikk det hele til å renne over. En bred front av leger og sykepleiere i akuttmiljøet i OUS satte ned foten: «Vi er ansvarlige for kjernen i den medisinske beredskapen i halve Norge, og vi vil beholde et tilbud i verdensklasse til innbyggerne. Det er essensielt at vi fortsetter å jobbe på ett sykehus,

som et samlet miljø på tvers av fag og profesjoner, for å opprettholde høy kvalitet i den daglige behandlingen av pasientene våre og for beredskap neste gang det smeller.» (Aftenposten 24.6.2019)

De 20 000 ansatte og deres representanter har erfart at deres synspunkter kontinuerlig er blitt oversett og neglisjert. Representanter for de ansattes organisasjoner ga i brev til Bjørn Erikstein (18.6.2019) uttrykk for mistillit til ham som direktør. Erikstein trakk seg kort tid etter som direktør for OUS. Svein Gjedrem, den nasjonale toppbyråkrat, som var blitt leder for

HSØ-styret i januar 2018, valgte i HSØ-styremøtet tre dager etter at de ansatte hadde sendt sitt brev, fullstendig å overse de ansattes mistillitserklæring, og benyttet i stedet anledning til å rose Erikstein for det viktige arbeid han hadde gjort for å sikre gode beslutninger. Gjedrem hadde et par måneder tidligere i Stortingets høring ikke lagt skjul på sitt syn på sykehusets oppopperende fagpersoner: «Jeg tror det er viktig at en skiller litt mellom fag og fagforening. Det er to ulike grupper. Fagforening er ofte basert på god faglig innsikt, men det er også interesser som kommer opp i en fagforening.» Kommentaren førte til en umiddelbar



Professor em., dr.philos. Rune Slagstad, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.

irettesettelse fra en av de folkevalgte: «Når en styreleder identifiserer de ansatte med særinteresser, og sier de ikke representerer en helhet – da reagerer jeg. (...) Disse er foreldre, og de har foreldre. De er ofte pasienter selv, og de vet hvor skoen trykker.» (abc nyheter 7.3.2019) En kan vel bare gjette seg til hva stortingspolitikerenes reaksjon ville vært om han hadde vært til stede i etterkant av HSØ's styremøte tidligere på vinteren. Da hadde Gjedrem vært klar i sin ordbruk: Nå måtte motstanderne renskes ut. Det ville i tilfelle bli en omfattende utrenskning, var det lakoniske tilsvar han hadde fått.

Det besværlige demokratiet

«Oppryddingen i helsevesenet var en enorm oppgave,» skriver Jens Stoltenberg i Min historie (2016) om sitt initiativ i år 2000 til helseforetaksreformen: «Vi trengte samordning, oppgavedeling og bedre økonomistyring. Skulle vi få dette til, måtte staten overta.» Aps reformforslag var ifølge partiledelsen «et av de viktigste reformdokumenter som er blitt lagt fram etter krigen»: Det ville innebære «en liten revolusjon av offentlig forvaltning». Likevel spanderte ikke Stoltenberg mer enn en knapp side av sin bok på over 550 sider til denne revolusjonen. At reformen innebar et radikalt brudd med partiets helsepolitiske linje, nevnes ikke med ett ord. Forslaget hadde ikke vært diskutert i partiet forut for lanseringen på partiets sentralstyremøte i august 2000, men det vant frem på landsmøtet noen uker senere til tross for sterk opposisjon, fordi ledelsen ifølge Gunhild Øyangen, partiets fremste helsepolitiske talsperson på Stortinget, brukte «rå makt».

Hvis vi gjorde det «på den vanlige måten» med debatter med ansatte, pasienter og politikere, ville det «ta mange år», og antakeligvis aldri bli gjennomført ifølge Stoltenberg: «Motkreftene ville organisere seg og bli for sterke.» Etter at den interne

opposisjonen var ryddet av veien, fant Stoltenberg mannen som skulle stå for den raske gjennomføringen: Tore Tønne fikk reformen gjennom i løpet av noen få måneder – med «høy fart». Helseminister Tønne mente han hadde klare forestillinger om hvordan reformen skulle se ut, dog uten at reformen var nærmere utredet, heller ikke den statlige overtakelse. Det overordnede perspektiv på sykehusene var som kunnskapsbaserte tjenesteleverandører med effektiv ressursbruk gjennom klarere spesialisering og funksjonsdeling. Tønne innså at måling av effektivitet «ikke var like lett i et sykehus som i en fiskeribedrift», men mente på prinsipielt grunnlag at «bedre effektivitet gir bedre kvalitet».

Statsviteren Sturla Herfindal, som har studert beslutningsprosessen frem til helseforetaksreformen, som innebar at sykehusene ble omformet til foretak med basis i regnskapsloven, konkluderer med at den ble igangsatt «uten noen analytisk utredning av den konkrete reformen på forhånd», det var «lite fokusering på andre land», «uklar organisasjonstenkning», effektene av valg av organisasjonsform var «lite debattert», og den var preget av «høyt tempo på bekostning av utredning om fremtidige konsekvenser». Ledelsen hadde gjennomgående «stor grad av kontroll», idet den reelle innflytelsen på beslutningene lå på få hender gjennom store deler av prosessen (Sturla Herfindal, Veien frem til sykehusreformen, 2008). «Selv om det går fort i svingene, er det nødvendig med høy styringsfart dersom vi skal gjennomføre så store omveltninger,» fortalte departementsråd Anne Kari Lande Hasle i 2001 i anledning sykehusreformen.

De sentrale poeng i Herfindals analyse kunne gjentas for OUS-fusjonen, bort sett fra «høyt tempo». OUS-fusjonen gir en dramatisk illustrasjon på det ytterst problematiske ved de omfattende, holistiske endringsprosjekter innen helsefeltet (men ikke bare der!): nemlig at de som er i utredende, besluttende og gjennomførende posisjoner ikke har

den nødvendige kunnskap, innsikt og evne til å overskue de til dels utilsiktede følger av slike gigantiske fusjoner. Og når de ikke makter å møte havet av komplikasjoner, velger de å kutte forbindelsen med fagfolkene, som ikke bare er representanter for legeprofesjonen, men for alle dem som er helt nødvendige for pasientbehandlingen.

Arbeiderpartiets frittallende lektorpolitiker Trygve Bull sendte allerede i 1961 fra Stortingets talerstol ut et demokratisk varsko mot et ekspanderende, maktarrogant teknokratisk sjikt, det han kalte «det nye, sosialøkonomiske presteskapet». Bull advarte mot en «direktørenes revolusjon»: Disse «dyktige, energiske og målbevisste» «menn i sine beste år» skilte seg i mangt fra embetsmannsstatens menn. Disse menn (og vi må føye til: kvinner) har lite av den gamles «byråkratiske omstendelighet og korrekte fjernhet», men er til gjengjeld «livsnær, aktiv, initiativrik, pågående», og – la han til – «full av indre sikkerhet både når det gjelder å erkjenne målene og å forstå midlene». De har «en utpreget sans for 'effektivitet' også når det gjelder forholdet mellom mennesker», og de legger «stor vekt på å gjøre sine medmennesker 'tilpasningsdyktige'». Han fryktet at «denne nye aktive, målbevisste type kan komme til å by på noe av et problem», om den teknokratiske revolusjon skulle bli til en «full seier», altså at det ble et «ekspertvelde» istedenfor «det herredømme for det gode lekmansskjønn og det sunne folkelige omdømme som er selve demokratiets vesen». Det er derfor avgjørende, poengterte Bull, at de demokratiske organer makter å holde denne ekspansive gruppe av styringsteknokrater «innenfor bestemt opptrukne grenser». ■

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.

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



Snus i svangerskapet er en fare for barnet

Folkehelseinstituttet (FHI) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en rapport om helserisiko ved bruk av snus. Denne ble publisert i oktober 2019 og er tilgjengelig på FHIs nettsider: <https://www.fhi.no/publ/2019/helserisiko-ved-snus-bruk2/>

METODE

Rapporten bygger på flere systematiske oversikter etter internasjonale standarder, utført av arbeidsgruppen, inkludert gradering med GRADE (<https://www.gradeworkinggroup.org/>) og beregning av risiko basert på de sterkeste studiene. Inkluderte studier er i hovedsak befolkningsstudier utført i Sverige, og vi antar at risikoen vil være relativt lik i Norge. Her gir vi en oversikt over hvilken risiko snus utgjør for den gravide og hennes barn.

RESULTATER

Bruk av snus er utbredt blant unge kvinner i Norge i dag. I alderen 16–24 år er det 15 %

som oppgir å snuse daglig, og tilsvarende tall for menn er 25 %. (Folkehelseinstituttet Rapport 2019). I Norge ble det nylig vist i en registerstudie fra Sørlandet at 2,4 % av de vel 10 000 kvinnene oppga snusbruk daglig eller av og til i første trimester, mens 1,7 % brukte snus i siste trimester (Rygh et al TDNLF 2016). Fra den prospektive fødselskohortstudien PreventADALL i Norge og Sverige fant vi at 11,3 % av de rundt 2500 gravide kvinnene brukte nikotinprodukter i svangerskapet, med snus bruk rapportert hos 6,5 %. De fleste sluttet imidlertid å snuse innen svangerskapsuke seks (Kreyberg ERJ open des. 2019).

Bruk av snus i svangerskapet, vil utgjøre en helserisiko for det ufødte barnet. Dette er en utfordring som må tas på alvor, med tanke på hvor mange kvinner i fertil alder som bruker snus. Relativ risikøkning (OR justert blant annet for mors alder, paritet og KMI) for skader når gravide kvinner bruker snus, presenteres i tabell 1.

Rapportens resultater om risikoen ved bruk av snus i svangerskapet er i all hovedsak basert på kohortstudier med data fra det svenske

fødselsregisteret, da det inntil nylig har manglet andre humane studier som har undersøkt effekter av snuseksponering i svangerskapet for helseutfall hos barnet. Men konklusjonene trekkes også ut fra kunnskap om innholdstoffer i snus (TSNA og nikotin), dyrestudier med snus, på bakgrunn av kunnskap om helseskader ved bruk av andre tobakksprodukter, og støttes av helt nylige publiserte studier som ikke inngår i rapporten.

Snusing medfører økt risiko for dødfødsel, for tidlig fødsel, keisersnitt, lavere fødselsvekt og «liten for gestasjonsalder», kortvarig pustestans etter fødsel, endret hjerteratevariabilitet hos barnet og leppe- og ganespalte (tabell). Det er bekymringsverdig at noen studier viser effekter av snus som er tilsvarende det som ses ved røyking, noe som antyder at det kan være nikotin som utløser disse effektene. Snus og andre nikotinerstatningsmidler er derfor ikke noe godt alternativ til røyking. Det er viktig at helsepersonell som jobber med kvinner i fertil alder, informerer om dette. Et særlig viktig funn i denne sammenheng, er at risikoen for mange av disse utfallene var normalisert

Risiko for fosteret ved bruk av snus i svangerskapet.

Relativ effekt når gravide bruker snus	Relativ effekt: (justert OR, 95 % KI)
Dødfødsler	OR 1,43 (1,02 til 1,99)
Ekstremt fortidligfødt, <28 uker	OR 1,69 (1,17 til 2,45)
Veldig tidlig fødsler, 28 til 31 uker	OR 1,26 (0,95 til 1,66)
Moderat fortidligfødt, uke 32 til 36	OR 1,26 (1,15 til 1,38)
Liten for gestasjonsalder	OR 1,38 (1,01 til 1,88)
Lavere fødselsvekt	39 g (KI: -72 til -6)
Keisersnitt	OR 1,19 (1,02 til 1,40)
Leppe/ganedefekter	OR 1,48 (1,00 til 2,21)
Kortvarig pustestans hos spedbarnet etter fødsel	OR 1,96 (1,30 til 2,96)
Tidlig neonatale død	OR 0,75 (0,35 til 1,58)
Svangerskapsforgiftning	OR 1,11 (0,97 til 1,28)

blant de kvinnene som opplyste å ha sluttet med snus, dette er også tilfellet i PreventADALL studien der vi ikke fant påvirkning på fødselsvekt hos barna, men der de aller fleste kvinnene hadde sluttet å bruke snus da de fant ut at de var gravide (Kreyberg ERJ open des. 2019). Utvikling av nikotinavhengighet i ung alder gjør det vanskelig å slutte når man blir gravid.

Etter våre søk har Nordenstam disputert (ref). I hennes avhandling undersøkte hun fem-seks år gamle barn av mødre i Stockholm som hadde brukt snus i svangerskapet. Disse barna hadde høyere systolisk blodtrykk, flere hjerterytmeforstyrrelser og stivere arterievegger (tidlige tegn på skade av blodkar som kan føre til arteriosklerose) enn jevnaldrende barn av mødre som ikke brukte noen form for tobakksprodukter i svangerskapet.

Utover den beskrevne kunnskap om risiko under graviditeten, er det lite eller ingen vitenskapelig litteratur om hvilken helserisiko

bruk av snus utgjør for kvinners helse. Vi vil oppfordre til økt forskningsaktivitet på effekten av bruk av snus på kvinners helse her i Norge.

KONKLUSJON

Bruk av snus under svangerskapet er skadelig både for mor og barn. Dette budskapet må leger og annet helsepersonell videreformidle til sine pasienter, sånn at flest mulig kvinner i fertil alder legger vekk snusen før de blir gravide. Snus og andre nikotinerstatningsmidler er ikke risikofrie alternativer til røyking. ■

Bendik Brinchmann, Rune Becher, Ida-Kristin Ø. Elvsaa, Jan Alexander og Gunn E. Vist; Folkehelseinstituttet. Tom Grimsrud; Forsker og overlege ved Gruppe for etiologisk forskning, Kreftregisteret Håkon Valen; Seniorforsker ved Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM). Ina Kreyberg, Live S. Nordhagen og Karin Lødrup Carlsen; PreventADALL, Barne- og ungdomsklinikken, OUS

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

Referanser

- Folkehelseinstituttet. *Helserisiko ved snusbruk*. [Health risks from snus use Norwegian Institute of Public Health. Report 2019]. Folkehelseinstituttet Rapport 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/helserisiko-ved-snus/>
- Kreyberg I, Bains KES, Carlsen KH, Granum B, Dudmundsdóttir HK, Haugen G, Hedin G, Hilde K, Jonassen CM, Nordhagen LS, Nordlund B, Sjøborg KD, Skjerven HO, Staff AC, Söderhäll C, Vettukattil RM, Lødrup Carlsen KC. Stopping when knowing: use of snus and nicotine during pregnancy in Scandinavia. *ERJ Open Res*. 2019. 5(2).
- Kreyberg I. et al. Snus in pregnancy and infant birth size: a mother-child birth cohort study. *ERJ Open Research* 2019 5: 00255-2019.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. *Helserisiko ved bruk av snus. Rapport 2014* (ISBN elektronisk versjon 978-82-8082-644-2). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/helserisiko-ved-bruk-av-snus/>
- Nordenstam F. Perinatal snus exposure and cardiovascular function in the child. Ph.D defence 2019. Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.
- Rygh E, Gallefoss F, Reiso H. Bruk av snus og røyketobakk hos gravide i Agder. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 16, 2016; 136: 1351 – 4

Styret 2019-2021

LEDER

Kristin H. Hovland 47 90 40 98
Skanska Norge AS
kristin.hovland@skanska.no

NESTLEDER

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

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

Bendik Brinchmann, LVS

Steffen Roth, Namf
Forsvarets BHT
steffen@dinhms.no

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

Even Holt, PSL
Moloklinikken
even@moloklinikken.no

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

Aladdin Boukaddour, Nmf
student ved UiO
a.boukaddour@gmail.com

Sohail Aslam, fritt valgt (Af)
Brynklinikken
sohail.aslam@online.no

Jacob Jorem, fritt valgt (Ylf)
Diakonhjemmet
jacobjorem@gmail.com

SEKRETARIAT

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

KURSKOMITÉ

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

HELSETJENSETER FOR LEGER

Linda Elise Grønvold
Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
lindaelise.gronvold@hotmail.com

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

Oslo legeförening er en lokalforening
i Den norske legeförening.

Travel høst for medlemmer og tillitsvalgte i Oslo legeförening

Det er aktivitet blant medlemmer i mange av legeföreningens ledd. Her er noen få, utvalgte øyeblikk fra i høst:

29. september var det konsert på St. Hans haugen til støtte for Ullevål. Godt oppmøte i fint vær og med mange artister som stilte opp for å kreve utredning av Ullevål sykehus.

29. oktober arrangerte Ylf og Oslo legeförening: Livet som ung lege. Det var paneldiskusjon med Jonas Kinge Bergland (lege & komiker), Kaja Nordengen (lege, forsker & forfatter), Kaveh Rashidi (lege, skribent & foredragsholder) og Ellen Støkken Dahl (lege & forfatter). Kristin Kornelia Utne, Ylf-leder ledet samtalen og hadde etterpå dialog med de fremmøtte om legeföreningens arbeid. Fullt hus på Vitensenteret!

Vi har i høst holdt både valgmøte med lokalpolitikkerne (21.8.) og møte om «Hvorfor skal Rikshospitalet avvikles?» (13.11.) på Rikshospitalet.

4. november arrangerte Senterpartiet, SV, Rødt og MDG åpen høring på Stortinget om «Nye Oslo universitetssykehus»

20. november. Møte for de tillitsvalgte i Oslo kommune. Det er mange tillitsvalgte i Oslo kommune med ulike bydeler og etater, og det er viktig at vi møtes for å skape nettverk og gjøre det vi kan for å skape gode arbeidsforhold for allmennlegene i Oslo.

På møtet ble det gitt informasjon fra forskjellige deler av organisasjonen, og det ble en god dialog om hva som skjer og hva vi bør ha fokus på videre.

27. november var det fakkeltog til støtte for utredning av Ullevål. Stadig flere organisasjoner og personer støtter opp under kravet om en utredning av Ullevål. 9 partier i Bystyret i Oslo (til sammen har de flertall i Bystyret) støtter også Ullevåls-alternativet.



FAKKELTOG

Presentasjon av det nye styret



KRISTIN H. HOVLAND

Leder
Lokalforeningen dekker alle legene i hele Oslo og til sammen kjenner vi helheten i pasienttilbudet for alle i byen. Det er vår styrke. I tillegg er jeg som arbeidsmedisiner opptatt av gode arbeidsplasser. Som igjen bidrar til god pasientbehandling.

Kristin.hovland@legeforeningen.no



AASMUND BREDELI

Of
Nestleder
Styremøtene i Oslo legeforening er en viktig arena for informasjonsutveksling mellom representantene fra de forskjellige yrkesforeningene som styret er sammensatt av. Det bidrar til å identifisere felles problemstillinger som berører våre medlemmer både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I fellesskap kan styret bidra til å peke på mangelfullt organiserte tjenester og planer, og forslå løsningsalternativer gjennom transparente prosesser.

Aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no



NINA IRENE WIGGEN

Af
Jeg er engasjert i allmennlegenes arbeidsvilkår og spesialisering, både de som er ansatt i Oslo kommune og næringsdrivende fastleger. Min største utfordring i denne styreperioden er å bidra til bedre rammevilkår for næringsdrivende fastleger i Oslo, og bidra til en bærekraftig fastlegeordning i hovedstaden.

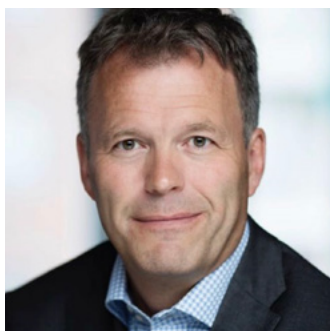
ninairenewiggen@gmail.com



INGVIL SCHAU YSTGAARD

Ylf
Jeg ønsker å jobbe for at yngre leger i Oslo skal ha trygge gode arbeidsmiljø og arbeidsforhold.

ingvilyk@gmail.com



EVEN HOLT

PSL
Som tillitsvalgt følger jeg opp opprettelse av og ansettelse i avtalespesialist-stillingene i Oslo.

even@holt.no



STEFFEN ROTH

Namf
Vil bidra til å forbedre legers rettigheter innenfor arbeidsmiljøet, forebygge sykdom kunnskapsbasert blant våre kolleger.

steffenro@gmail.com

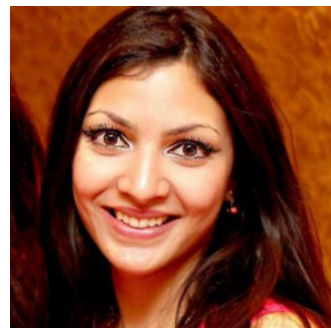


BENDIK BRINCHMANN

LVS

Jeg er spesielt opptatt av å styrke stillingen for leger som forsker og underviser. Det bør være gunstig for leger å ta doktorgrad, flere leger bør oppnå professorkompetanse og det må være attraktivt med kombinerte stillinger. Det er avgjørende å rekruttere leger inn i forsknings- og undervisningsstillinger for å ivareta og videreutvikle evidensbasert behandling.

Bendik.brinchmann@gmail.com



NEELAM S. ANJUM

LSA

Jeg er spesielt opptatt av psykisk helse og like rettigheter for alle. Jeg er opptatt av fag, godt lederskap, inkludering, mangfold og samarbeid.

neelam_haider@hotmail.com



ALADDIN BOUKADDOUR

Nmf

Jeg studerer medisin ved UiO, og er en engasjert Nmf-er. Dersom jeg hadde fått tre ønsker hadde jeg brukt det første på å forbedre medisinutdanningen, det andre på flere LIS-stillinger og det tredje på verdensfred.

a.boukaddour@gmail.com



JACOB JOREM

Fritt valgt

- Fremme god kvalitet på utdanning og arbeidsvilkår for unge leger i Oslo, med bl.a. tettere samarbeid mellom tillitsvalgte i bl.a. Ylf, Of og LVS i Oslo
- Bedre samarbeid og samhandling mellom de ulike sykehusene og primærhelsetjenesten i Oslo
- Sikre bedre betingelser for leger som vil forske i Oslo.

jacobjorem@gmail.com



SOHAIL ASLAM

Fritt valgt

Bedre arbeidsforhold for fastleger ved Oslo Legevakt
Styrke tillitsvalgtapparatet i bydelen/oslo kommune
Legge til rette for bedre samhandling mellom fastleger og de øvrige tjenestene i bydelen/kommunen.

Sohail.aslam@online.no

DET NYESTE INNEN VITAMIN D:

Rapport fra internasjonal vitamin D-konferanse

Den årlige Vitamin D Workshop (<https://vitamindworkshop.org/>) ble arrangert i New York fra 29. mai til 1. juni i år. Den økende interessen for vitamin D det siste tiåret har medført at workshopen har blitt til en stor internasjonal konferanse med flere hundre deltakere fra hele verden.

Vi fikk en viktig oppdatering fra de store randomiserte studiene med vitamin D-tilskudd (VITAL, ViDA, DO Health og D2D). Foreløpige resultater viser ingen effekt av vitamin D-tilskudd på blant annet hjerte-karsykdom, diabetes og død. VITAL-studien viser tendens til at vitamin D-tilskudd kan gi redusert dødelighet av kreft, men det ble ikke funnet forebyggende effekt på kreftinsidens (forekomst av nye krefttilfeller). Men det store ankepunktet mot alle disse studiene er at svært få har lave verdier av vitamin D ved studiestart.

Mange forskere prøver å finne ut mer om blant annet vitamin D-reseptor, transkripsjon og metabolisme samt genetisk betydning av vitamin D-status. Tidligere var molekylær-biologiske

Åse Ruth Eggemoen har mottatt stipend fra Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo. Fondets formål er å stimulere til økt kunnskapsformidling innen legers allmennmedisinske grunn-, videre- og etterutdannelse. Stipend kan ytes til enkeltpersoner og grupper av allmennpraktiserende leger og andre som arbeider for Fondets formål i Oslo og er medlem av Oslo legeforening.

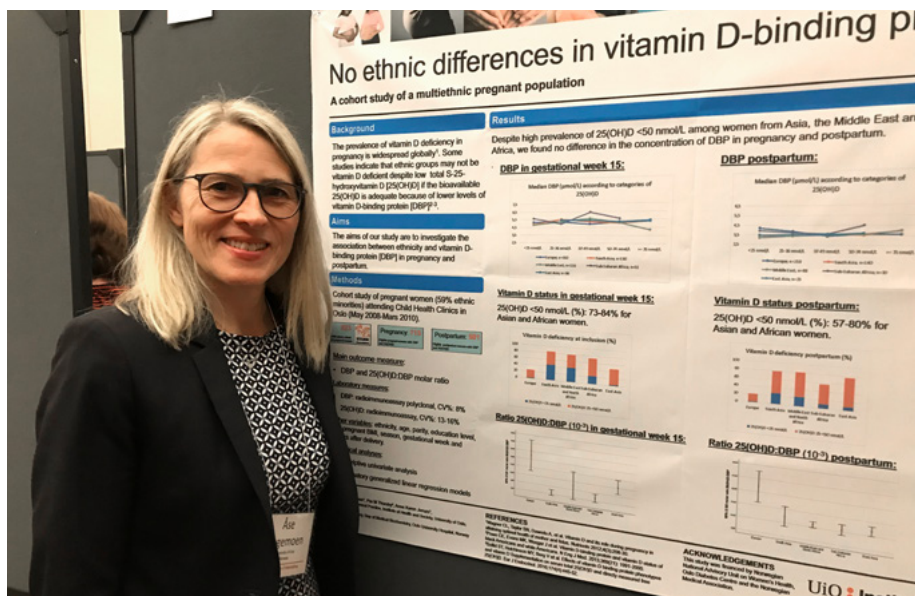
studier dominerende, men flere og flere studerer genetiske faktorer, og resultater fra studier om genetisk variasjon av vitamin D-reseptorfunksjon, og vitamin D-regulert gen-ekspresjon ble presentert. Mange er opptatt av kreft, og nye mulige funksjoner til vitamin D i tarmens mikrobiom – blant annet hadde noen forskere funnet at microbiota har flere patogene bakterier hos pasienter med cystisk fibrose med lav vitamin D-status.

Jeg presenterte en poster med nye funn om vitamin D-mangel under og etter

svangerskapet i en multietnisk populasjon fra STORK-Groruddalstudien. I prosjektet fant vi svært høy forekomst av vitamin D-mangel hos kvinner i etniske grupper fra Asia, Midtøsten og Afrika – både før og etter graviditeten. Vi målte både vitamin D (25-hydroxyvitamin D) og vitamin D-bindende protein under og etter svangerskap. Men vi fant samtidig at konsentrasjonen av vitamin D-bindende protein var lik i de forskjellige etniske gruppene – både i svangerskapet og postpartum. Konsentrasjonen av vitamin D-bindende protein kan altså ikke forklare de etniske forskjellene i vitamin D. Dette indikerer at den vitamin D-mangelen vi måler er reell.

For meg som er opptatt av føtal påvirkning, var det ekstra interessant å høre om maternell vitamin D-status i placenta og føtal utvikling. Forskere har funnet korrelasjon mellom maternelt vitamin D-nivå, vitamin D-reseptor-ekspresjon og vitamin D-bindende protein i placenta, og aminosyrer og transport i placenta. Mange ønsker å

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



finne ut hvordan gen-ekspresjon av ulike enzymer i placenta er affisert av maternell vitamin D-status.

Det er fortsatt mangel på vitamin D-studier hvor kvinnene er inkludert før svangerskap og hvor studiene er designet for å gi svar på viktige negative helseutfall i og etter svangerskapet

(preeclampsia, abort, for tidlig fødsel samt negative helseutfall på lengre sikt for barnet). Kontroverser vedrørende vitamin D-tilskudd i svangerskap ble diskutert på workshopen, og dette er jo mitt interessefelt.

Flere uttrykte bekymring over manglende retningslinjer for vitamin

D-tilskudd i svangerskap. WHO anbefaler ikke vitamin D rutinemessig til gravide og kun en liten dose (5 mikrogram) dersom mangel påvises. På befolkningsnivå ble det foreslått å arbeide for at forekomsten av 25(OH)D <30 nmol/L reduseres prenatalt, og at grense for mangel i svangerskap settes til 50 nmol/L. Det var bred enighet om å fortsatt arbeide opp mot WHO for å eliminere ernæringsbetinget rakitt på verdensbasis – noe som WHO ble utfordret på i 2015 (18th Workshop on Vitamin D; Nederland).

Den aller første workshopen var i Frankfurt i 1973. Da møttes noen vitamin D-forskere for første gang. Årets konferanse i New York var den 22. i rekken og arrangementet har vært vekselvis i Europa og USA for å få med flest mulig.

For min egen del var det en av de beste konferansene jeg har vært på.

ÅSE RUTH EGGEMOEN,
spesialist i allmennmedisin
Postdoc ved Nasjonal
kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo
Universitetssykehus og tilknyttet avdeling
for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

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

Møteplass Oslo 2020

Velkommen til årets møteserie! Serien godkjennes som tellende for spesialiteten i allmennmedisin, med 16 poeng (4 poeng pr møte). Deltakelse er også anbefalt aktivitet i felles kompetansemødel i LIS-utdanning på sykehus. Program med lenke til påmelding sendes ut i forkant av hvert møte.

Møteplan for 2020 – alle møter:

kl 16 – 20, på OUS, Ullevål:

Onsdag 12. februar: Samarbeid for eldre og skrapelige pasienter

Onsdag 22. april: Når leger gjør feil. Klager og samhandlingsavvik. Hvorfor har vi helsetilsyn?

Onsdag 16. september: Samhandling om psykiske lidelser og ruslidelser.

Onsdag 25. november: Nevrologi

Møteplass Oslo er en arena for utvikling av medisinsk samhandling i hovedstadsområdet.

Målgrupper er fastleger og kommunalt ansatte allmennleger i Oslo, samt leger i OUS, Diakonhjemmet, AHUS og Lovisenberg. Samarbeidsparter inviteres til Møteplassen alt etter hvilke saker som står på agendaen. Møteplassen skal bidra til å sikre et godt og tillitsfullt samarbeidsklima



og bidra til deling av klinisk kunnskap og erfaring mellom leger i og utenfor sykehus. I 2019 deltok ca 110 leger på hvert av møtene!

Bente Thorsen, sekretær for Møteplass Oslo
e-post: bente.thorsen@ous-hf.no

Her står det en annonse i papiirutgaven. 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.

Ei julegåve i siste liten?

Dersom ein skulle ha lyst på litt medisinsk fagstoff, utan at ein skal sjå på det som arbeid, er denne boka noko å tenkje på. Det er ei typisk «godbok» som ein kan setje seg ned med, saman med ein kopp kaffi eller noko anna som ein ønskjer å kose seg med, ein romjulsdag eller ein kald vinterkveld.

Boka har 14 ganske så ulike tekstar, både i struktur og skrivestil. Nokre av bidraga har ei analytisk, vitenskapleg tilnærming. I andre kapittel dominerer dei individuelle forteljningane og dei personlege perspektiva. Men det tykkjer eg ikkje gjer så mykje i ei bok som dette. Tekstane er jamt over velskrivne og lettlesne, i alle fall for folk med eit visst grunnlag i medisinsk fagspråk. Eg må medgi at eg blei riven med, slik at eg ikkje makta å leggje boka frå meg før ho var utlesen. Sjangervariasjonen plaga ikkje meg.

Til saman er det 16 forfattarar bak artiklane i boka. Dei fleste er medisinarar. To historikarar og ein litteraturkritikar og forfattar, er også med på laget. Eg ser ikkje heilt den redaksjonelle tråden. Det verkar som om forfattarane har hatt ganske stor fridom til å utvikle tekstane slik dei sjølv ønskjer. Dette gjer at det er vanskeleg å måle tekstane opp mot kvarandre. Men dei aller fleste kapitla støttar seg på arkivmateriale og bilete frå eldre bøker og tidsskrift. Det er vel kanskje derfor at Nasjonalbiblioteket står som utgivar av boka?

Alle kapitla speglar notida mot fortida på ein direkte eller indirekte måte. Kvar for seg og samla sett viser dei kor viktig det er at vi tar vare på detaljert og individbasert informasjon for framtida. Ein ting er å samle på informasjonen av omsyn til dei involverte personane. Ein annan ting, og i det lange løpet mykje viktigare, er å opne opp for og bruke slike opplysingar til å reflektere rundt det vi gjer no, i lys av fortidas menneskesyn, samfunnsbilete og fagkunnskap.

Med eit så variert innhald, vil det vere fullstendig umogeleg å kommentere kvart og eitt kapittel i denne bokmeldinga. Eg skal difor nøye meg med eit par merknader



ANTOLOGI

BLOD OG BEIN. LIDELSE,
LINDRING OG BEHANDLING I
NORSK MEDISINSHISTORIE
Nasjonalbiblioteket, 2019
ISBN 978-82-7965-386-8
221 sider, rikt illustrert, og
flott typografi
NOK 299,-

med grunnlag i dei tre kapitla som ikkje er skrivne av medisinarar.

Historikaren Bjørn Godøy skriv om lepra. Der presenterer han i tekst og bilete pasienten Nils Sætre. Om han hadde levd i dag, ville alt dette vore underlagt teieplikta. Då bør ein også ha ein tanke rundt kva som gjer at det er forsvarleg å trekkje dette fram på nytt i vår tid. Lovgrunnlaget er der. Og for meg er det også etisk forsvarleg. Les kva Godøy skriv: «Sætres ansikt representerte et historisk traume nordmenn ønsket å glemme. Det stirret inn i en fremtid Sætre visste var like håpløs som livet hans hadde vært så langt. For en spedalsk fantes ingen drøm om familielykke, ingen forventning om å bli akseptert. De skulle forbli bortgjemt til sin død.» I lys av dette er det grunn til å snakke om kven som går rundt som «spedalske» blant oss i dag? Ikkje minst no kring juletider, når alt skal vere så fint og godt.

«Eg må medgi at eg blei riven med, slik at eg ikkje makta å leggje boka frå meg før ho var utlesen.»

Teieplikta er også tema for Espen Stueland. På sin underfundige og kasuistisk orienterte skrivemåte, gir han oss historia om teieplikta. Han nyttar ein medisinsk fagartikkel frå 1888, «Dr. Joachim Wieseners sygehistorie med sektionsfund», som ryggrad i framstillinga si. Dette sluttkapitlet viser godt korleis normene knytte til medisinsk arbeid utviklar seg i eit nært samspel med krava frå samtida.

Det første kapitlet i boka, var det som verkeleg trekte meg inn i teksten. Historikaren Aina Schiøtz gir der eit kort, men flott oversyn over dei lange linene i den medisinske historia. Om ein før har hatt problem med å sjå kor ulike personar og hendingar høyer heime langs tidslinja, vil Galenos, Vesalius, Harvey, Virchow og fleire andre falle godt på plass når ein har lese introduksjonskapitlet. Dersom denne korte teksten gir meirsmak, bør vegen gå vidare til Schiøtz' gode bok om medisinsk historie som kom for to år sidan (1), og Uddenbergs storverk som blei utgitt på norsk i fjor (2).

Dette er forfattarane i antologien:

Aina Schiøtz, Gro Nylander, Anne Kveim Lie, Egil A. Fors, Finn Skårderud, Bjørn Godøy, Ellen Støkken Dahl, Hanne Nøkleby, Camilla Stoltenberg, Mina Adampour, Espen Dietrichs, Ragnar Stien, Wasim Zahid, Anne Spurkland, Preben Aavitsland, Espen Stueland.

Referansar:

1. Schiøtz, Aina. *Viljen til liv. Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget, 2017.
2. Uddenberg, Nils. *Medisinens historie. Lidelse og helbredelse*. Oslo: Dreyers forlag, 2018.

En scene fra sitt eget liv

Maria Sødahl er filmregissør og manusforfatter. Etter suksess med filmen *Limbo* i 2010 ble det stille frem til i år. I september hadde hun internasjonal premiere med filmen *HÅP* på filmfestivalen i Toronto, Canada. Hun karakteriserer filmen som en uvanlig kjærlighetshistorie.

TEKST: KRISTIN HOVLAND

MARIA SØDAHL

- ▶ Filmregissør.
- ▶ Født 31. desember 1965.
- ▶ Aktuell med filmen «Håp» med Andrea Brein Hovig og Stellan Skarsgård i hovedrollene. «Håp» skildrer hennes egen kreftsykdom gjennom elleve dager i jula for ni år siden. Filmen ble vist på Toronto-festivalen og foreløpig solgt til 16. land.
- ▶ Gift med Hans Petter Moland (de giftet seg på nyttårsaften 2012, to dager før hun skulle opereres). Sammen har de tre barn, to gutter og én jente. Han har tre barn fra tidligere.

«Håp» hadde premiere på kino i november. Det er en film hvor hovedpersonen, Anja (spilt av Andrea Bræin Hovig), på lille julaften får beskjed om at hun har uhelbredelig kreft med kort tid igjen. Vi følger henne, mannen Tomas (Stellan Skarsgård) og resten av familien i en intens juleuke. Historien baserer seg på Sødahls egne erfaringer fra 7 år tilbake. Hun sier selv:

Døden var avlyst og jeg forsøkte å arbeide igjen som «forsøkskanin i mitt eget skrive-laboratorium». Erfaringen med dødsdommen var så sterk at jeg ikke kom utenom. I starten strittet jeg imot da materien kjentes for privat, navlebeskuende og selvterapeutisk, men jeg slapp ikke unna. Alt annet bleknet i sammenligning.

Som manusforfatter sier hun at selve juleuken fra det virkelige liv fremsto for konstruert til å kjennes sann. Så drøy at hun har vært nødt til å fjerne en del ytre dramatikker for troverdighetens skyld. Det kan jeg forstå. Her spiller livet seg intenst ut på noen få dager.

– *Når var du klar for å begynne å fortelle denne historien?*

Sødahl forteller at hun begynte tilbakeblikket i 2015.

– Det tok tid å jobbe med manus, for å få den nødvendige distansen. Underveis dukket det opp scener og situasjoner som var så rå og nakne at jeg nesten ikke våget å vedkjenne meg minnene. Til slutt hadde jeg en historie som var personlig og ikke privat. Som var allmenngyldig. Hollywood er full av *Cancer-movies* med offeret i sentrum som er uinteressant for meg. Jeg er opptatt av følelsene som alle har kjent på, uavhengig av kreft. Kjærlighet, skyld, skam, redsel, det nakne. Det ville jeg skildre, uten at publikum selv måtte bli skamfulle.

Det er en historie som hun sier er usensurert i forhold til det hun husker; øyeblikk og situasjoner som har krystallisert seg i minnet. Som essensen av menneskets følelser og dermed noe som alle kan relatere seg til. Det var også viktig for henne å få med det som ikke er så flatterende, for å skape en ekte og usentimental historie.

– Jeg ble ikke en annen enn den jeg var, men med høydose kortison-steroider, minimalt med søvn kombinert med en desperat overlevelsedrift, ble jeg krevende både for omgivelsene og meg selv. I denne tilstanden, medisiner og med visshet om at det var slutt, kunne jeg se på livet slik det var uten å pynte på det som ikke var perfekt. Jeg ble veldig direkte, nesten kontant og brutalt ærlig. Jeg hadde jo ingenting å tape. I likhet med så mange andre par hadde vi som par glidd fra hverandre midt mellom karrierer, barn og parallelle liv, forteller Sødahl.

Hun snakker om utilstrekkeligheten og grumset i oss som noe vakkert, fordi i

dette ligger muligheten til forsonelse og en sjanse for hovedpersonene i fortellingen til å møtes.

Om tittelen «Håp» beskriver hun hvordan den skifter betydning underveis i filmen.

– I utgangspunktet er den knyttet til om kvinnen vil overleve eller ikke. Umerkelig glir den over og blir et spørsmål om hvorvidt paret kan håpe på å komme nær hverandre, å lære seg å elske på nytt og å ta imot kjærlighet.

Sødahl mener at det er viktig at publikum vet at dette er hennes egen historie. På fortekstene til filmen står: «*Dette er min historie, slik jeg husker den*», hvilket forsikrer tilskueren om at hun er unntaket som overlevde.

Dette er med på å gi filmen en subjektivitet, samtidig som det gir flere dimensjoner til fortellingen. Den dreier fokuset fra hva som skjer, til hvordan det skjer. Det er som om paret ikke er seg selv bevisst at de er hovedpersonene i en kjærlighetshistorie, siden sykdomshistorien er så sterk motor i filmen. Og da handler plutselig håpet om kjærligheten, og ikke om et medisinsk håp.

– *Du har sett på dette gjennom en linse når du regisserer. Har du regissert det slik du ønsket det var?*

– Nei. I det øyeblikket jeg hadde skrevet ferdig manus ble det en fortelling som var blitt større enn meg. Den fikk sitt eget liv og jeg kunne diskutere den som en fortelling. Jeg skal som regissør skape et rom for menneskene foran og bak kamera. Jeg lager skjelettet, og skuespillerne tilfører kjøtt og blod. Bræin Hovig og Skarsgård skulle spille «paret» og ikke mannen min og meg, sier hun.

– Denne avstanden, den essensielle avstanden, er det som skal til for å gjøre det personlig og allment og ikke privat. Grun-



Maria Sødahl sammen med Andrea Brein Hovig og Stellan Skarsgård.

FOTO: SF STUDIOS / MOTLYS / AGNETE BRUN

nmaterien er min, men skuespillerne skal selv gi karakterene liv.

Hun forteller med intensitet om dualiteten som hun opplevde under sykdommen, med at livet ble veldig, veldig lite og samtidig så mektig. Under samtalen omtaler hun Anja i filmen i 2. person, og har en profesjonell distanse, samtidig som hun er svært tilstede og nær i intervjuet, også når vi snakker om hennes personlige opplevelser.

I filmen bruker hun helsepersonell i mange av rollene. Som hun sier med et skjevt smil – jeg har mange års research på helsepersonell. Hun beskriver filmen som en litt overbefolket film med engangsroller som kommer inn og ut. I tillegg er ikke familien en liten kjernefamilie, det er seks barn, det er mange å skulle bli kjent med.

– Når det er så mange, vil bruk av skuespillere kunne stå i veien for autenticiteten. Det er alltid en fare når man bruker kjente skuespillere i småroller, at man dras ut av fiksjonen som publikum.

Hun forteller at 170 helsearbeidere meldte seg til prøvefilming. De ble prøvefilmet slik profesjonelle skuespillere blir, hvorpå de valgte ut dem med størst talent foran kamera. Deretter *typecastet* hun dem til de bestemte rollene. De fleste spiller roller med andre spesialiseringer enn sin egen faglige medisinske bakgrunn, uten at det gikk på bekostning av deres profesjonelle autoritet.

– Helsearbeiderne er jo i utgangspunktet amatører, men i sykehus scenene ble de plutselig de «profesjonelle» og skuespillerne «amatørene». Andrea og Stellan følte de måtte skjerpe seg ekstra.

Hun forteller at det ga skuespillerne en annen intensitet og energi, og at de syntes det var kjempeinteressant. Bruken av ekte helsepersonell har uten tvil gitt troverdighet til sykehus universet i filmen.

I et intervju med *Journalen* var det naturlig å komme nærmere inn på hennes opplevelser med helsearbeidere og helsevesenet. Sødahl påpeker at filmen ikke er noen kritikk av

helsepersonell, heller en hyllest til enkelt menneskene. I den grad det er kritikk så er det en systemkritikk; eksempelvis hvordan helsevesenet er nedbemannet i julen. Det er ikke *ferre* folk som trenger hjelp i julen, sier hun.

– Helsevesenet som system må fungere og ansatte må forstå viktigheten av at riktig informasjon gis.

Hun er oppmerksom på at ressurssterke har en fordel ved å kunne orientere seg om tilbud og rettigheter. I filmen kommer det frem at Tomas har sjekket informasjon på Pubmed.com, og hun forteller at de søkte mye på nett etter informasjon og var i dialog med forskere i USA.

Jeg er kanskje spesielt oppmerksom på hvordan informasjon fra helsepersonell gis til henne og hvordan hun opplevde det. Det er ikke enkelt å skulle overlevere et dårlig budskap. Og i filmen strever Anja og Tomas med hvordan de skal formidle informasjonen til barna.

– Hva er idealet? Hva er riktig? Det blir individuelt og avhengig av både barn/foreldre eller pasienten/legen. Det finnes ingen fasit.

Hun forteller at flere har gitt tilbakemelding om at dette er en film som burde være pensum for studenter. Det er flere tema i filmen som kan være aktuelle å diskutere, men kommunikasjon er helt klart et aspekt som kan være interessant å ta opp.

Hun lurer videre på om noe av det som er relevant for helsepersonell er å få et innblikk i den reisen det er å være pasient, hva det gjør med en når du møter så mange folk hele tiden, og at du må fortelle historien din igjen og igjen og igjen. Og slitasjen, både på pasienter og leger.

Hun forteller at i tilbakemeldingene til henne, virker det som flere leger plutselig ser pasientenes rundreise. Alle «stasjonene» de stopper på og hva det gjør med dem.

– Som lege, reflekterer hun, står du bare på din egen stasjon og ser ikke alltid hvor pasientene kommer fra eller hvor de drar.

Sødahl er videre opptatt av hvordan «overleve» som har hatt kreft, ivaretas (eller ikke) i helsevesenet. Hun påpeker at denne gruppen vil øke i fremtiden.

– Er det ikke noen som er interessert i å forske på hvordan det går? Det er stor forskjell på budsjettene knyttet til å redde kreftpasienters liv, kontra forskning på sen-skadene og livskvaliteten til overlevende, sier hun, nærmest oppgitt.

Jeg oppfatter det som at hun tenker at dette ikke blir godt nok ivaretatt i dag.

– Kreft er spesielt fordi fienden er inni kroppen din, fortsetter hun.

Hun bruker krigsterminologi, og forteller i neste åndedrag om responsen hun har fått etter å ha vært på Lindmo og blant annet snakket om at vi må slutte å bruke krigsterminologi om kreft.

Som at de som overlever er sterke. Hun spør lakonisk om de som ikke overlever har vært svake, og svarer: nei, selvsagt ikke.

– Språket er aldri nøytralt. Språk påvirker. Kreftceller bryr seg ikke om viljestyrke og man kan ikke vinne eller tape i en slik sammenheng. Vi må slutte å bruke disse metaforene. Kreft handler mye om flaks og uflaks, sier Sødahl.

Filmen handler i det ytre om sykdommen, men det jeg sitter sterkest igjen med er relasjonene og kommunikasjonen, eller til dels mangelen på ord.



«Tenk å få en slik mulighet til å ha en slik scene i sitt liv, en uke som spenner et helt liv: det er jo en drømmesituasjon som en aldri får, til å ha en oppriktighet som ikke vil kunne 'backfire'.»

Under intervjuet kommer vi inn på andre tema i filmen som ikke handler om det som er direkte relatert til helsevesenet.

I filmen sier Anja på et tidspunkt at hun har forsøkt å elske stebarna på samme vis som sine egne, men at det er en forskjell. Sødahl kommenterer med spørsmål:

Hva er den moderne familien, med mine, dine og våre? Hva er den moderne kjærligheten? Hurtig kan vi som par havne i situasjonen med å leve parallelle liv fordi idealt om å være selvhjulpne sterkt. Og dermed er det vanskelig både å be om hjelp og å ta imot hjelp.

Sødahl har fått frem dette dilemmaet tydelig i filmen blant annet i disse korte dialogene, synes jeg: Noe av det første Anja

sier til Tomas etter at hun har fått beskjeden om spredning, er at hun ber om hjelp, at de må klare å stå sammen. Videre sier Anja at de ikke klarte å stå sammen – selv når de hadde det bra. Lenger uti filmen kommenterer Tomas at det ikke alltid er så enkelt å hjelpe henne.

Skarsgård spiller en krevende rolle som pårørende. Vi snakker om avmakten i å være pårørende og at det ikke er mye en kan gjøre med kreft.

– Jo, sier hun plutselig. Det er mye en kan gjøre som pårørende. Hvis jeg hadde vært alenemor og ikke hadde hatt en voksenperson som støttet, så hadde livet sett veldig annerledes ut. Vi er alene her på jorda, alt annet er bonus. I en slik situasjon med



FOTO: SF STUDIOS / MOTLYS

alvorlig sykdom, er vi som mennesker ekstremt sårbare.

Filmen heter «Håp», men Sødahl sier at *begrepet* håp, som var en arbeidstittel på prosjektet, har fått mye, mye større betydning enn hun var klar over at den ville få. I dialog med publikum får hun spørsmål om hva *håp* betyr.

– I vår tid, hvor mange er ikke-religiøse, er et ord som håp nesten skummelt, fordi det har noe med tro å gjøre, men som en ikke trenger å være religiøs for å forholde seg til, tenker hun. Samtidig tilhører det egentlig religion språklig sett. Tro Håp Kjærlighet.

– *Hvordan håndterte du først å få en dødsdom og så å overleve?*

Hun smiler og sier at heldigvis blir en normal igjen, med alle feil og mangler og idiotiske ting og forfengelighet. Men så kommer alvor et og hun beskriver kreft som serietraumer.

– Det er en sårbarhet som ikke forsvinner. Det er så mange usynlige senskader. Og terskelen for å bli innlagt på sykehus ved mistanke om noe galt, er lavere enn før.

Hun er oppmerksom på at det som er livreddende også har bieffekter. Forsvarsmekanismene er blitt svakere, og hun beskriver seg selv som mer transparent. Samtidig forteller hun at det har gitt henne mer mot til hva det måtte være og en større grad av fandenivoldskhet. Livet er kort og døden uendelig lang. Den erkennelsen er fin å ha med seg, sier hun.

– *Hva er det viktigste for deg med filmen?*

– At jeg klarte å gjennomføre så kompromissløst. Å fortelle en så personlig historie uten å gå på akkord med de filmatiske ambisjonene. At jeg hadde nok krefter.

Hun beskriver begeistret hvorfor det er så fantastisk med film som har alle kunstarter i én; litteratur gjennom manus og fortelling, det visuelle, psykologi, musikk og dans. Den har alt.

Sødahl forteller at hun hadde en stor sorgreaksjon på aldri å skulle få lov til å regissere igjen. Så tenkte hun, ok, men jeg kan kanskje bare skrive.

Jeg hadde ikke mot til å tro på at jeg også kunne regissere da jeg begynte å skrive. Det tok noen år. Men, omkring et halvt år før

manus var ferdig, begynte jeg å leke seriøst med tanken på å regissere selv.

Nå om dagen er hun med på visninger av filmen og deltar i dialoger med publikum etterpå. Og ja, nå er hun klar og gleder seg til å skrive igjen. Og hun har tema klart. Nå vil hun utforske de smertefulle utfordringene ved å være i begynnelsen av 20-årene.

– Når det handler om å finne seg selv. Tiden hvor naivitet og overmot dominerer. En fase av livet jeg vil utforske gjennom en ung europeer sin «moderne dannelsesreise» gjennom Mexico. Hvor hun i møte med fremmede, eksperimenterer på flere plan, blant annet gjennom å teste ut forskjellige identiteter. Reisen som både gir mulighet til personlig vekst, men også til å miste seg selv på veien.

Hun er fascinert av unge vestlige mennesker sin reise rundt i vår globaliserte verden, i kontrast til sin egen erfaring på tidlig 80-tall uten internett og mobil. Da verden så annerledes ut, men hvor den grunnleggende reisen med «å finne seg selv» er den samme.

Vi gratulerer med filmen og ønsker lykke til med neste prosjekt!

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.

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo



KARAFLER REDDER IKKE LIV
GI EN LIVREDDENDE JULEGAVE
FRA DIN BEDRIFT

For prisen av én karaffel, kan 166 barn få livreddende
vaksiner mot meslinger.

Kontonummer: 5010 06 00444



upartisk // nøytral // uavhengig