

# JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 4 / 2017



**Vil gi apotekene  
mer makt**

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

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

## MEDARBEIDERE I DENNE UTGAVEN:

### PER HELGE MÅSEIDE

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

### ELLEN RENBERG

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

### PER HELGE SEGLSTEN

JOURNALIST  
eksterndesken@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 1/2018 er 16.02.2018

Forsidefoto:  
Paal Audestad  
Layout: Svovel AS

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

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

TRYKK: Merkur Grafisk AS



JOURNALEN PÅ NETT  
www.fagbladetjournalen.no

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER  
www.twitter.com/Journalen

JOURNALEN PÅ FACEBOOK  
www.facebook.com/  
Fagbladetjournalen

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



Ettertrykk og elektronisk viderefordistribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

## Har du noe på hjertet?

Journalen ønsker å skape debatt og håper at våre lesere sender oss debattinnlegg og kronikker.

Våre debattinnlegg publiseres på papir og som pdf på [www.fagbladetjournalen.no](http://www.fagbladetjournalen.no). De fleste publiseres også i egen nettsjersjon med kommentarfelt.

Redaksjonen forbeholder seg retten til forkorte innsendte innlegg.

***Vi ønsker alle våre lesere en riktig god jul og et godt nytt år!***

## INNHOOLD

REDAKTØREN:	
<b>Verdien av uenighet og åpenhet</b>	<b>4</b>
TEMA:	
<b>Biotilsvarende legemidler</b>	<b>8-15</b>
ANMELDELSE:	<b>19</b>
KRONIKK:	
<b>Forbudet mot atomvåpen - en Nobelpris verdt</b>	<b>22</b>
FRA FORENINGEN:	
<b>Styret</b>	<b>24</b>
INTERVJUET:	
<b>Jonas Kinge Bergland</b>	<b>28-31</b>





PER HELGE MÅSEIDE

# Verdien av uenighet og åpenhet

«Oppmerksomhetskåt idiot», «populistisk tøys», «skite i eget reir», «høy dramafaktor».

Dette er blant de uakademiske termene som benyttes når fastleger debatterer fastlønn i sosiale medier. Uttrykkene er kanskje ikke verre eller bedre enn når ikke-leger debatterer, selv om ortografien antakelig er litt bedre enn for et gjennomsnittlig net troll. Noe får man ut av en lang universitetsutdannelse, men femtekolonist (fra en annen debatt) skrives med to ll-er.

Tittelen er lett omskrevet fra Knut Olav Åmås sin bok «Verdien er uenighet». Som direktør for Stiftelsen Fritt Ord og tidligere kulturredaktør i Aftenposten er han en av våre mest kompromissløse forsvarere av ytringsfriheten. Da han var i Aftenposten var det full stopp i drøvtygde polerte manus fra maktapparatet. I stedet heiet han fram personer som forsøkte å stå på egne bein, men som kanskje tenkte et dytt bak og vel så det for å ytre seg i det offentlige rom.

Etter å ha debattert selv i ulike fora, og fått noe referert fra andre, er det bare å konstatere at leger bruker de samme hersketeknikkene som folk flest. Man stempler motstanderne som unge eller dumme, karakteriserer dem ut fra alder eller kjønn, eller slenger ut skjellsord i ulike valører. Et annet kjent triks er å avspore debatten ved å konstruere en stråmann, slik at motdebattantene må begrunne hvorfor de ikke mener det motdebattanten påstår at de mener.

Spesielt for legedebatter er også at begrepet «erfaren kliniker» har en sentral plass. Hva som skal til for å få denne hedersbetegnelse er litt uklart men å jobbe i griségrende strøk, gjerne alene og om natten synes viktig. En «erfaren

kliniker» har opparbeidet seg en innsikt som gjør at vedkommende kan framsette postulat, altså påstander som ikke trenger å begrunnes. Faktabaserte motargumenter kan lett parkeres ved å vise til at vedkommende som fremmer dem ikke er erfaren kliniker og dermed ikke meningsberettiget. Å inneha en doktorgrad hjelper ingen ting i denne sammenhengen.

Allmennlegenes mest kjente debattforum, Eyr, ble nettopp lagt ned av grunnlegger Hogne Sandvik. At debatten foregikk på epost er den tekniske forklaringen på nedleggelsen. – Mangel på substans, for lite nytteverdi, er verre. Dette var den viktigste grunnen til at jeg mistet lysten på å fortsette, sier Sandvik til Dagens Medisin. Før han la ned forumet hadde han advart deltakerne; den dagen mer enn 20 prosent av innleggene ble «metadebatt» i form av debatt om debatten, personkarakteristikker, irrelevante meldinger og krancling ville han legge ned. Og i slutten av oktober rant begeret over og vel så det. Dermed var kanskje det viktigste formende forumet på grasrota i norsk allmennmedisin de siste tiårene en sagablott.

En ting skal Eyr ha; det var ikke hemmelig. «Alle» kunne i praksis melde seg på. Både journalister, helsebyråkrater og politikere kunne følge med på hva som rørte seg på den allmennmedisinske grasrota i følge Sandvik. Det var god skikk og bruk og presentere seg, selv om dette ikke var noen som helst garanti for at man ble tatt vel imot.

«Listen har påvirket helsepolitikken», skrev Tidsskriftets redaktør Are Brean, og viste til flere eksempler på det, samti-

dig som han slo fast at grasrotaksjon kan utgjøre en forskjell: «Den erfaringen er nyttig å ta med videre til nye medier». Altså de sosiale.

Det er bare å slå fast at leger behersker kunsten å være uenige. Men kan de debattere åpnet?

Da legestreiken stod på som verst fungerte legefelleskapet på sitt aller beste, samtidig som de viktige kollektive verdiene som stod på spill ble effektivt kommunisert ut fra første stund og skapte samhold også med andre yrkesgrupper. Havnearbeiderne i Oslo reiste seg til stående applaus da Ylfleder Christer Mjåset skulle holde tale på deres streikevake. Og det var før Mjåset hadde fått fram et eneste ord. Så mye betydde legestøtten for dem. Og ingen ba dem komme og støtte legene. Det gjorde de spontant.

I løpet av streiken stod kronikker og debattinnlegg forfattet av leger på trykk i nesten hver eneste avis. I de personlige fortellingene kom det overordnede budskapet godt fram, noe som åpenbart må ha påvirket den offentlige debatten. I den grad Spekter forsøkte å ta til motmæle slo det svært uheldig ut. Legekronikkene viste seg i praksis å være nesten uangripelige.

Nylig skjedde noe i strid med denne fine utviklingen.

Tidsskrift for den norske legeforening trykket noen intervjuer på sine forenings-sider der unge leger skulle tenke høyt og se inn i framtiden. Det gjorde de til gagns. At leger kunne erstattes av maskiner var det ingen som reagerte på. Men da en lege rokket ved selve legeprofesjonen brøt spetakkelet løs i ulike kanaler og snart var intervjuet borte vekk, i hvert fall fra nett.



En av sakene i Tidsskriftets serie der unge leger reflekterer over framtiden, skapte storm, og er nå fjernet fra nett.

Å stikke hodet fram og mene noe nytt eller kontroversielt kan altså bli en riktig ubehagelig opplevelse. Og det stemmer sikkert at ansatte i helseforetakene kan risikere både formelle og uformelle sanksjoner. Dette er i hvert fall forklaringen som brukes på at nesten ingen av de som kommenterer nyhetssakene på nettsidene til Dagens Medisin tør å skrive under med eget navn, men i stedet bruker betegnelser som «lege1», «lege2» og «lege3». Men holder denne forklaringen for selvstendig næringsdrivende fastleger også?

Etter karrikaturstriden ble begrepet yrtingsansvar introdusert. Nå diskuteres også begrepet yrtingsmot i tidsskriftverdenen. For det er ikke så veldig modig å være for yrtingsfrihet så lenge det betyr at alle skal være enige.

En av utfordringene ved å debattere offentlig er å kunne holde sak og person atskilt. Alle vet at det kan være usedvanlig vanskelig, spesielt om man er i ferd med å slippe opp for saklige argumenter eller føler

sin posisjon truet. Da Anders Danielsen Lie og Kristian Amundsen Østby gjennom velskrevne aviskronikker slo et slag for fastlønn for fastleger, og forsøkte å problematisere uheldige vridningseffekter av stykkprisfinansiering, meldte to personer seg ut av et debattforum bare fordi de to ble invitert inn.

Sosiale medier er skumle ved at veien til tastaturet er mye kortere enn veien til et innsendt leserinnlegg. Og mange flere enn de som deltar i debatten følger med og gjør seg opp et inntrykk. Å logge av, gå en tur eller sove noen timer er enkle råd som kanskje ikke er så lette å følge hvis temperaturen stiger.

Det er kombinasjonen av uenighet og åpenhet som er utfordringen i legedebatten. Å få bekreftet den oppfatningen man allerede har, kan sikkert være viktig nok for den enkelte. Men det påvirker ikke offentligheten og politikere, i hvert ikke når det skjer bak lukkede dører.

Åmås har vært opptatt av makten som

gjemmer seg. Og det skjer både i departementene, i helseforetakene og i Spektet. Men også i Legenes Hus.

Det er først når debatten foregår i åpent lende, og der ulike oppfatninger kommer til uttrykk, at samfunnsdebatten kan endre seg. Og leger både kan og tør. Det viste legestreiken. Men det kan være farlig og ubehagelig. Du risikerer både å bli ledd av, misforstått og tatt til inntekt for noe helt annet enn du selv ønsker. Men det kan også hende at noen rett og slett er misunnelige for at du kommer på trykk, mens de selv ble refusert. For redaktører vil mye heller ha unge leger på trykk enn maktpersoner som snakker på vegne av noen andre, og som framfører meninger alle har ført.

Kronikker og debattinnlegg kan gjøre at viktige helsepolitiske aktører kan gjøre seg opp nye meninger.

Og det er vel dette vi har yrtingsfrihet til?

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

# – Uetiske og uærlige om bio

**Legemiddelverkets fagdirektør Steinar Madsen er ikke nådig i sin beskrivelse av legemiddelindustriens kommunikasjon og motstand rundt biotilsvarende legemidler. – Uetisk og uærlig, er hans dom. Nå vil han gi apotekene rett til å dele ut de rimeligste medikamentene.**

PER HELGE MÅSEIDE  
PAAL AUDESTAD (FOTO)

Madsen mener industriens motstand mot å ta i bruk biotilsvarende legemidler etter patenttidens utløp uten hensyn til hvilket som kom først på markedet, og som derfor kan kalle seg originallegemiddel, både er uetisk og basert på en uærlig kommunikasjon.

– Jeg synes at denne fordekte motstanden mot biotilsvarende legemidler er uetisk. I Norge sier vi at vi må ikke bytte legemiddel fordi det er farlig for pasientene. I USA er man mer ærlig og sier til aksjonærene at man skal forsvare legemidlet med nebb og klør for å holde oppe inntektene så lenge man kan. Og det er jo sannheten!

– Jeg mener industrien får tone flagg. En ting er at de er imot det, en annen ting er at det ligger store økonomiske interesser bak. Det er helt legitimt å kjempe for å tjene penger, men man kan jo ha en grad av ærlighet og si «det er derfor vi gjør det».

**– Mener du at Legemiddelindustriens Karita Bekkemellem er uærlig?**

– Jeg vil si at industrien ofte er uærlig i sin kommunikasjon, jeg savner at de sier at de også gjør dette for å holde oppe fortjenesten og tjene godt på disse legemidlene etter at patentet er gått ut. I løpet av patenttiden så får du tilbakebetalt hele investeringen din. Det er derfor veldig stor fortjeneste på å holde original-legemiddelet «gående» etter at det har vært enerådende i 15 år. Men det er samfunnet og pasienten som har betalt regningen. Da må minstekravet



Fagdirektør Steinar Madsen i Statens legemiddelverk mener det ikke er noe til hinder for at apotekene kan bytte mellom ulike biologiske legemidler med samme virkestoff. Legemiddelindustrien (LMI) er sterkt imot de foreslåtte endringene.



---

# tilsvarende legemidler



være at samfunnet og pasientene får disse medikamentene rimeligere når patentet går ut. Egentlig burde de selv tatt initiativ til å redusere prisene! For å få ned prisen trenger vi de biotilsvarende legemidlene, sier han.

Av den samlede legemiddelomsetningen 2016 på 25,3 milliarder kroner måtte staten ut med mellom 17-18 milliarder. Prisene på de biologiske legemidlene er skyhøye sammenliknet med de fleste «vanlige» resept-liknede medisiner som betales av pasienten og trygden. Selv om salgsvolumet i doser utgjør bare 0,5 prosent gikk hele 3,3 milliarder kroner til biologiske legemidler som enten brukes på sykehus eller som hentes ut av pasienter på apotek på resept fra sykehusleger. Utgiftene betales i all hovedsak over sykehusbudsjettene ved at sykehusleger skriver ut H-resepter. Noen biologiske medikamenter, som insulin, skrives ut på vanlig blåresept og betales av trygden.

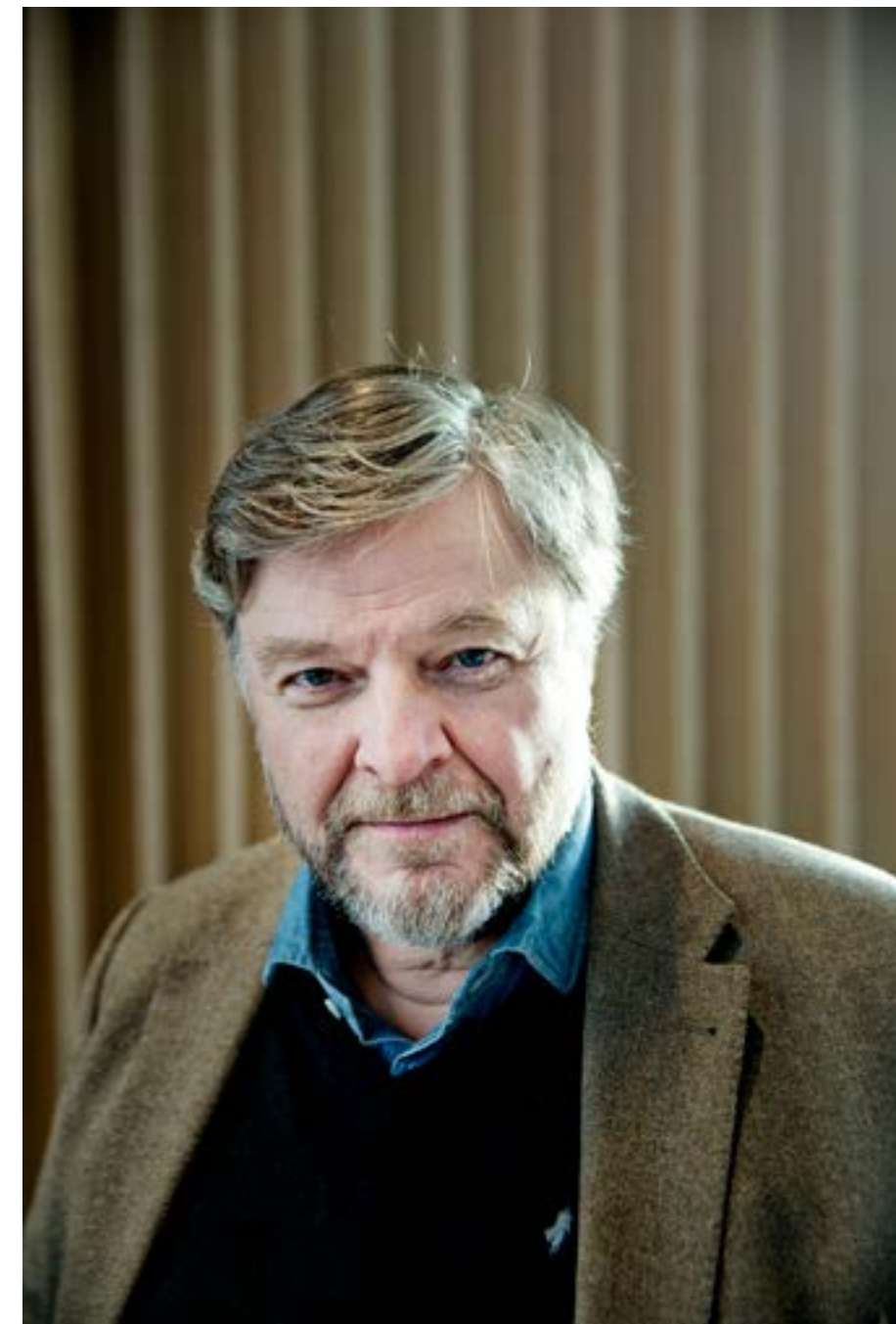
#### STORE BESPARELSER

Når det gjelder innsparingene er beregningene som følger:

– Vi regner med at de biologiske legemidlene som står for halvparten av kostnadene får konkurranse av biotilsvarende på sikt. Totalt kan vi spare ca. 750 millioner kroner i året på, sier Madsen, og tar utgangspunkt i en rabatt på 50%.

Fordi medisinene er laget i levende celler (se faktaramme) vil de aldri kunne bli identiske i motsetning til vanlige generika. Siden det første biotilsvarende legemiddelet ble innkjøpt i Norge i 2006 har det vært strid mellom legemiddelmyndighetene, legemiddelindustrien og enkelte leger om hvor omfattende byttevirksomheten bør være, og hvor mye uttesting av godkjente biotilsvarende preparater som skal til før de kan tas i bruk.

Et argument mot omfattende byttevirksomhet er at det kan stimulere til dannelsen av antistoffer, men ifølge Madsen finnes det ikke ett eneste eksempel på at dette har skjedd ved bytte fra original til kopi. Mens det nå er enighet om at «nye» pasienter kan settes på et biotilsvarende preparat i stedet for originalen, har det vært større uenighet når det gjelder bytte under pågående behandling, bytter fram og tilbake mellom origi-



*«I USA er man mer ærlig og sier til aksjonærene at man skal forsvare legemidlet med nebb og klør for å holde oppe inntektene så lenge man kan. Og det er jo det som er sannheten!»*

naler og biotilsvarende, eller bytter mellom ulike biotilsvarende.

– Biotilsvarende legemidler er ekstremt viktig for å holde kostnadene nede i helsevesenet og tilby pasientene best mulig behandling. Biotilsvarende gir en dramatisk kostnadsreduksjon og like god behandling! Det er rett og slett en vann-vinn-situasjon, sier Madsen.

– Hvordan er holdningen blant norske leger?

– Den er i det store og hele svært positiv. Det er et stort incentiv i at sykehusene sparer penger, sier han.

#### VIL ENDRE LOVEN

I dag er det til syvende og sist opp til hver enkelt lege å bestemme hvilket preparat pasienten skal få, selv om anbudene legger

## «De fire store»

Virkestoff	Salg 2015, mill.	Salg 2016, mill.	Biotilsvarende
Adalimumab	506	488	Kommer 2018
Etanercept	466	393	På markedet fra 2016
Infliximab	341	319	På markedet fra 2014
Rituximab	231	261	På markedet fra 2017

Apotekforeningen

sterke føringer for sykehusenes legemiddelbruk og legenes forskriving. Salgsstatistikene viser også at de medikamentene som vinner anbudene raskt tar over nesten hele salget.

For å styrke konkurransen vil Legemiddelverket endre apotekloven slik at apotekene på egenhånd skal kunne velge ut det rimeligste legemidlet når det finnes flere alternativer av et biologisk medikament. Legen skal fortsatt kunne reservere seg på samme måte som ved forskriving av vanlige generiske legemidler.

Ifølge Madsen er det like store variasjoner mellom ulike såkalte «batcher» av ett og samme medikament, slik at betegnelsene «original og kopi» egentlig kan skrotes.

– Der er ingen ting som er gullstandard eller original, sier Madsen, og begrunner dette med at forskjellen kan være like stor mellom to ulike «batcher» av et originallegemiddel som mellom et biotilsvarende og et originalpreparat.

Madsen får helhjertet støtte fra konstituert fagdirektør Geir Bøhler i Helse Sør-Øst.

– Endringen kan medvirke til raskere bytter eller bytte til rimeligste alternativ, der legen har skrevet ut et dyrere alternativ og det ikke er anført medisinske årsaker til at pasienten ikke kan bytte, parallelt til generisk bytte for legemidler i blåreseptordningen, skriver Bøhler i en epost, og legger til: – Det finnes allerede omfattende dokumentasjon for at disse bytter trygges både i forhold til effekt og sikkerhet.

Men departementet vil ikke en gang love at de vil sende ut et høringsforslag i løpet av 2018. I følge statssekretær Maria Jahr-

mann Bjerke (H) vil «eventuelle forslag til regelverksendringer kunne sendes på høring i løpet av 2018.»

### DET STORE SLAGET

Det er ikke uten grunn at det er akkurat nå Legemiddelverket både foreslår å endre apotekloven, samtidig som de har oversendt en faglig anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet som støtter alle former for legemiddelbytter, bare virkestoffet er det samme. Fra og med oktober 2018 skal den biotilsvarende varianten av verdens bestselgende legemiddel, Humira (adalimumab), trolig ruller ut på det europeiske markedet. Bare i Norge koster originalmedikamentet helsevesenet 500 millioner hvert år.

– Det blir det neste store slaget, sier Madsen.

Samtidig er biotilsvarende rituximab kommet på markedet i 2017. Besparelsene på disse to legemidlene dette vil alene vil kunne utgjøre 375 millioner.

### STORE MARGINER

For produsentene av biologiske legemidler har store marginer å gå på.

– Produksjonskostnadene er veldig lave. Stort sett er det sånn at om man tar godt i, så er de under 10 % av salgsprisen. Men blir prisen altfor lav får ikke de som produserer biotilsvarende igjen for investeringene. Dette er et komplisert spill med mange aktører.

For mens ett års forbruk av originalpreparatet Remicade skulle kostet 83 000 kroner i 2016 er kostnadene ved bruk av anbudsvinneren med virkestoffet inflik-

## FAKTA

### BIOLOGISKE LEGEMIDLER

Medikamentene inneholder virkestoff fremstilt av levende organismer som bakterier, sopp, virus eller levende cellekulturer. Legemidlene består gjerne av store og komplekse molekyler som griper direkte inn i inflammasjonsprosesser uten å gi de bivirkningene man ser for eksempel ved langvarig kortisonbehandling.

Biologiske legemidler benyttes blant annet ved alvorlige tilfeller av psoriasis og psoriasis-artritt, inflammatoriske tarmsykdommer og revmatiske sykdommer, men også ved kreft.

Medikamentene er rettet mot spesifikke molekyler som er involvert i inflammasjonsprosessen. Eksempler er tumor nekrose faktor (TNF), interleukin-1 og overflatemolekyler på T- og B-lymfocytter.

Mens kjemiske virkestoffer som har små molekyler og velkjent kjemisk struktur er forholdsvis lette å kopiere (kopipreparater eller generiske legemidler), er produksjonen av et biotilsvarende legemiddel langt mer kompleks.

Det biotilsvarende legemidlet har lik aminosyresammensetning som det originale biologiske legemidlet, men kan ha ulikheter relatert til den totale kjemiske strukturen. Slike variasjoner oppstår for eksempel fordi forskjellige legemiddelprodusenter bruker like, men ikke identiske produksjons- og renseprosesser eller forskjellige celletyper i fremstillingen av virkestoffet.

Kilder:  
Store norske medisinske leksikon.

*«Biotilsvarende legemidler er ekstremt viktig for å holde kostnadene nede i helsevesenet og tilby pasientene best mulig behandling.»*

simab, Inflectra, «kun» på 32 400 kroner. Året før var prisen enda rimeligere, da vant preparatet Remsima med 26 000 kroner. Hva prisen for ett års forbruk av anbuds-vinneren Remsima er i år er ukjent da de regionale helseforetakene har vedtatt at enhetsprisene av juridiske årsaker heretter skal være hemmelige. Vedtaket skjedde tross store protester blant annet fra Oslo universitetssykehus som sitter igjen med landets største regning. Men Madsen, som kjenner prisene, sier at anbudsprosessene har vært gode og at prisene ikke er gått opp.

#### BEKYMRET FOR BÆREKRAFTEN

Et stort gjennombrudd i bytte-diskusjonen kom med den norske NOR-SWITCH-studien som ble publisert i The Lancet i sommer<sup>1</sup>, og som viste at man trygt kunne bytte fra Remicade til biotilsvarende infliximab. Studien var ledet av professor og avdelingsoverlege Tore Kvien ved Diakonhjemmet sykehus. Madsen kaller seg for «studiens åndelige far», og mener den var viktig selv om biotilsvarende versjoner av original-legemiddelet var tatt i bruk i stor skala etter at det norske patentet gikk ut i 2013.

Forfatterne advarte imidlertid mot å foreta tilsvarende bytter uten at effekten var studert i forkant, noe som Madsen er uenig i.

– Å utføre en studie for hvert eneste bytte vil jo ødelegge hele dynamikken på hele dette feltet og da vil introduksjonen av nye biotilsvarende bli sterkt forsinket, og det er ikke heldig.

#### – Var det en studie for å overbevise skeptikerne?

– Det vi trengte var å samle mest mulig erfaring så tidlig som mulig – når har du tilstrekkelig erfaring? Vi mener at den tiden er der nå.

– Det var en nyttig studie som har bidratt til å lette introduksjonen i mange Land. Originalfirmaet mente for øvrig at vi ikke

burde bytte før studien var gjennomført. Hvis det hadde skjedd hadde det kostet oss store summer.

#### «THE WINNER TAKES IT ALL»

Den norske bytte-modellen, «the winner takes it all» har også utfordringer, sier Madsen som nå reiser verden rundt og forteller om vellykkede norske og skandinaviske erfaringene ved innføring av biotilsvarende legemidler. Intervjuet har foregått på telefon fra et fly fra London, i Legemiddelverkets lokaler på Økern, og med et foredrag han holdt i London i mellomtiden som bakgrunn.

– Den største utfordringen framover er å få til konkurranse mellom originallegemiddelet og flere biotilsvarende legemidler så dette blir en bærekraftig bransje, sier Madsen.

For å skape en sunn konkurranse legemidelfirmaene imellom er det nødvendig å ha flere aktører enn to firmaer inne i de samme anbudene, forklarer han. Et scenario kan være at en kopiproducent vinner et anbud, og deretter setter opp prisen etter at pasientene er gått over på medikamentet, samtidig som originalprodusenten opprettholder en høy pris for de pasientene som av ulike årsaker fortsetter å bruke dette medikamentet. Dette kan forhindres ved at en tredje aktør leverer et lavere anbud det påfølgende året. En annen uheldig situasjon er anbud med utgangspunkt i et salg som det ikke er mulig å innfri, noe som kan føre til at legemidelfirmaer forsvinner ved neste års anbud.

– Suksess for en produsent av biotilsvarende legemiddel er et høyt salgsvolum med en akseptabel pris. Katastrofen er å tilby veldig høy rabatt, men ikke få noe salg. Da er du i praksis bankerott, sier Madsen.

– Sykehusene må bli flinkere til å bytte alle pasientene raskt over på det billigste legemiddelet – slik at vinneren av anbudet får et godt salg, enten dert er original-legemidlet eller et biotilsvarende legemiddel.

En stor del av pasientene som bruker biologiske legemidler har kroniske lidelser

med behov for årelang behandling mens anbudene inngås for ett år av gangen. Selv om dette gir behov for hyppigere bytter enn om anbudene hadde vært inngått for lengre tidsperioder forsvarer Madsen praksisen med at man ellers kunne risikert at man ikke fikk inn nye medikamenter i markedet. Legemiddelmyndighetene frykter derfor store konsekvenser dersom pasienten «låses fast» til et legemiddel som vinner et enkeltstående anbud, men der prisene skrur i været senere.

#### IKKE FØRSTE GANG

Statens legemiddelverk gikk på et sviende nederlag da de i sin tid forsøkte å innføre apotekbytte på filgrastim som brukes for å stimulere dannelsen av hvite blodlegemer (nøytrofile granulocytter). Resultatet var at det ble dratt for retten av produsenten Amgen. I 2011 kom Oslo tingrett til at apotekbytte for biotilsvarende ikke burde tillates på samme måte som for generika som for eksempel paracetamol fordi loven ikke innebefattet biotilsvarende legemidler.

Selv om Madsen mener industriens «anti-biotilsvarende-kampanje» er i ferd med å bli overvunnet, er det altså fortsatt betydelig motstand mot å foreta de endringene Madsen mener er nødvendige for å senke legemiddelkostnadene så mye som mulig, slik at ikke kostnadene skal gå i været som følge av at stadig flere blir satt på biologiske legemidler.

#### – Tenker industrien mer på aksjonærene enn på pasientene?

– Det er det man kan lure på, det er det store spørsmålet. For å si det sånn; noen ganger kan man i hvert fall få følelsen av de tenker mer på aksjonærene enn på pasientene.

Sier Steinar Madsen som har lovet at han ikke kommer til å slutte på Legemiddelverket før biotilsvarende adalimumab er inkludert i norske anbud. ■

<sup>1</sup> S Jørgensen, Kristin K Berset, Ingrid P et al. switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. The Lancet, Volume 389, Issue 10086, 2304 – 2316. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30068-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30068-5).



# Argumenterer med forbedringer

**I USA vil til sammenlikning ikke legemiddelfirmaet Amgen lansere deres godkjente kopi-versjon av AbbVies Humira (adalimumab) før i 2023 som følge av en omfattende rettsstvist om patenter. Denne har forsinket lanseringen av den biotilsvarende varianten, ifølge Genetic Engineering and Biotechnology News.**

I følge Steinar Madsen ligger USA 10 år bak Europa når det gjelder biotilsvarende legemidler, blant annet fordi firmaene stadig drar hverandre for retten, ofte om patentrettigheter, som det kan være en rekke av for hvert enkelt legemiddel.

Madsen viser til Ronny Gal i Alliance-Bernstein som skal være en av USA beste analytikere på biotilsvarende legemidler. Gal opplyser at verken leger

eller sykehusene er motstandere av biotilsvarende legemidler: – Men de som utvikler dem er motstandere selvfølgelig, skriver han i en epost.

Gal viser til at motstanden går langs tre linjer:

En er å forbedre produktet, forklarer han. For eksempel synes Gazyvo (brukes mot lymfomer), som er neste generasjon av Rituximab, å virke bedre ved visse indikasjoner.

En annen er å gjøre bruken bedre og mer lettvinnt, for eksempel ved at mindre volumer er nødvendige ved injeksjoner. Her er suksessraten nokså tvilsom.

En tredje er å kombinere advarsler, manipulering av finansielle incentiver og juridiske manøvre. Dette virker i land hvor den overordnede organiseringen av helsevesenet er svak. I Israel for eksempel, har dette vært veldig effektivt.

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

*«Det er rett og slett ikke riktig at vi er negative til biotilsvarende legemidler. Jeg kommer heller ikke til å fire på at det er pasientsikkerheten vi er bekymret for. Og det bør myndighetene og Steinar Madsen kunne leve svært godt med.»*

KARITA BEKKEMELLEM

# – Pasientene fortjener flere byttestudier

**Pasientsikkerhet er den eneste grunnen til at vi vil ha flere byttestudier på biologiske legemidler, bedyrer administrerende direktør Karita Bekkemellem i LMI. – Vi har mange produsenter av biotilsvarende blant medlemmene våre, så at vi bare er ute etter å beskytte originalprodusentenes interesser, er en påstand som faller på sin egen urimelighet, sier hun.**

PER HELGE SEGLSTEN

Administrerende direktør i Legemiddelindustrien (LMI), Karita Bekkemellem er ikke enig i at man nå kan slå fast at automatisk bytte av biologiske legemidler, bare basert på pris, er trygt for alle pasienter, slik Legemiddelverket mener.

– De byttestudiene vi har hatt, beskriver enkle bytter fra et originalpreparat til en bestemt biotilsvarende versjon, og de fleste studiene har blitt administrert på sykehus under både tett overvåking og oppfølging. Vi mener at det må flere studier til, og at vi må være varsomme med å være for bastant epå bakgrunn av én enkelt studie. Dette er en posisjon vi har hatt i mange år, at det er viktig å få mer kunnskap om hvordan det innvirker på behandlingen når man bytter av ikke-medisinske årsaker. Og akkurat den tilnærmingen opplever vi jo at fagmiljøene har hatt samme oppfatning av. Også Tore Kvien, som ledet Nor-Switch-studien, mener man bør bruke føre var-prinsippet overfor pasientene.

– Du sier at dette er en posisjon som dere har hatt i flere år. I løpet av disse årene har det jo vært både studier og vanlig bruk av forskjellige biotilsvarende legemidler, og bytter mellom kopipreparater, fra original til kopi og kopi til original, uten at

det er noe som tyder på at det er særlige forskjeller på om man bruker original eller kopi, eller bytter den ene eller andre veien?

– Nei, det er nettopp alle disse svarene vi mener man ikke har. Altså, vi er helt klare på at nye pasienter kan starte på biotilsvarende legemidler, men vi vet for lite om konsekvensene av å sette pasienter som er velfungerende og har fått god behandling med originalpreparater gjennom mange år, på biotilsvarende. Disse pasientene fortjener rett og slett å få flere byttestudier.

– Utløpsdatoene for patenter på biologiske medisiner står i kø framover, og det kommer flere nye biotilsvarende preparater allerede til neste år. Mener LMI at det også må gjøres egne studier for disse medikamentene før de tas i bruk i Norge?

– Vi trenger ikke nye studier på biotilsvarende som tas i bruk av nye pasienter. Det er bytter vi vil ha mer kunnskap om. Og hvis man får reaksjoner fra pasientene ved bytte til biotilsvarende, så må helsesystemet vårt fange opp det på en forsvarlig måte, og ikke bare fokusere på økonomiske argumenter.

– Men skal bekymring fra pasienter om å skifte mellom godkjente medisiner, være nok til at man går i gang med studier som jo vil være relativt store og kostbare?

– Den enkelte lege og pasient må jo

avklare om det skjer endringer ved bytte av legemidler og følge opp det med rapportering. Men legene må kunne melde ifra når pasientene gir uttrykk for bivirkninger, uten å føle et press fra myndighetene fordi de kanskje bidrar til at det blir satt i verk kostnadskrevende studier. Det vil også blir en kostnad for samfunnet hvis man lar være å sette i gang studier, og det viser seg at det er bivirkninger ved bytte av biologiske medisiner.

– Apropos kostnader: Steinar Madsen i Legemiddelverket mener at det er penger og ikke pasientsikkerhet som er den egentlige årsaken til LMIs motstand mot at biotilsvarende midler skal brukes.

– Nei, det faller på sin egen urimelighet! Vi har jo flere medlemmer som produserer eller kommer til å tilby biotilsvarende legemidler. Dette er veldig tynne argumenter som er med på å skape et feilaktig bilde av legemiddelindustrien, og som Steinar Madsen burde holde seg for god til å framføre i offentligheten. Myndighetene og Statens legemiddelverk har et ansvar for å påse at pasientene blir ivaretatt, og ikke bare fremme de økonomiske argumentene som vi har sett Steinar Madsen gjøre i denne saken.

– Men er ikke originalprodusentene store aktører, med mer «kjøttvekt» i LMI enn

produzentene av kopipreparater - et av de biotilsvarende produktene som kommer i 2018 vil jo for eksempel konkurrere mot Humira, det medisinske produktet med størst omsetning i USA i fjor?

– Dette er gamle myter om vår bransje som dessverre lever godt fremdeles, men som vi absolutt ikke kjenner oss igjen i. Vi jobber demokratisk, og representerer som sagt et bredt spekter av produsenter. I forbindelse med HODs vurderinger rundt å endre apotekloven, har LMI sendt departementet et notat der vi slår fast at vi ønsker velkommen godkjente biotilsvarende legemidler som er effektive, og sikrer en god kvalitet på behandlingen. Og vi sier at vi mener de er viktige for å øke konkurransen og føre til besparelser slik at flere pasienter og nye pasientgrupper kan få tilgang til ny og effektiv behandling. Dermed har vi også overfor departementet imøtegått de påstandene som blir fremmet av blant annet Steinar Madsen. Jeg føler at dette er et spill, og at argumentene brukes for å dekke over at myndighetene lar økonomiske

hensyn veie tyngre enn pasientenes sikkerhet.

– Så du avviser at LMI har blitt utsatt for press fra originalprodusenter om aktivt å jobbe for å utsette innføringen av biotilsvarende legemidler?

– Det vi har gitt uttrykk for i vårt notat til HOD er behandlet i mange ledd i LMI og støttes av medlemsbedriftene våre. Og vi representerer altså både firmaer som produserer originale medikamenter, biotilsvarende og generika. Det notatet er en så sterk manifestasjon av vårt standpunkt som det er mulig å gi. Vi kunne ikke sendt et slikt notat hvis det var en gruppe blant våre medlemmer som var helt uenige i innholdet.

– Det er rett og slett ikke riktig at vi er negative til biotilsvarende legemidler. Jeg kommer heller ikke til å fire på at det er pasientsikkerheten vi er bekymret for. Og det bør myndighetene og Steinar Madsen kunne leve svært godt med, når vi ser hvilket fokus de har på riktig legemiddelbruk, og hvor strenge de er på den informasjonen som går ut fra legemiddelprodusentene. ■



FOTO: LMI

*«Dette er veldig tynne argumenter som er med på å skape et feilaktig bilde av legemiddelindustrien, og som Steinar Madsen burde holde seg for god til å framføre i offentligheten.»*

## - Burde gjennomført en ny Nor-Switch-studie på Humira

**I praksis er det umulig å gjennomføre byttestudier med alle biotilsvarende medikamenter, men Humira burde ideelt ikke byttes ut før det er gjennomført en dobbeltblind byttestudie, sier Tore Kvien, som ledet byttestudien Nor-Switch på biotilsvarende infliximab.**

PER HELGE SEGLSTEN

I oktober neste år går patentet på Humira ut. Bytte til biotilsvarende adalimumab vil kunne bety potensielle besparelser i hundremillionersklassen. Avdelingssjef ved Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus og professor ved Universitet i Oslo, Tore Kvien, mener imidlertid at det burde vært gjennomført en Nor-Switch-liknende byttestudie på adalimumab (Humiras virkestoff) før man bytter fra originalpreparat til biotilsvarende hos pasienter som er på stabil behandling med Humira.

– I en ideell verden burde det vært gjennomført byttestudier med alle nye biotilsvarende legemidler – både fra original til biotilsvarende, fra biotilsvarende til original, mellom forskjellige biotilsva-

rende og for multiple bytter. Dette er det ikke mulig å få til i praksis, ettersom vi jo står overfor en eksplosjon av nye biotilsvarende de nærmeste årene, og det ikke er noen som vil kunne finansiere slike studier.

– Men Humira står i en særstilling fordi det er så immunogent, og vi har også undersøkt muligheten for å få gjennomført en byttestudie tilsvarende Nor-Switch-studien. Vi ser imidlertid ikke ut til å få noen sponsor til en slik dobbelt blindet undersøkelse, og derfor vil det være veldig viktig at man overvåker situasjonen nøye med registerdata for å kartlegge effekten av og sikkerhet ved bytte.

– Har man grunn til å være redd for alvorlige konsekvenser for pasientene ved bytte?  
– Nei, jeg har tillit til at europeiske legemid-

delmyndigheter har gjort gode regulatoriske vurderinger av biotilsvarende legemidler som er godkjent. Men jeg skjønner likevel ikke at Statens legemiddelverk kan gå aktivt ut og si at flere kliniske studier på dette feltet er unødvendig, sier Kvien.

– Men om man skulle hatt så omfattende byttestudier som det du skisserer ideelt, ville ikke det bli svært kostbart og kraftig forsinke innføringen av biotilsvarende legemidler i Norge?

– Slike studier må gjennomføres raskt, og det er mulig. Det tok et år fra bevilgningen i statsbudsjettet til den første pasienten var randomisert i Nor-Switch-studien. Når det gjelder kostnadene, vil de være svært små i forhold til de potensielle besparelsene ved å kunne bytte trygt fra originalpreparat til biotilsvarende.



# – Legemiddelindustrien er i ferd med å akseptere biotilsvarende medisiner

– De siste fem årene har vi sett en stor endring i legemiddelindustriens holdning til biotilsvarende medisiner i Danmark, sier administrerende direktør Flemming Sonne i Amgros. Mitt inntrykk er at industrien er i ferd med å akseptere dem, sier han.

PER HELGE SEGLSTEN

Amgros i Danmark tilsvaret det norske Legemiddelinnkjøps-samarbeidet LIS, som nå er lagt inn under Sykehusinnkjøp. I følge telleverket de har gående nonstop på sine egne nettsider, kommer de til å spare Danmarks helseforetak for mer enn tre milliarder danske kroner i år. Et tresifret antall millioner – kanskje så mye som en halv milliard danske kroner – av denne besparelsen vil skyldes rabattene på biotilsvarende medikamenter for TNF-hemmerne infliximab (Remicade) og etanercept (Enbrel) som ventelig vil bli innført i Norge i 2018.

– Vi har fått langt større rabatter enn vi turte å håpe på da vi sendte ut anbud på de første biosimilære medikamentene. Vi hadde estimert med rabatter på rundt 50 prosent, men de ligger jo faktisk på rundt 70 prosent, sier Sonne. – I prosent er dette selvsagt lavere enn rabattene på generiske kjemiske medikamenter, men så er jo også produksjonskostnadene langt høyere for biologiske produkter. Om det er mulig å opprettholde så høye rabatter, vil fremtiden vise, sier han.

Med så store beløp i potten, er det viktig å få byttet til den billigste medisinen så fort som mulig, forteller Sonne.

– I Amgros legger vi anbudene opp med deadline nesten på datoen når patentene på originalpreparatene går ut, slik at vi kan få de nye medikamentene hurtig implementert.

Og utløpsdatoene for patenter på biolo-



FOTO: AMGROS

*«Nå er jo flere av originalprodusentene også selv i ferd med å produsere biotilsvarende alternativer til konkurrentenes originalprodukter.»*

FLEMMING SONNE

giske medisiner står i kø fremover. I Danmark – som i Norge – venter man flere nye biotilsvarende medisiner på markedet allerede i 2018. Biotilsvarende medikamenter med trazuzumab (Herceptin) og rituksimab (MabThera) vil for eksempel kunne føre til langt billigere behandling av flere typer kreft.

Sonne regner imidlertid ikke med at det kommer til å bli noen stor debatt om innføringen av disse medikamentene. Han tror diskusjonen om hvorvidt biotilsvarende medisiner er trygge eller ikke, er i ferd med å bli et tilbakelagt kapittel i Danmark.

– Legemiddelindustrien har helt klart gjort en målrettet innsats for å opprettholde omsetningen på originalpreparatene så lenge som mulig. Men nå er jo flere av originalprodusentene også selv i ferd med å produsere biotilsvarende alternativer til konkurrentenes originalprodukter. Så markedet endrer seg, og jeg har inntrykk av at det i dag er en langt større aksept i legemiddelindustrien til biotilsvarende legemidler enn tidligere. Jeg synes det er «sjovt» å se hvordan holdningene er endret de siste fem årene fra den skepsisen vi opprinnelig så til biotilsvarende medikamenter.

Selv om Danmark er det landet som har kommet lengst i å ta i bruk biotilsvarende legemidler, med Norge på andreplass, har skepsisen til slike medikamenter tidligere vært betydelig. De siste årene har man imidlertid lagt ned en målrettet innsats for å spisse informasjonsarbeidet ved innføringen av biotilsvarende medikamenter, forteller Flemming Sonne.

– I Danmark har RADS (Rådet for anvendelse af dyr sykehusmedisin) løpende vurdert biotilsvarende legemidler, i tillegg til at Lægemiddelstyrelsen har uttrykt et positivt syn på slike medikamenter. Men i 2015 ble det nedsatt en såkalt «taskforce» bestående av representanter fra RADS (som fra 2017 er



På sine egne nettsider har Amgro's i Danmark et telleverk gående nonstop der de viser at de kommer til å spare Danmarks helseforetak for mer enn tre milliarder danske kroner i år.

*«Men jeg tror vi er kommet dit at vi ikke behøver å kaste millionene ut vinduet når vi nå har mulighet til å spare dem på å bruke biotilsvarende alternativer i stedet.»*

erstattet av Medicinrådet) Amgro's, legespesialister, kliniske farmakologer og representanter fra Lægemiddelstyrelsen. Denne gruppen arbeidet målrettet med å få ut god informasjon til de aktuelle pasientgruppene.

– Man gikk i dialog med pasientforeningene, og hadde klinikere på de aktuelle behandlingsområdene med i dialogen, for å få deres synspunkter på om det var noe i veien for å bruke det biotilsvarende alternativet. Og i de fleste tilfeller var jo konklusjonen at det var det ikke.

– Nå er det i samarbeid med Medicinrådet nedsatt en ny «taskforce» for å sørge for god informasjon i forbindelse med

innføringen av MabThera, og jeg tror at å sette ned slike arbeidsgrupper kommer til å være en viktig del av informasjonsstrategien for alle nye biotilsvarende medikamenter fremover, sier Sonne og tilføjer, at Norge selv må vurdere, om man kan bruke erfaringene fra Danmark

– Det er viktig at pasientene føler seg trygge på at de biotilsvarende medikamentene er sikre. Jeg kjenner ikke til at det er flere bivirkninger med biotilsvarende legemidler enn originalpreparater, men i Danmark er det jo Lægemiddelstyrelsen som overvåker dette, sier Sonne.

Han mener at om legemiddelindustrien skal slåss mot biotilsvarende, bør de kunne gjøre det ved å sette ned prisene på originalproduktene, ikke ved å så tvil om de biotilsvarende konkurrentene

– Generelt er det sunt å være skeptisk, slik legemiddelindustrien og enkelte leger har vært skeptiske til biotilsvarende legemidler. Men jeg tror vi er kommet dit at vi ikke behøver å kaste millionene ut vinduet når vi nå har mulighet til å spare dem på å bruke biotilsvarende alternativer i stedet, sier Sonne. ■

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



GEIR SVERRER BRAUT

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

# Robust om vold mot helsepersonell

På baksideteksten kjem det fram at forfattere ønsker større erkjening, betre mestring og at vi maktar å vere meir opne om dei belastningane som folk som arbeider i hjelparyrke blir utsette for. Forfattere er psykologspesialist og psykoterapeut. Teksten byggjer både på psykologisk fagkunnskap og hans egne erfaringar som hjelper i møte med både trugande og håplause pasientar gjennom fleire tiår. Boka er rekna både på dei som har erfaringar frå hjelparyrke, og dei som er på veg inn i slike.

**Boka er letlesen.** Ein kvar med interesse for problemstillinga bør kunne lese ho utan å støyte på vanskeleg fagspråk eller teoretiske modeller som berre er for dei innvigde. Forfattere sin eigen stemme kjem tydeleg fram gjennom heile boka. I første del, som handlar om kva jobben gjer med oss, er han svært tydeleg på sine egne erfaringar. Det er alltid eit risikoprojekt å bruke seg sjølv i tekstar som dette. Men her tykkjer eg at forfattere klarer seg svært så bra. Han trekkjer fram egne opplevingar, men utbroderer eller dveler ikkje ved dei så lenge at det blir påtrengjande eller intimt. Snarare blir dei personlege historiene vignettar som ein kvar lesar kan bruke for å ramme inne egne observasjonar og kjensler.

**Første del handlar om** å forstå seg sjølv i lys av dei opplevingane ein får gjennom jobben og ut frå det fellesskapet ein arbeider i. Andre del handlar om kva ein så gjer med det ein opplever. Gjennom heile boka stiller forfattere poengterte og aktiverande spørsmål til lesaren. Desse spørsmåla supplerer dei refleksjonane som han kjem med og dei konkrete råda som han gir. Dette gjer at boka er eigna til sjølvstudium. Spørsmåla kan også fungere godt i ein kollegial lesesirkel.

**Forfattere likar** å bruke språkbiletet. Sentralt i første del står omgrepet «vareoppteljing». Han presenterer her ein biletleg, men ganske konkret, modell for å vurdere kor ein sjølv står i forhold til dei belastningane som arbeidet påfører ein.



**PER ISDAL**

SMITTET AV VOLD.

Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelparyrkene.

Bergen: Fagbokforlaget, 2017.

ISBN: 978-82-450-2202-5.

306 sider, illustrert.

NOK 399,-

Modellen er praktisk lett å bruke. Men når forfattere seier at han ved oppteljinga i «musikkavdelinga» merka som eit fareteikn at han hadde gått frå jazz-interesse til å spela «cøntri», (men heldigvis ikkje nådd til dansebandmusikk), reknar eg med at det handlar meir om den personlege utviklinga enn om sjangerpreferansen i seg sjølv!

**Tilsvarande står** omgrepet «leirbålet» sentralt i andre del. Forfattere viser godt korleis dette språkbiletet lar seg bruke på dei gode og nære nettverka, både i kollegiale og private samanhengar. Han relaterer leirbålet til indianar-tradisjonar. Han kunne funne eit godt ankerfeste for denne tenkinga også i smågruppedagogikken til dømes i speidarrørsla.

**Boka har fleire spennande utspel** prega av

*«Det er alltid eit risikoprojekt å bruke seg sjølv i tekstar som dette. Men her tykkjer eg at forfattere klarer seg svært så bra.»*

fagpolitikk, som til dømes påpeikinga av kompetanse som styrking for å klare av påkjenningane. Han har også ein grunnleggjande opposisjon mot det vanlege munnhullet om «å unngå å ta jobben med seg heim». Forfattere meiner at det er umogeleg, og utfordrar utdanningsordningane til å ta eit oppgjær med slike haldningar.

**Og kva skulle eg så ha ønskt** meg annleis? Kanskje litt meir struktur i teksten. Det er ein tydeleg raud tråd gjennom heile boka, men stundom blir det litt mykje fram og tilbake langs denne tråden, for eksempel der forfattere koplar den psykologiske og den fysiologiske kunnskapen til ein heilskap. Vidare kunne eg ha ønskt meg noko tydelegare tilvisingar til kor forskningsfronten står i dag. Referansane blir stort sett brukte til å grunnleggje egne standpunkt, og i liten grad til å utfordre desse. Ikkje minst saknar eg meir frå norsk stresspsykologisk forskning. Det kunne ha auka den akademiske verdien av boka. Men for alt i verda, dette er robust, psykologisk handverk. Dei fleste som arbeider med menneske i utfordrande og uoversiktleg situasjonar vil kjenne seg igjen i teksten. Dette gjeld ikkje berre helsepersonell, men også sosialarbeidarar, lærarar, politifolk og fengselstilsette vil ha noko å hente her. Refleksjonane og modellane som forfattere presenterer stimulerer lesaren til å ta sine egne opplevingar eit steg vidare. ■

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.

# Forbudet mot atomvåpen –

**FN vedtok i sommer et endelig forbud mot atomvåpen. Som en anerkjennelse av sivilsamfunnets rolle i å drive fram traktaten, ble Nobels fredspris for 2017 tildelt *International Campaign to Abolish Nuclear Weapons – ICAN*, et ektefødt barn av den internasjonale legeforeningen mot atomkrig (IPPNW).**

**I**CAN ble dannet i 2007 av den australske avdelingen av IPPNW som en internasjonal kampanje for å forby og avskaffe atomvåpen på humanitært grunnlag. Gjennom det humanitære initiativet har ICAN bidratt vesentlig til å endre aksepten av atomvåpen som et element i sikkerhetspolitikken, til erkjennelsen av at atomvåpen i seg selv er en trussel mot livet og livsgrunnlaget på jorden. Erkjennelsen innebærer at de atomvåpenfrie statene og sivilsamfunnet har gått sammen i arbeidet for et forbud mot atomvåpen, på tross av motstand fra atomvåpenstatene og deres allierte.

## SIVILSAMFUNNET

ICAN har på få år utviklet seg til å bli den samlende kraften for sivilsamfunnet i å fremme de humanitære argumentene for et atomvåpenforbud med nær 500 partnerorganisasjoner i 100 land. Sammen med en kjernegruppe av atomvåpenfrie stater og et bredt spekter av innflytelsesrike ikke-statlige aktører, inkludert Røde Kors, Amnesty, World Medical Association (WMA), International Council of Nurses, Norsk Folkehjelp og Kvinneligaen for fred og frihet m.fl., har ICAN drevet systematisk påvirkningsarbeid gjennom tradisjonelle og sosiale medier. Politiske partier og organisasjoner i sivilsamfunnet er mobilisert, inkludert ungdomsorganisasjoner. Og ICAN har deltatt aktivt i ulike internasjonale nedrustningsfora, arbeidsgrupper og forhandlinger.

ICAN representerer en unik kombinasjon av ekspertise og aktivisme. Ekspertisen omfatter et bredt register av samfunnsaktører med kompetanse også på atomvåpenens virkninger på mennesker, dyr, klima og økosystemer. Aktivismen omfatter grasrota med sivilsamfunnsorganisasjonene, selve grunnsteinene i demokratiet. Et interes-



SAIMA AKHTAR

Lege ved Haukland universitetssykehus og leder for Norske leger mot atomvåpen

*«Helsevesenet har ingenting å stille opp mot de katastrofale konsekvensene av bruk av atomvåpen.»*

sant fenomen er at alle som har engasjert seg i kampen mot atomvåpen føler delaktighet i årets fredspris. Som det står på en av Fredsrådets merker: *«Jeg vant Fredsprisen»*.

## FREDSPRISENS BETYDNING

Atomvåpenforbudet vil tre i kraft som en del av folkeretten når det er ratifisert av 50 stater. Det er hittil signert av 53 stater og ratifisert av tre, med Vatikanet som den første.

ICAN arbeider nå med å skaffe flere ratifikasjoner. Fredsprisen vil bidra enormt til dette, både med økt oppmerksomhet, prestisje og tyngde til forbudet og implementeringen av det, og med beløpet på 10 millioner kroner som følger med. Fredsprisen kan kanskje også ha medvirket til at Stortinget direkte har bevilget 2 millioner til ICAN internasjonalt for 2018. Selve feiringen av fredsprisen vil også styrke saken gjennom økt fokus og informasjonsutveksling, samtidig som ICAN vil styrkes internt når mange av dens aktivister møtes.

## HUMANITÆRE KONSEKVENSER

Atomvåpenenes medisinske og økologiske konsekvenser er blitt belyst gjennom tre interstatlige konferanser i 2013 og 2014, hvorav den første ble arrangert i Oslo av den norske regjeringen. ICAN var hovedsamarbeidspartner fra sivilsamfunnet ved alle tre. Konferansene kom til samme konklusjon som Verdens helseorganisasjon i 1980-årene: Helsevesenet har ingenting å stille opp mot de katastrofale konsekvensene ved bruk av atomvåpen, noe som vil innebære et stort antall døde og sårede med forbrenninger, knusninger, stråleskade og psykiske reaksjoner. Selv etter sprengning av én enkelt atombombe over en by, er arten og dimensjonene av skader så overveldende at enhver hjelp vil være fånyttet. Dessuten vil også helsevesenet bli rammet. Forebygging gjennom eliminering av atomvåpenene er eneste løsning.

Nyere forskning med klimamodeller har dessuten vist at selv en «begrenset» atomkrig med bruk av mindre enn en prosent av dagens arsener, kan medføre et langvarig globalt temperaturfall. På grunn av støv og sot fra brannene som suges opp i stratosfæren og skygger for solen, med reduserte avlinger og hungersnød og død for inntil to milliarder mennesker som resultat. En omfattende

# en Nobelpris verdt



«Selv en ”begrenset” atomkrig med bruk av mindre enn en prosent av dagens arsenaler, kan medføre langvarig globalt temperaturfall pga støv og sot fra brannene som suges opp i stratosfæren og skygger for solen, med reduserte avlinger og hungersnød og død for inntil to milliarder mennesker som resultat.»

atomkrig vil kunne gi en mangeårig atomvinter som sammen med den radioaktive forurensningen vil kunne utsette høyere liv på jorden.

## RISIKOEN FOR BRUK

Det er fortsatt 15 000 atomstridshoder i verden med en samlet sprengkraft mange ganger større enn det som trengs for å utsette livet på jorden. Atomvåpen er først og fremst ment å brukes som avskrekking, men en troverdig avskrekking krever våpen i høy beredskap ferdig til utskytning i løpet av få minutters varsel. Med ca 1600 atomvåpen i høy beredskap er faren for utilsiktet bruk overhengende. Vi kjenner en rekke tilfeller der verden har vært på randen av en kjernefysisk krig ved et uhell, men hvor flaks eller dyktighet har reddet oss.

## LEGENES STEMME

Ut fra disse fakta erklærte Verdens legeforening i 2015 at legeprofesjonen i kraft av sitt ansvar for liv og helse har plikt til å arbeide for at atomvåpen forbyes og elimineres. Mer enn 1000 norske leger og medisinstudenter signerte i 2016 en Medisinsk appell til regjeringen om at atomvåpnene må forbyes som basis for full atomnedrustning. Den norske legeforening har støttet disse initiativene. Legenes krav samsvarer med uttalelser fra den internasjonale Røde Kors-bevegelsen og moralske ledere som pave Franz, Dalai Lama og mange andre Nobelprisvinnere.

## NORGES ROLLE

Under den rødgrønne regjeringen tok Norge viktige initiativ for å snu nedrustningsdiskusjonen fra sikkerhetspolitiske

til humanitære aspekter. Norge bidro også med finansiell støtte til ICAN og andre sivilsamfunnsaktører. Men Norge har nå valgt å boikotte FN-forhandlingene om et atomvåpenforbud og har gitt klart uttrykk for ikke å ville signere avtalen. Begrunnelsen er blant annet hensynet til våre forpliktelser overfor NATO som opprettholder atomavskrekking i sitt strategiske konsept. Selv om forbudet bare vil være juridisk bindende for statene som har ratifisert traktaten vil NATOs atomvåpen like fullt være folkerettsstridige. Hva gjør Norge da som rettsstat?

Norge må nå stille seg på rett side av historien og slutte seg til forbudet mot atomvåpen. Den norske Nobelkomité har gjennom tildelingen av årets fredspris vist vei. ■

**STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINLEGG!**

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

## Styret

### LEDER

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

### NESTLEDER

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

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

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

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

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

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

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

Nina Skylv, Namf  
skylv@online.no

Pia Norheim, Nmf  
Student ved UiO  
pia\_nor@hotmail.com

### SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40  
Oslo legeförening  
unni.brøter@legeforeningen.no

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  
lindaelisegronvold@hotmail.com

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

Oslo legeförening er en lokalförening  
i Den norske legeförening.

## MØTEKALENDEREN

### Januar

18. Styremøte i Legenes hus

### Februar

15. Styremøte på Bristol og felles møte  
med styret i Akershus legeförening

### Mars

15. Styremøte i Legenes hus

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

## LEDEREN

# Diagnosen er klar - nå må vi starte behandlingen

I høst har vi gjennom kampanjen #metoo fått anledning til å ta opp problemstillingen med seksuell trakassering på en helt annen måte enn tidligere.

Her i Norge har utallige kvinner stått frem i media og fortalt om en ukultur i arbeidslivet. I Sverige har 10 400 leger skrevet under oppropet #utantystnadsplikt.

*«Hvis de ikke er det, må vi se til at retningslinjene kommer på plass – og følges opp.»*

Kampanjen har forhåpentligvis gitt en økt bevissthet om hva som er greit og hva som ikke er greit å si og gjøre på arbeid. Nå er det viktig at vi følger opp og sier fra når vi observerer uønskede kommentarer eller adferd, enten det er mot lege-kolleger eller andre kolleger.

Arbeidsgiver har etter likestillingsloven en plikt til å hindre og forebygge seksuell trakassering på arbeidsplassen. For å oppfylle plikten, anbefaler likestillingsombudet arbeidsgivere å ha klare og kjente rutiner for hvordan arbeidstakere kan varsle om trakassering, herunder seksuell trakassering, og videre retningslinjer for hvordan slike varslinger blir håndtert.

Arbeidstakere må etterspørre, og vi som er tillitsvalgte må undersøke, om rutinene og oppfølgingen er klare og kjente på vår arbeidsplass. Hvis de ikke er det, må vi se til at retningslinjene kommer på plass – og følges opp.

Et par gledelige saker i høst har vært seieren i Arbeidsretten og reetablering av trepartssamarbeidet om fastlegeordningen. I konflikten med Spekter var spørsmålet om Rikslønnsnemnda kan tvinge sykehuslegene til å jobbe med svært vide unntak fra arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid. Arbeidsretten

slår fast at Rikslønnsnemnda ikke kan videreføre avtaler som inneholder store unntak fra arbeidsmiljøloven, uten at fagforeningen samtykker. Det handler om hva slags arbeidsforhold vi ønsker at det skal være i samfunnet vårt. For hele arbeidslivet i Norge, mener jeg trepartssamarbeid er en styrke som alle tre partene bør være interessert i å hegne om.

Fastlegeordningen er en god ordning for innbyggerne i Norge. Med økte oppgaver uten medfølgende ressurser blir det utfordringer med både arbeidstid og rekruttering. Jeg håper trepartssamarbeidet, som nå er reetablert, mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeföreningen vil føre til gode løsninger.

Samarbeid er helt nødvendig om vi skal klare å løse da daglige utfordringene i helsevesenet.

Bekymringen over nedleggelsen av Ullevål som sykehus og bl.a. medfølgende oppdeling av akutt-, beredskaps- og traumefunksjonen er nevnt tidligere. Saken er så viktig for pasientene, at vi ikke gir oss. Vi følger blant annet opp med et debattmøte i Litteraturhuset 16. januar 2018. Velkommen!

Desember er en måned for ettertanke og oppsummering over blant annet av alt det gode arbeidet som gjøres av medlemmene.

Jeg vil benytte anledningen til spesielt å takke alle engasjerte tillitsvalgte rundt om i Oslo for arbeidet dere gjør!



KRISTIN H HOVLAND,  
leder Oslo legeförening

*Styret i Oslo legeförening ønsker alle medlemmer en riktig God jul og et Godt nytt år!*





i samarbeid med

## Oslo legeforening

inviterer til åpent møte om

# Sykehusplaner i Osloregionen Vil de dekke befolkningens behov?

**Tid: Tirsdag 16. januar 2018 kl. 1800-2100 / Sted: Wergelandsalen, Litteraturhuset, Oslo / Fri inngang**

**18.00-18.05:** Velkommen ved leder av Oslo legeforening, Kristin Hovland.  
Ordstyrer er leder av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum, Erlend Hem.

**18.05-18.30:** Ullevål gjennom 130 år – hva er Ullevål sykehus i dag, og hva skal erstatte det?  
Professor emeritus Rolf Kåresen.

**18.35-19.00:** Sykehusplanlegging – hvorfor får vi det ikke til? Konserntillitsvalgt Christian Grimsgaard.

**19.00-19.25:** Hvordan skal Oslo universitetssykehus utvikles for best mulig å dekke befolkningens behov?  
Administrerende direktør Bjørn Erikstein.

**19.25-19.45:** Pause

**19.45-20.10:** "Foretaksadelen" – hvordan fungerer den anonyme byråkratmakten? Professor emeritus Rune Slagstad.

**20.10-20.35:** En politikers tanker om sykehusutbygging i Osloregionen. Stortingsrepresentant Jan Böhler.

**20.35-20.55:** Paneldiskusjon med innlegg fra salen.

**20.55-21.00:** Oppsummering og avslutning.

For informasjon om Stiftelsen og dens aktiviteter se:  
[www.helsehistorie.no](http://www.helsehistorie.no)

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 papirutgaven.  
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.

# Norges morsomste lege

**Komiprisen han fikk for showet «Dr. Bergland bryter taushetsplikten», fjernet all tvil om at Jonas Kinge Bergland er en av landets fremste komikere. Men når han sier at det snart er på tide å melde seg for Leger uten grenser, så er det alvor.**

TEKST: PER HELGE SEGLSTEN

Joda, det er mye helsepersonell i salen når Jonas Kinge Bergland entrer scenen på Latter. Før han går løs på manus, opplyser han om at den i publikum som har forlagt skalpellen sin i foajeen, kan hente den i garderoben etter showet. Og dét er ikke tull.

Også gjennom showet får helsearbeiderne det de vil ha. Forfriskede sykepleiere heier glade og krigerske når Bergland legger ut om sine forsøk på å framstå som arrogant turnuslege på Gjøvik sykehus.

– Jeg driver ikke og frir bevisst til sykepleiere. Men selvironi er jo en grunnregel for suksess, og hvis jeg i tillegg drar ned en statusposisjon – altså legene – og hyller de snille – altså sykepleierne, så forsterker det effekten, sier Bergland som i showet gir sykepleiere med større innenatkunnskap enn ham selv om medikamentdoseringer, æren for at han ikke endte opp som Dr. Død.

Selv om det også må en god del pasienter til for å fylle hovedscenen på Latter kveld etter kveld, legger ikke Bergland skjul på at det er greit å ha fått en posisjon som legekommiker. Det er en stor nisje, som han hittil har fått ha helt for seg selv – kanskje med et lite unntak for Trond-Viggo Torgersen.

– Det er en genial markedsstrategi som jeg ikke var klar over da jeg begynte som standupartist, forteller Bergland. – Jeg husker jeg snakket med faren min før et sommershow i 2011. Han lurte på om ikke disse legegremene begynte å bli litt utvanna nå, og jeg måtte innrømme at, jo, kanskje han hadde rett i det. Men etter showet kom Thomas Giertsen backstage, og sa det var det morsomste han hadde sett meg gjøre. Og da jeg ymtet fram på om at jeg lurte på å droppe legevitset, sa han at det var det dummeste han hadde hørt – «det blir som å bytte navn

## JONAS BERGLAND

- ▶ Standupkomiker og fastlege (i Wikipedia står han også oppført som langrennsløper, men skikarrieren er for lengst lagt på hylla)
- ▶ Oppdaget sitt komiske talent da han parodierte medelevenes temapresentasjoner på Numedal folkehøyskole, og debuterte som standupkomiker under medisinstudiene.
- ▶ Har vært gjenganger på Norges fremste standup-scene, Latter, siden 2011, og fikk komiprisen 2012 for Årets gjennombrudd. Hadde i 2014 sitt første soloshow, «Dr. Bergland og den alternative medisin», som gikk i to år.
- ▶ Har også gjort standup på engelsk i Estland, Finland, Island, England og USA.
- ▶ Fikk tidligere i år Komiprisen 2017 som årets beste standupkomiker for showet «Dr. Bergland bryter taushetsplikten», som hadde premiere i februar.

på Coca Cola». Så da valgte jeg å høre mer på Giertsen enn pappa.

## GÅR IKKE TOM

Likevel, da Bergland skulle gå i gang med å skrive «Dr. Bergland bryter taushetsplikten», var han redd for at det ville bli vanskelig å komme opp med nytt materiale inspirert av tilværelsen som fastlege i halv stilling ved Stensparken medisinske senter.

– Jeg trodde egentlig jeg hadde gått tom etter det forrige showet mitt, «Dr. Bergland og den alternative medisin», men så dukket det opp historier og poenger likevel, og showet stablet seg jo egentlig ganske bra til slutt. Jeg har kommet til at så lenge jeg job-

ber som lege, og er i et miljø med leger og helsepersonell, så kommer jeg ikke til å gå tom for stoff. Blant standupkomikere er det jo langt vanligere å vitse om forholdet mellom mann og kvinne, men likevel kommer det nye og morsomme vitser om et såpass utbrukt tema også, konstaterer Bergland.

Om noen sitter på historier de tror kunne gjort seg som standupmateriale, sier ikke Jonas Bergland nei takk til det.

– Det er ikke sånn at jeg blir nedrent av kolleger som tilbyr meg materiale, det er heller jeg som spør om lov til å bruke historier jeg hører. Men hvis folk har ting så bare kjør på. Jeg tar imot, jeg. Men folk må leve med at de ikke blir kreditert, hverken fra scenen eller i programmet.

For tiden er Jonas Kinge Bergland bare sporadisk innom hovedscenen på Latter – egentlig er han for lengst i gang med en landsomfattende turné som skal vare til ålesunderne har ledd fra seg en gang i november 2018. Men det er turné, ikke turnus – du må ikke bo i nærheten av et sykehus for å få en visitt av dr. Bergland, og både småsteder og rene avkroker er merket av på kartet framover.

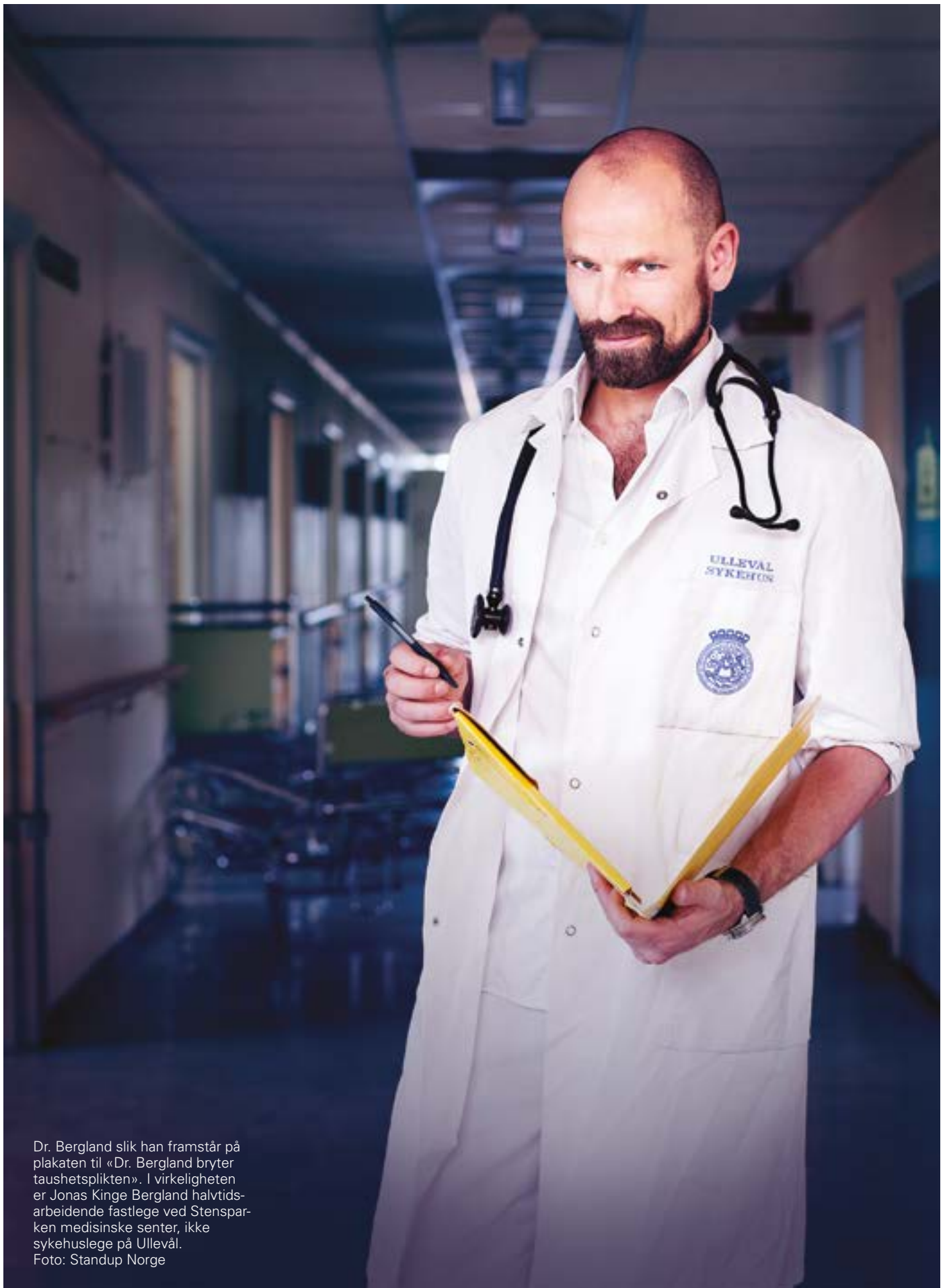
En skulle tro det var vanskelig å kombinere legepraksis med scenekunst og turnévirkosomhet, men det går ganske greit, forteller Bergland.

– Når jeg opptrer på Latter er det lett. Da behøver jeg bare å skifte før jeg stikker ned etter jobb. Når jeg skal ut på turné, legger jeg opp et løp sammen med ham jeg deler fastlegestillingen med. Vi er ganske fleksible begge to, og så lenge ikke pasientene klager, fungerer det for oss også.

## EKTE ENGASJEMENT

Så lenge du ikke er kols-pasient, er det vel mulig å argumentere medisinsk for at en god latter forlenger livet. Men Bergland tror





Dr. Bergland slik han framstår på plakaten til «Dr. Bergland bryter taushetsplikten». I virkeligheten er Jonas Kinge Bergland halvtidsarbeidende fastlege ved Stensparken medisinske senter, ikke sykehuslege på Ullevål.  
Foto: Standup Norge

*«Jeg er smertelig klar over at de fleste komikere har en utløpsdato.»*



Med legejobb, idrettsbakgrunn og sunt kosthold er Jonas Kinge Bergland en utypisk standupkomiker. Når han er ferdig med å bryte taushetsplikten på landets små og store scener, vurderer han å bli med i Leger uten grenser. Foto: Standup Norge

nok likevel han gjør mer for folkehelsen som fastlege enn som standupkomiker.

– Jeg tenker at showet kanskje har en bitte liten helseeffekt, men jeg tenker det først og fremst fordi du spør meg om det nå. Jeg har aldri vurdert å skrive ut grønn resept på en forestilling med meg selv, for å si det sånn. Men det hender at jeg gir bort billetter til pasienter som jeg tenker kunne hatt moro av å se showet. Jeg har noen pasienter som er litt på skråplanet, og som ikke kan ta seg råd til en kveld på Latter.

Han kaller det å være ålreit, men det avslører et faglig engasjement som kommer enda tydeligere fram på standupscenen, der det forrige showet lot alternativ medisin gjennomgå relativt nådeløst, og hvor Snåsamannen og nordmenns sykmeldingsforbruk får passene sine påskrevet i årets show.

Det er heller ikke tull når han fra scenen forteller at han har lyst til å bli med i Leger uten grenser. Han har vært på infomøter allerede, og fått beskjed om at han bør lære seg fransk.

– Ja, det mangler jeg fremdeles, men jeg har tatt tropekurset. Jeg har lagt de planene litt på hylla nå, men bare til jeg er ferdig med dette

showet. Jeg har veldig lyst til å reise ut – og det er ikke for å samle materiale til neste show.

#### **FRYKTER UTLØPSDATOEN**

Jonas Bergland har hatt en brattere karrieretur enn mange av sine standupkolleger. Han slo relativt raskt igjennom, og debutshowet hans ble TV-sendt på NRK. Nå skal han på TV igjen. Han spiller seg selv som kompisen til komikerkollega Henrik Thodesen, som er blitt Uber-sjåfør i serien «Henrik über alles», på TV3 i mars neste år. Du kan også se ham på NRK til våren, når han svarer på «Hvorfor det»-spørsmål fra salen sammen med Trond-Viggo Torgersen, kanskje den eneste andre her i landet som kombinerer legebakgrunn og underholdningsvirksomhet. Bergland har ingen ambisjoner om å overta Trond-Viggos posisjon.

– Jeg kommer ikke til å bli en underholdende opplysningslege. Jeg er opp-tatt av å finne ut hvor jeg er morsomst. Men jeg er ikke interessert i å være bare komiker. Jeg er smertelig klar over at de fleste komikere har en utløpsdato. En dag er jeg ikke morsom lenger, og andre

komikere tar over. Da har jeg heldigvis en jobb å falle tilbake på, for det vil alltid være syke folk.

#### **SKUMLERE Å VÆRE LEGE**

Å stå på scenen og forsøke å få folk til å le, betegnes som noe av det skumleste man kan gjøre. Bergland vet om skumlere ting.

– Å gjøre en feil som lege, det er det skumleste som fins. Om jeg forteller en vits som ikke fungerer, så får det jo ikke konsekvenser for noen andre enn meg. Og det har jeg dessuten fått et nokså avslappet forhold til. I det ferdige showet vet jeg jo at alt fungerer, og når jeg tester ut nytt materiale, som jeg gjør hele tiden på Dattera til Hagen, Josefine, eller klubbscenen her på Latter, så er det blitt som produktutvikling – en nødvendig del av jobben. Men, det er klart, når hele komi-Norge sitter på første rad på premieren, da kjenner jeg jo nervene.

– *Har du noen gang hatt behov for å spørre om det er en lege i salen?*

– Det var faktisk en som fikk et epileptisk anfall en gang, under en forestilling. Men det var vel ikke egentlig nødvendig å rope etter en lege. Salen var jo full av dem. ■

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.