

TEMA

## – Mer aggressiv markedsføring av legetjenester

Forbrukerombudet følger nøye med på markedsføringen av private legetjenester. Ombudet er særlig opptatt av om pasientene kan bli villedet. Leder i Rådet for legetikk, Trond Markestad, sier at mange legetjenester nå blir mer aggressivt markedsført enn tidligere.

*Se side 4 og 5*



Trond Markestad.

Foto: Tidsskriftet

### VOLD MOT LEGER:

– Leger må være forberedt på trusler og vold, sier tidligere politioverbetjent Finn Abrahamsen etter at Journalen tok opp temaet i fjor vinter.

*Se side 9*

### SYKEHJEMSDEBATT:

Geriatriprofessor Torgeir Bruun Wyller og leder i Allmennlegeforeningen Jan Emil Kristoffersen debatterer sykehjemsmedisin.

*Se side 10*

**Svein Aarseth, leder Oslo legeförening**

Kjente ord for de som har vært speidere, og aktuelt for enhver sykehuslege. Da tenker jeg ikke på den faglige beredskapen, den er der i alle fag. Sykehusleger er faglig engasjerte og strekker seg langt for å yte tjenester til sine pasienter.

Vi har i år fått et nytt regionalt helseforetak: Helse Sør-Øst RHF. Noen av grunnene til sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst var å bedre ressursutnyttelsen og å forenkle helseadministrative prosedyrer i hovedstadsområdet.

Det ble sagt at økonomi var underordnet. Som om noen trodde på det. Universitetssykehuset i Nord-Norge utlyste nylig stilling som analysesjef med følgende oppgaver: «Utarbeide analyser av sammenhengen mellom aktivitet og driftsøkonomi, innhente og bearbeide data som beslutningsgrunnlag for omstillingsarbeid og: utvikle analyseverktøy og modeller for aktivitetsstyring og prioritering.» Klarere kan det ikke sies hva som styrer spesialisthelsetjenestens utvikling.

Vi har allerede sett hvilken vei det bærer på UUS og Rikshospitalet. Øyefaget er nå samlet på Ullevål og ØNH-faget på Rikshospitalet. Hud er sammenslått, og flere samordningsprosjekter er på beddingen. Innen juni neste år skal nødvendige vedtak være fattet. Sammenslåinger kan bety styrking av fag og fagmiljø samt bedret pasienttilbud, men ikke nødvendigvis.

Oslo legeförening arrangerte i høst et omstillingsseminar der vi gikk gjennom lov og avtaler og fikk del i erfaringer fra sammenslåtte

avdelinger. 30 tillitsvalgte fra de to sykehusene deltok. Særlig erfaringer fra tidligere sammenslåinger skremmer. Det kan synes som om ledere enten ikke kjenner lov og avtaler, eller at de ignorerer dem. Jeg vet ikke hva som er verst.

Vi snakker om lønn, arbeidsvilkår (bl.a. vakt på to sykehus), kvaliteten på utdanningsstillinger, kvaliteten på grunnutdanning, konsekvenser for pasienter av et mer fragmentert helsevesen, samordning av kulturen på to avdelinger etc.

Oslo legeförening har laget en «Veileder for gode omstillingsprosesser.» Den er vi stolte av. Du finner den på vår nettside. Kolleger: Følg med i planer for fag og avdeling! Bruk innflytelsen, ikke overlatt utviklingen av framtidens spesialisthelsetjeneste til «blårussen»! Og framfor alt: Støtt de tillitsvalgte i deres arbeid! De gjør en viktig jobb.

Tillitsvalgte skal vite at Forhandlings- og helseerettsavdelingen står klar til å bistå. Ta gjerne kontakt med en jurist med ansvar for sykehussektoren eller send e-post til:

legeföreningen@legeföreningen.no.

Hva avtalene sier om omstilling finner du her:

<http://www.legeföreningen.no/index.gan?id=57013&subid=0>

Veilederen finner du her:

<http://www.legeföreningen.no/index.gan?id=76619&subid=0>

**JOURNALEN**

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

Redaktør: Per Helge Måseide. Redaksjonssekretær: Mette Ryan. Lay-out: Jon Fredrik Stuestøl. Illustratør: Arne Borthne.

Redaksjonelle medarbeidere: Charlotta Lunde, Kristin Mack.

Annonser: Media-AaMarketing, Postboks 240, 1401 Ski, tlf: 64 87 90/900 43 282, media.aardal@c2i.net.

Postadresse: Oslo legeförening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo. Besøksadresse: Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv), 0107 Oslo. Tlf: 23 10 92 40. Faks: 23 10 92 44. Trykk: Kampen Grafisk AS.

**Redaksjonen avsluttet 12. november 2007.**

Styret	Navn/yrkesförening	Telefon	Arbeidssted	E-post	
Leder	Svein Aarseth	22 02 62 10	Frysja legekontor	svein.aarseth@legeföreningen.no	
Nestleder	Henning Mørland, LSA	23 47 40 00	Bydel Sagene	henning.morland@bsa.oslo.kommune.no	
Styremedlemmer	Barbara Baumgarten	22 95 24 52	Stadion Medisinske senter	barbara.baumgarten@uus.no	
	Kari Löhne	22 89 44 42	Aker universitetssykehus HF	kari.lohne@akersykehus.no	
	Bjørn Sletvold, Af	22 15 70 00	Grefsen legesenter	bjorn.sletvold@broadpark.no	
	Niels Christian Danbolt, LVS	22 85 11 73	UiO	n.c.danbolt@medisin.uio.no	
	Morten Wærsted, Namf	22 19 51 00	Statens arbeidsmiljøinstitutt	mwa@stami.no	
	Per Meinich, Of	22 11 96 90	Ullevål universitetssykehus HF	per.meinich@broadpark.no	
	Oscar Løvdal, PSL	22 93 04 50	Oslo Øre-Nese-Hals	oscar.lovdald@broadpark.no	
	Aasmund M. Bredeli, Ylf	22 11 80 80	Ullevål universitetssykehus HF	aasmund.bredeli@ullevaal.no	
	Observatør	Lars Henrik Mariero, Nmf	22 85 50 50	Universitetet i Oslo	l.h.mariero@studmed.uio.no
	Sekretariat	Mette Ryan	23 10 92 40	Oslo legeförening	mette.ryan@legeföreningen.no
Kurskomité	Anita Ingebrigtsen	23 10 92 42	Oslo legeförening	anita.ingebrigtsen@legeföreningen.no	
	Reidar Johansen, leder	22 95 55 90	Majorstukrysset legeggruppe	reidar@doctor.com	
Helsetjenester for leger	Ellen Scheel, leder	22 51 11 00	Ullern legesenter		

**Hjemmesider på Internett: [www.legeföreningen.no/oslo](http://www.legeföreningen.no/oslo)**

Oslo legeförening er en avdeling av Den norske legeförening.

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktør- og Vær Varsom-plakaten.



# Kostbar feilparkering

**Helsepersonell får 500 kroner i bot for ti minutters feilparkering. Nå kan også helseforetak som feilparkerer pasientene i korridorene i årevis, bli bøtelagt så det svir.**

## Per Helge Måseide

Har du også fått parkeringsbot på jobben? Jeg har fått flere. Sist gang var jeg som snarest innom kontoret. Da jeg kom ut igjen, hadde Carpark lagt igjen visittkortet i bilvinduet mitt: Regningen lød på 500 kroner for å stå på bakvakt-plassen med et vanlig ansattblem i frontruten.

Kanskje bøtelegging av arbeidstakere burde bli en ny trend? Bomma du på venflonen tre ganger på rad? 300 kroner til julebordet. Og lot du være å spinalpunktene den nakkestive pasienten? 500 kroner inn på helseforetakets sperrede konto. Tenk deg følelsen av å vandre selvtilfreds rundt i sykehuskorridorene med et stort bøtehefte i frakkelommen, på jakt etter slurv og slendrian hos kolleger og sykepleiere? Det kunne virkelig satt spiss på en rolig vakt.

Det er vanskelig å tenke seg at bøtelegging bidrar til å fremme arbeidsmiljøet og det interne kvalitetsarbeidet. Bøtelegging av helsearbeidere er heldigvis et ikke-tema, med unntak av parkeringsselskapenes forsøk på likebehandling av ansatte og besøkende.

Mens helsearbeidere kan miste sin autorisasjon om de ikke innretter sin virksomhet i henhold til helsemyndighetenes krav, har Helsetilsynet manglet et tilsvarende virkemiddel overfor helseforetakene. Et såkalt «pålegg», som til syvende og sist ikke er verd mer enn papiret det er skrevet på, har hittil vært det sterkeste virkemiddelet.

## Åtte års sommel

Etter at først Hordaland fylkeskommune, og siden Helse Vest RHF, siden 1999 har somlet med å få fjernet korridorpatientene ved Sandviken sykehus, har Helsetilsynet fått nok. Selv om Helsetilsynet både i 2002 og i 2005 påla de ansvarlige å få orden på de uforsvarlige forholdene ved den psykiatriske institusjonen, har lite skjedd. Bortsett fra endeløse møter og rapporter som lover at ting snart skal bli bedre. Det er bare å gå inn på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) og lese byråkratenes loggføring over tomme ord og brutte løfter.

Stortinget har imidlertid utstyrt Helsetilsynet med et nytt og blankpusset våpen,

tvangsmulkt. I et helsevesen hvor det meste har en prislapp, og innsparinger synes å være målet, er kanskje et slikt virkemiddel nødvendig, selv om det på mange vis er en falitterklæring. Men ærlig talt: Når jeg må ut med 500 kroner for å ta meg til rette på bakvakt-plassen i ti minutter, er det kanskje ikke så urimelig at Helse Vest må bla opp med 600.000 kroner i måneden for åtte års feilparkering av alvorlig syke pasienter?

Pengene til å betale tvangsmulkten tas nok ikke fra helseadministratorenes egne lommer, i motsetning til hva tilfellet er med de ansattes parkeringsbøter. Dilemmaet er selvsagt at tvangsmulkten bidrar til røde tall i helseforetakets regnskap. Da kommer nok kravet om innsparinger et annet sted. Slik kan regningen i praksis havne hos pasientene og ikke hos de ansvarlige helseadministratorene.

### FEILPARKERT:

Kanskje helseminister Sylvia Brustad personlig må ut med bøteheftet, for å få strammet opp trege sykehusbyråkater som lever godt med korridorpatienter i årevis?

Illustrasjon:  
Arne Borthne

Noen ganger må det likevel sterke virkemidler til. I skrivende stund løper Helsetilsynets tvangsmulkt fortsatt. Når pengene renner ut av kontoen, ville jeg tro at selv de mest tungnemme av oss skjønner at det kun er én ting som nytter: Å følge spillereglene, enten man er enig i dem eller ikke.

Åtte år på å få ryddet overfylte korridorer må være verdensrekord i venting. Det er godt at helsedirektør Lars E. Hanssens tålmodighet endelig tok slutt.

Korridor kaoset på Vestlandet har ikke akkurat vært enkelt å få orden på. Kanskje du opplever at Sylvia Brustad snart kommer til en korridor nær deg for å rydde opp?

*Redaktøren var ansatt i Statens helsetilsyn fra 2001–2004.*



# Markedsføring finner nye veier

– Markedsføringen av mange legetjenester er blitt mer aggressiv de siste årene, sier Trond Markestad, leder i Rådet for legeetikk. Forbrukerombudet følger utviklingen nøye.

## Kristin Mack

Blant dem som annonserer sine tjenester og rekrutterer pasienter på nye måter, er private øyeklinikker.

– Dette er en utvikling vi følger nøye, sier fagansvarlig for Området helse i Forbrukerombudet, Gry Nergård. - Når det gjelder markedsføring av helsetjenester, er vi særlig opptatt av villedningsaspektet som kan oppstå. Dette gjelder for eksempel pris og behandlingens omfang og resultat. Det er viktig at forbrukeren ikke betaler en høyere sluttsum for tjenesten enn det som ble forespeilet, at man ikke bagatelliserer behandlingens omfang eller gir et uriktig bilde av dens effekt. I takt med økende kommersiell annonsering av helsetjenester har vi sett en glidende overgang fra pasientrollen til forbrukerrollen blant brukerne av slike tjenester, sier hun.

### – Mer aggressiv

– Markedsføringen av mange legetjenester er blitt mer aggressiv de siste årene. Jeg har i flere sammenhenger påpekt annonsering i strid med Legeforeningens etiske regler, sier Trond Markestad, leder i Rådet for

legeetikk. – Ikke minst når det gjelder hjemmesider på internett beveger mange seg nær grensen for det akseptable. Vanlige overtrap er å bruke titler som legen eller virksomheten ikke er berettiget til, å fremheve egen kompetanse i forhold til andres eller å argumentere for undersøkelser og behandling som ikke har allmenn aksept i fagmiljøet, sier han.

Enkelte private øyeklinikker lokker med reklameplakater på T-banen, pasientkontakt via mail eller sms, tilbud om rentefrie nedbetalingslån og «skrytesider» på internett med gjengivelse av avisreportasjer og lykkelige pasienthistorier.

Både sms-kontakt, avbetalingsordninger og «før-etter»-bilder ble i 2005 forbudt i en egen Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep. Helsetilsynet fører tilsyn med at forskriften overholdes, og fant sammen med Forbrukerombudet flere lovbrudd i en kontroll i 2006. Noen tilsvarende forskrift finnes foreløpig ikke for andre typer helsetjenester.

Markestad mener at hjemmesidene til øyeklinikkene er innenfor rammene av det som må aksepteres.

– Det at pasienter oppfordres til å ta kontakt via e-post eller sms, at de får tilbud om en rentefri nedbetalingsplan, eller at man lar tidligere pasienter fortelle om sine opplevelser av behandlingen på en etterrettelig måte, synes jeg vi må akseptere. Det som mangler på disse sidene er opplysning om hvem som er ansvarlig lege, og dermed står ansvarlig for at de legeetiske reglene for markedsføring overholdes, sier han.

– *Hva mener øyelegene selv om de private øyeklinikkens markedsføringskikk?*

– Jeg ser ikke bort fra at det finnes eksempler på annonsering som er vel aggressiv, men markedsføring er ikke et tema vi har hatt fokus på, sier Walther Medin, leder i Norsk oftalmologisk forening.

– Den faglige diskusjonen derimot, pågår kontinuerlig. Behandling av nærsynthet for eksempel, har vært diskutert i den vestlige verden de siste femten til tjue år, og også i Norge finnes det både tilhengere og motstandere.

– *Men er det ikke problematisk hvis noen kolleger reklamerer offensivt for en behandling du selv eller andre er skeptiske til?*

– Dette er et vanskelig farvann å navigere i, og styret i øyelegeforeningen er svært forsiktig med å ta stilling i den ene eller andre retning. De faglige uenighetene er der, men man finner sjelden et fagfelt der alle er enige, sier Medin.

## Seniorsaken og Retinaklinikken i tett samarbeid

Seniorsaken skryter uhemmet av sitt tette samarbeid med Retinaklinikken og et legemiddelfirma.

– Doktor Stordahl er en fabelaktig foredragsholder, og høster stormende jubel. Vi har fått så god tilbakemelding at det blir et nytt møte i Oslo i november, sier Dag Bredal, informasjonssjef i Seniorsaken. Foreningen stod bak et informasjonsmøte om aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) på SAS-hotellet i Oslo tidligere i høst. Over-

lege ved Retinaklinikken Per Bjørn Stordahl, var foredragsholder, mens Novartis sponset lokalene, kaffe og wienerbrød.

Dag Bredal forteller at møtet også holdes i en rekke andre norske byer, og at øyelegene rapporterer om økt pasientpågang i etterkant av disse møtene.

– *AMD-behandling i privat regi er kost-*

*bart, mens lidelsen kan behandles gratis i det offentlige helsevesen. Ser du noen betenkeligheter ved at en representant fra en privat klinikk holder foredrag i et så stort omfang?*

– Overhodet ikke. Dette er et rent informasjonsmøte. Hva folk velger å gjøre med denne informasjonen, er opp til dem selv. Seniorsaken ønsker først og fremst at eldre

skal bli flinkere til å ta ansvar for egen helse, og mener myndighetenes opplysningsarbeid er for dårlig på dette området. Derfor holder vi møteserier om tilstander som spesielt rammer eldre. Tidligere har vi tatt for oss blant annet demens og smerter. Nå er turen kommet til øyesykdommer. Dette er folkeopplysning, ikke reklame, sier Bredal.

– Hva med sponsingen fra legemiddelin-dustrien?

## «Dette er et rent informasjonsmøte. Hva folk velger å gjøre med denne informasjonen, er opp til dem selv»

Dag Bredal, informasjonssjef i Seniorsaken

– For oss er dette en aldeles utmerket ordning. Vi kunne aldri ha drevet slike møter uten denne type tilskudd. Legemiddelfirmaet får logoen sin i annonsen, men er ellers helt i bakgrunnen. Dette er noe jeg lever godt med, sier Bredal.

Øyelege ved Retinaklinikken, Per Bjørn Stordahl, svarer slik på spørsmål om han ser noen betenkeligheter ved at han, som representant for en privat klinikk, driver slik møtevirksomhet:

– Dette er noe jeg tenkte mye på da jeg fikk forespørsel fra Seniorsaken om å holde disse foredragene. Jeg skjønner at spørsmålet dukker opp. Samtidig er det slik at mange pasienter søker hjelp først når det er for sent å gjøre noe. Hvis jeg kan bidra til at flere redder synet ved at de blir oppmerksomme på symptomene og kommer til behandling tidligere, mener jeg det er riktig å gjøre det. Dessuten vil pasienter i andre områder av landet søke behandling i nærmeste by. Det private markedet når det gjelder denne behandlingen er på grunn av kostnadene ikke veldig stort, jeg tror ikke det er så mange vi rekrutterer, sier Stordahl, som ikke kan oppgi tall på antall henvendelser Retinaklinikken har fått i etterkant av møtet i Oslo 9. oktober.



**REKLAME:** Markedsføring av legetjenester. Eksempler på nettsider og faksimile av annonse fra dagspressen (nederst).

## FAKTA

### Dette sier reglene:

#### Lov om helsepersonell, § 13 Markedsføring

Markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig. Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring av helsetjenester, herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring.

#### Etiske regler for leger, III. § 1

Avertisement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet og tittel
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser

... Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum.

Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Avertisement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare. (...)

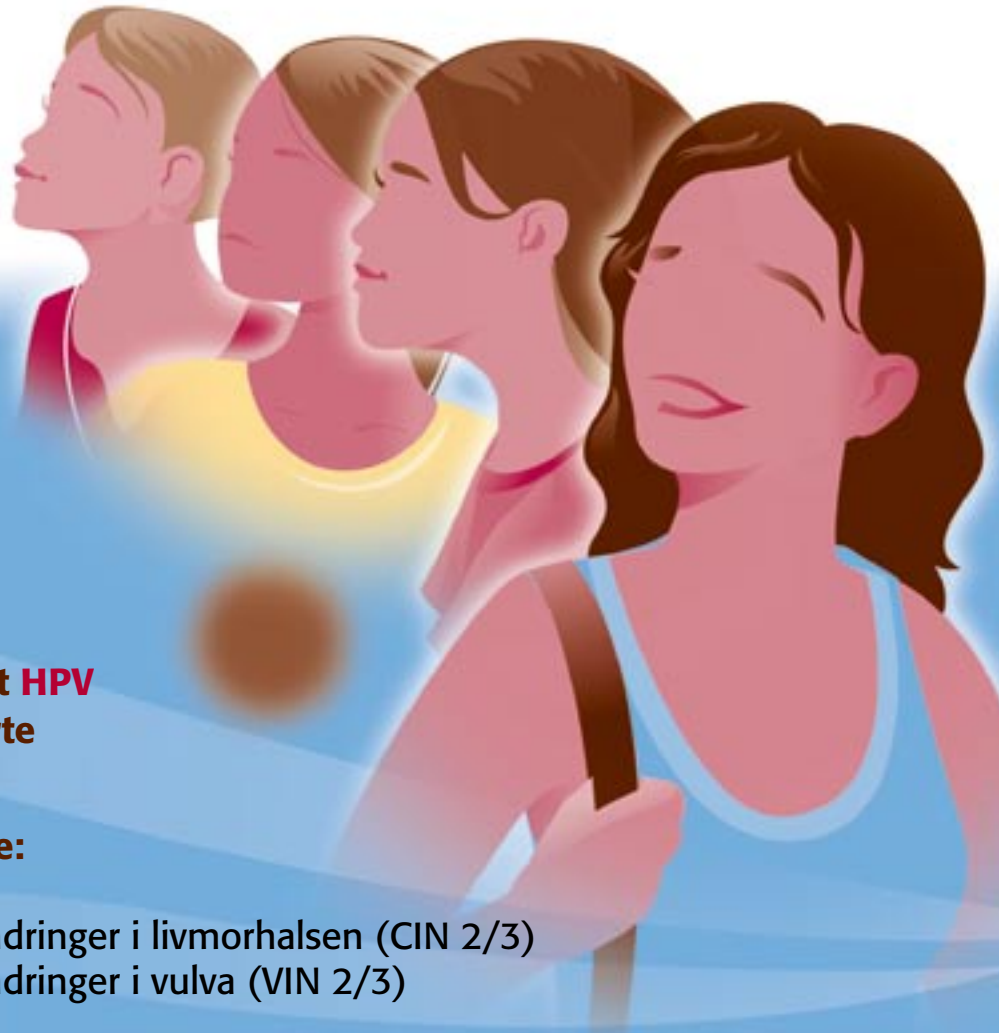
#### § 5

En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøymed, er ikke å anse som reklame.



**GARDASIL®**  
Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbent

## Livmorhalskreftvaksinen med 4 papillomavirustyper



**Dokumentert effekt mot HPV  
6, 11, 16 eller 18-relaterte  
genitale sykdommer**

**Gardasil® skal forebygge:**

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

Skal forebygge mot et  
**bredt sykdomsbilde\***  
og gir **tidlige resultater\*\***

\*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

\*\*Norsk SPC



**sanofi pasteur MSD**  
vaksiner for livet  
Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21  
info@spmsd.com



C1

## Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSVEESKE, SUSPENSJON:** Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

**INDIKASJONER:** Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

**DOSERING:** *Primær vaksinasjon:* 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. *Barn:* Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoideusmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

**KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinasjon settes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser.

**INTERAKSJONER:** Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥ 10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinene ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

**GRAVIDITET/AMMING:** *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

*Overgang i morsmelk:* Kan gis til ammende.

**BIVIRKNINGER:** *Hypypige (>1/100):* Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt-doser.

**EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinene hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftitre mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i primæraksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

**PAKNINGER OG PRISER:** Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40.

*Sist endret: 24.07.2007*

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



Fra foreningen

# Lyst til å bli mentor?

Vil du være ressursperson for medisinstuderer i Oslo? Bli mentor i Oslo legeforenings mentorordning, oppfordrer Martine Eilert-Olsen, ny mentoransvarlig for medisinstudentene.

Medisinstudentene møter en spennende hverdag både preklinisk og på sykehuset. Engasjerte lektorer og professorer og møte med et mangfold av pasienter gir en studiesituasjon som er svært stimulerende og interessant, men også krevende. Ofte er det i en slik travel studiehverdag altfor liten tid til å diskutere etiske og ikke-faglige problemstillinger.

Mentorordningen er ment som et forum der etiske og ikke-faglige temaer kan tas opp, og følelser rundt det å være medisinstudent kan diskuteres. Ordningen ble dannet etter initiativ fra professor Borghild Roald ved det medisinske fakultet i Oslo, inspirert av en liknende ordning i Göteborg. I dag er det Norsk medisinstudentforening i samarbeid med Oslo legeforening som er ansvarlige for ordningen. Seks til åtte studenter og en mentor møtes tre ganger i halvåret. Hovedmålet er å gi mulighet til en

«Ofte er det i en slik travel studiehverdag altfor liten tid til å diskutere etiske og ikke-faglige problemstillinger»

fast og langvarig kontakt med en ferdig utdannet lege. Mentorens rolle er å veilede og være en ressursperson i forhold til problemer man møter som student og nyutdannet. Det er ikke krav om spesialitet, og det er ønskelig med mentorer fra alle deler av medisinen.

Dersom du synes dette høres interessant ut, kan du kontakte Martine Eilert-Olsen via e-post: [martine.eilert-olsen@studmed.uio.no](mailto:martine.eilert-olsen@studmed.uio.no)

## notiser – notiser – notiser – notiser

### Referater

Referater fra årsmøtet og temamøtet i Oslo legeforening 29. august 2007 finner du på nettet:

<http://www.legeforeningen.no/oslo> under årsmøter og temamøter

# Det nye styret i Oslo legeforening

Styret i Oslo legeforening har noen nye navn. Fra forrige periode fortsetter styremedlemmene Svein Aarseth, Henning Mørland, Morten Wærsted, Oscar Løvdal og Lars Henrik Mariero. Her er en presentasjon av medlemmene i det nye styret:

**Svein Aarseth** (f. 1950) er styrets leder. Han er spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin, har vært distrikts- og kommunelege i Rauma kommune og bydelslege I på Furuset. Fra 1991 har han drevet allmennpraksis på Kjelsås. Han har arbeidet som bedriftslege på sykehus og i industribedrifter. Siden 1996 har han representert Allmennlegeforeningen (Af) i styret og har vært styrets nestleder fra 2000. I samme periode har han også vært medlem av Afs landsråd og Legeforeningens landsstyre. Han har vært leder i Oslo legeforening fra 2005.



**Henning Mørland** (f. 1965) er styrets nestleder. Han er valgt som representant for Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA). Han er bydelsoverlege i Bydel Sagene i samfunnsmedisinsk hovedstilling, og har tidligere arbeidserfaring som fastlege og fra klinisk farmakologi. Han har vært styremedlem i Oslo legeforening fra 2003 og har også hatt andre verv i Legeforeningen.



**Barbara Baumgarten** (f. 1961) er styremedlem valgt direkte av årsmøtet, såkalt fritt valgt. Hun arbeider som fastlege på Stadion Medisinske senter i Bydel Nordre Aker og som praksiskonsulent ved infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus HF. Hun har arbeidet som geriatrisk overlege ved Lambertseter sykehjem og som bydelslege II i Bydel Lambertseter. Hun har vært hovedtillitsvalgt for Ylf ved Stensby sykehus 1992-93.



**Kari Løhne** (f. 1961) er styremedlem valgt direkte av årsmøtet, såkalt fritt valgt. Hun er spesialist i medisinsk biokjemi og i nukleærmedisin. Hun er avdelingsoverlege ved medisinsk biokjemi på Laboratorieavdelingen, Aker universitetssykehus HF. Hun har tillitsvalgterfaring som avdelingstillitsvalgt for Ylf ved UUS og Ahus, og for Of ved Ahus og Aker. Hun har vært klinikkstillitsvalgt og vara FTV Of ved Aker.



**Bjørn Seltvold** (f. 1963) representerer Allmennlegeforeningen (Af). Han arbeider som fastlege ved Grefsen legesenter. Han er hovedtillitsvalgt Af i Bydel Nordre Aker og har vært styremedlem i Oslo legeforening fra 2005.



**Niels Christian Danbolt** (f. 1960) representerer Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS). Han er professor i neurobiologi ved Avdeling for anatomi, Instituttgruppe for medisinske basalfag, UiO, med forskningsfelt inaktivering av neurotransmittere i hjernen.



**Morten Wærsted** (f. 1953) representerer Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf). Han arbeider ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) og Hjelp24. Han er dr. med. og spesialist i arbeidsmedisin og har arbeidsrelaterte muskelskjelettplager som forskningsfelt og spesialkompetanse ved Stami. Han har vært styremedlem i Oslo legeforening fra 2005.



**Per Meinich** (f. 1962) representerer Overlegeforeningen. Før medisinstudiet studerte han økonomi i USA og har arbeidet fem år som økonom. Arbeidet som anestesilege ved Radiumhospitalet og arbeider nå ved Ullevål universitetssykehus HF. Han har vært avdelings-, divisjons- og foretakstillitsvalgt ved Ullevål universitetssykehus HF, og har vært ansattrepresentant i styret der. I perioden 2005–2007 var han leder i Ylf, visepresident i Legeforeningen og varamedlem i styret i Akademikerne. Han er nylig valgt til leder av Norsk anestesilogisk forening og er foretakstillitsvalgt for overlegene ved Ullevål universitetssykehus HF.



**Oscar Løvdal** (f. 1953) representerer Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL). Han arbeider som avtalespesialist i ønh-sykdommer ved Oslo Øre-Nese-Hals og har sin spesialistutdanning fra Rikshospitalet. Han har en periode sittet i styret i PSL og er lokaltillitsvalgt for avtalespesialistene i Oslo. Har er medlem av Samarbeidsutvalget i Helse Sør-Øst og har vært styremedlem i Oslo legeforening fra 2005.



**Aasmund M. Bredeli** (f. 1960) representerer Yngre legers forening (Ylf). Han arbeider som ass. lege ved Neurologisk avdeling på Ullevål universitetssykehus HF der han har vært avdelingstillitsvalgt for assistentlegene. Han er foretakstillitsvalgt for underordnede leger ved Ullevål universitetssykehus HF.



**Lars Henrik Mariero** (f. 1984) representerer Norsk medisinstudentforening (Nmf). Han har vært medisinstudentenes mentoransvarlige i Oslo legeforenings mentorordning i samarbeid med Norsk medisinstudentforening. Han er ferdig med studiets tredje år, og har for tiden permisjon for å forske på effekter av oksygen ved hjerteinfarkt. Fra 2006 var han Nmfs observatør i styret og er etter Legeforeningens nye valgregler styremedlem i Oslo legeforening.





# - Leger må være forberedt på vold og trusler

Dette var den klare melding fra tidligere sjef for voldsavsnittet ved Politiet i Oslo, Finn Abrahamsen, da Legeforeningen arrangerte seminar om vold mot leger.

## Charlotte Lunde

Et oppslag i Journalen nr. 1/2006 viste at et flertall norske leger var utsatt for trusler, mens tre av ti leger hadde opplevd vold fra pasienter eller pårørende. Tallene stammet fra Legekårsundersøkelsen. Månedet etter ble fastlege Stein Sjaastad tragisk drept. Legeforeningen har i høst tatt initiativ til et seminar om temaet.

– Jeg tror nok mange leger et totalt uforberedt på at dette kan skje dem, sa Finn Abrahamsen i sitt innlegg. Han mente leger generelt burde være opptatt av å sikre seg mot farlige pasienter.

– Det er viktig å være bevisst på at dette kan skje hvem som helst og med det være mentalt forberedt: «Hva gjør jeg hvis dette skulle ramme meg», sa den tidligere politisjefen som sammen med blant annet president i Legeforeningen, Torunn Janbu, og leder for Legeforeningens forskningsinstitutt, Olaf Aasland, var blant bidragsyterne på seminaret.

## Vurdering av voldsrisiko

I høst kom Sosial- og helsedirektoratets rundskriv om «vurdering av risiko for voldelig adferd». Psykiater Pål Hartvig anbefalte i sitt innlegg strukturerte klinisk testede verktøy for å avklare voldsrisiko.

Det er laget sjekklistene man kan bruke



Foto: Joachim Henriksen, Dagens Medisin

**«Det er viktig å være forberedt på at vold og trusler kan ramme hvem som helst»**

*Finn Abrahamsen, tidligere politioverbetjent*

som en praktisk voldsrisikovurdering, fortalte Hartvig, men understreket: – Det aller viktigste er selvfølgelig en klinisk fornuftmessig totalvurdering. En vurdering der både magesfølelsen og sjekklistene kan være til hjelp. Øverst på sjekklisten stod

pasienter som tidligere og/eller nylig har utøvd vold eller trusler. Resten av listen finnes på:

[www.kompetanse-senteret.no/voldsrisikovurdering](http://www.kompetanse-senteret.no/voldsrisikovurdering)

## Temamøte onsdag 23. januar 2008

kl 19.00-21.00 i Legenes hus, kantine

### Praktiserende psykiatere og psykologer. Hva gjør de og hvor finner vi dem?

Hva vet vi om hva de gjør? Hvorledes går pasienten fram for å få time? Er det god nok telefontilgjengelighet? Kan legen henvise direkte, og hva skjer med henvendelser/henvisninger – får man svar? Hvilke tiltak kan bedre situasjonen for brukere/pasienter? Dette er spørsmål som søkes belyst på temamøtet.

Innledning og paneldebatt med:

- Representant fra brukergruppene
- Representant fra politikere
- Rune Johansen, praktiserende psykiater
- Eilert Ringdal, forhandlingssjef i Norsk Psykologforening
- Johan Torper, fastlege ved Stovner legesenter

Det blir en enkel servering før temamøtet. Møt opp og gi liv til en spennende debatt.

**Torgeir Bruun Wyller:**

## Felles løft for sykehjemmene?

Journalen nr. 3/2007 bringer et intervju med meg om noen aspekter ved sykehjemsmedisinen. Mine uttalelser har blitt forelagt Allmennlegeforeningens leder Jan Emil Kristoffersen til uttalelse. Hans karakteristikk av mine standpunkter kan gi inntrykk av at han ikke har oppfattet mitt hovedanliggende, og jeg vil derfor presisere: Kristoffersen og jeg er hjertens enige om at det er behov for en kraftig kvantitativ styrking av legetjenesten i sykehjem. Det er derfor en misforståelse når Kristoffersen hevder at jeg «gjør et reelt ressursproblem om til et kompetanseproblem». Jeg har tvert imot påtalt ressursproblemet ved en rekke anledninger, og blant annet krasst kritisert den nåværende regjeringen for at den har løpt fra Soria Moria-erklæringens løfter om bemanningsnormer for leger i sykehjem.

Derimot er jeg ikke enig med Kristoffersen i at dette er det eneste som må til. Man skal ikke ha hatt kontakt med mange sykehjem for å se at kvaliteten på legetjenestene varierer betydelig, også innenfor dagens alt for snevre rammer. De sykehjemslegene som er interessert og har bygget opp kompetanse innen feltet, yter en betydelig faglig innsats av høy kvalitet. Men dessverre gjelder dette langt fra alle.

Sykehjemmene byr på noen av de mest komplekse medisinske utfordringene leger kan stå overfor. For å løse disse på en god måte, trengs tilstrekkelig med tid, men også interesse og kompetanse.

Oppbygging av spesifikk sykehjemsmedisinsk kompetanse burde være en glimrende arena for samarbeid mellom geriatri og allmenntmedisin. I geriatrien har vi da også et utmerket samarbeid med noen av pionerene på dette feltet innen det allmenntmedisinske miljøet.

Imidlertid virker det som enkelte av allmenntlegenes fagforeningsledere er i ferd med å begå to skjebnesvangre feilgrep: For det første at man – slik intervjuet med Kristoffersen kan gi inntrykk av – begrenser seg til å rope om mer penger uten å vurdere om man selv yter optimalt innen de rammene man har. For det andre ved å insistere på at generell allmenntmedisinsk kompetanse er tilstrekkelig for å bli en god sykehjemslege. Dermed slår Allmennlegeforeningen hånden av de av sine egne medlemmer som faktisk har skaffet seg betydelig sykehjemsmedisinsk tilleggskompetanse, og som burde fått støtte i sitt krav om formell meritt for dette.

Jeg går fortsatt gjerne på barrikadene sammen med Kristoffersen for økt legebemanning i sykehjemmene. Men denne kampen ville blitt mer troverdig – og ha større sjanse til å lykkes – dersom Allmennlegeforeningen i tillegg hadde vært villig til å feie for egen dør.

*– Torgeir Bruun Wyller  
professor og avdelingsoverlege  
Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus*

**Jan Emil Kristoffersen svarer:**

## Selvfølgelig – et felles løft for sykehjemmene!

Allmennlegeforeningen er helt på linje med Torgeir Bruun Wyller i at sykehjem byr på meget komplekse medisinske utfordringer. For å løse disse utfordringene på en tilfredsstillende måte, kreves det både kapasitet og kompetanse. Vi har aldri hevdet at det å være spesialist i allmenntmedisin automatisk gjør en til spesialist på sykehjems pasienter. Det er imidlertid slik at det i dag ikke er et krav om å være spesialist i allmenntmedisin for å fungere som fastleger, og 40 % av fastlegene er ikke spesialister. Blant leger som er heltids sykehjemsleger er de fleste, trolig ca 70%, ikke spesialister i noen spesialitet.

Vi anser at spesialiteten i allmenntmedisin er et godt fundament for å videreutvikle særskilt kompetanse i sykehjemsmedisin.

Vi har også påpekt offentlig, blant annet i Dagens Medisin, at forslaget til prosessnormering av bemanning på sykehjem som kom fra Sosial- og helsedirektoratet høsten 2005 var et gigantisk bomskudd, og så nær byråkratisk illojalitet til Stortingsvedtak som man vel kan komme.

For å oppnå en hensiktsmessig sikring av kompetanse i legearbeid i sykehjem er det nødvendig å sørge for tilstrekkelig gode vilkår for fagutøvelsen i forhold til muligheter for bruk av elektronisk pasientjournal av type tilpasset legens behov, adekvate undersøkelsesmuligheter, kommunikasjon over Helsenett, tilstrekkelig gode muligheter for enklere laboratorieundersøkelser og så videre. Det er dessverre slik at

den pliktmessige koblingen mellom driftstilskudd eller fastlegeavtale og arbeid i sykehjem, helsestasjon eller skolehelsetjeneste som har eksistert siden kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, i praksis er et kraftig hinder for å få til en god utvikling av tjenestene. Når dette ses i sammenheng med allmenntlegenes arbeidssituasjon og mange øvrige plikter, så tror jeg vi kan konkludere med at Torgeir Bruun Wyller og undertegnede er ganske så enige om hovedtrekkene i hva som må til.

*– Jan Emil Kristoffersen  
leder Allmennlegeforeningen*

## Velkomponert og spennende legekrim



Torkil Damhaug

### Se meg, Medusa

J.W. Cappelens Forlag AS  
Oslo 2007  
359s

Pris (Innbundet): 349,-  
ISBN: 978-82-02-27798-7

«Se meg, Medusa» er en krimroman av forfatteren Torkil Damhaug som er lege og psykiater. Handlingen finner sted i et spenn mellom det «mystiske» og de mer velkjente hverdagsrutinene til en familiefar. Hovedpersonen Axel Glenne er psykiater i privatpraksis med ekstravakter på legevakta. Mens han driver en engasjerende, men til tider slitsom og krevende praksis, er han tilsynelatende harmonisk fundamentert i et stabilt, nært og varmt familieliv med kone, tre barn og et flott hjem på Nesodden utenfor Oslo. Trådene som holder denne tilværelsen sammen rakner etter hvert som dypt begravede familietraumer, en forelskelse, og et dødsfall som på mistenkelige måter kan knyttes opp mot hans egen person, trer til overflaten. Dette er en spennende og velkomponert krim man nødig legger fra seg. Det at språket glir så lett og at forfatteren har oppnådd en god balanse mellom skildringene og mulighet for lesers egen tolkning, bidrar til en generell god leseropplevelse. I tillegg er personskildringene overbevisende, de mellommenneskelige forholdene interessante, og den klassiske utfordringen «jobb versus familieliv» realistisk og gjenkjennelig. Samtidig hviler det en mer mytisk dimensjon over handlingen som til tider gjør dette til noe mer enn en ren krim. Denne noe urovekkende stemningen bidrar til at historien får sin egen atmosfære, og selv om boken etter hvert får et mer renspekt actionpreg over seg når plottet snøres inn, forblir dette 'obskure' noe som aldri helt slipper tak.

Denne romanen er selvsagt ikke en dyptpløyende medisinsk eller psykiatrisk beretning, selv om enkelte pasienthistorier fra hovedpersonens praksis er flettet inn i handlingen. Boken er derimot en godt skrevet underholdningskrim med spennende vri fra en kjent virkelighet. Handlingen finner sted en sen høst med oktoberkulde og tåke over fjorden. «Se meg, Medusa» egner seg derfor ekstra godt til spennende lesing nå mens vintermørket på ny senker seg over oss.

– Monica Cheng Munthe-Kaas  
Barnekliviken, Ullevål universitetssykehus

## AKTIVITETER JANUAR/FEBRUAR 2008

- 16. januar** Styremøte i Legenes hus
- 23. januar** Temamøte: Psykiatere og psykologer  
– hva gjør de og hvor finner vi dem? kl 19.00–21.00 kantinen i Legenes hus
- 29. januar** Infomøte med studenter med midlertidig lisens
- Uke 5-6** Tillitsvalgkurs Trinn I Of og Ylf
- 27. februar** Styremøte

## notiser – notiser – notiser – notiser – notiser – notiser – notiser – not

### Send dine medarbeidere på NOKLUS-kurs

NOKLUS arrangerer temakurs eller kurs rettet mot spesifikke analyser/metoder. Gi dine medarbeidere faglig påfyll, og benytt anledningen til å kvalitetsforbedre laboratorieaktiviteten ved legekantoret. Invitasjon til kurs i 1. kvartal 2008 er sendt deltakerne i NOKLUS Oslo.

Henvendelser om NOKLUS-kurs:  
Telefon 22 11 94 79 – telefaks 23 01 94 25  
E-post: annichen.juell@uus.no kjersti.hveding@uus.no

#### Magelager i allmennpraksis. Utredning og diagnostikk

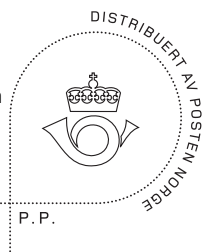
Målgruppe: Leger og medarbeidere  
Dato/tid: Torsdag 31. januar 2008 kl 09.30–17.00  
(søkt om 7 tellende timer)  
Påmeldingsfrist: 7. desember 2007  
Sted: Radisson SAS Plaza Hotel, Oslo

#### Oppfriskningskurs

Målgruppe: Medarbeidere som har vært i arbeid en stund  
Dato/tid: Søndag 2. mars kl 15.00–tirsdag 4. mars 2008  
kl 09.30 (6 timer)  
Påmeldingsfrist: 3. januar 2008  
Sted: Båten Oslo-København-Oslo

Returadresse:  
Oslo legeförening  
Postboks 178 Sentrum  
0102 Oslo

B-Economique  
NORGE



P. P.

... I forbifarten

Per Helge Måseide

# Siri Skrøppa

## Globetrotter-gynekolog i farta

### Siri Skrøppa (f. 1975)

- Studert medisin i Tyskland (1996–2001)
- Praksistjeneste i Costa Rica, Malaysia, Peru, Spania,
- Turnustjeneste og kirurgitjeneste på Rjukan (2001–03)
- Omreisende surfeboms og backpacker, Latin-Amerika (2003–04)
- Patologi, Aker universitetssykehus (2004)
- Gynekologi og obstetikk ved Ullevål universitetssykehus HF (2005–)



Foto: Per Helge Måseide

Journalen møtte Siri Skrøppa (32) rett før hun satte seg på flyet til Kamuzu Central Hospital and Bottom Hospital i Lilomngwe i Malawi. Globetrotteren blir en av fire leger ved to sykehus med 12 000 fødsler i året. Vaktene omfatter begge sykehusene, og bilturen mellom dem tar mellom et kvarter og tre timer, avhengig av kjøreforholdene.

Etter å ha stått på «venting» hos Leger Uten Grenser, ble hun plukket ut til å etterfølge Patji Alnæs-Katjavivi, som startet opp et samarbeidsprosjekt mellom Ullevål universitetssykehus og Malawis nest største sykehus. Det fortsetter nå som en del av et norskstøttet bistandsprosjekt.

– Muligheten for å reise ut var faktisk en av årsakene til at jeg valgte å studere medisin og velge gynekologi og obstetikk som fag, sier Siri. Hun kommer til å ankomme Malawi sammen med en jordmor fra Bergen, samtidig med at tørketiden avsluttes. De to norske helsearbeiderne skal oppholde seg i landet under den seks måneders lange regntiden.



Intensivavdelingen for nyfødte på sykehuset i Malawi.

Foto, begge bilder fra Malawi: Ullevålsnytt, Marianne Moss og Mons Lie

**«Det mest frustrerende blir nok å oppleve at jeg blir hindret i å gjøre en god jobb på grunn av mangel på utstyr og medisiner»**

### Godt forberedt

Siri har forberedt seg både med månedslangt tropemedisinkurs i København, og ved å snakke med kollega Patji-Alnæs Katjavivi og Mons Lie, men hun er likevel nokså spent på hva som venter. Selv om hun karakteriserer seg selv som den rastløse typen, brukte hun noe tid på å ta beslutningen om å reise til Malawi.

– Folk lar være å dra til sykehuset, fordi de tror det ikke er hjelp å få. Svangerskapsomsorgen er egentlig nokså bra utenfor sykehuset, som har et dårlig rykte hos befolkningen. Mange venter derfor for lenge med å ta kontakt, sier hun, og forteller om obstetriske kalamiteter og katastrofer som ikke lenger forekommer i Norge:

– Jeg må regne med å håndtere uterusruptur hos kvinner som har vært i fødsel i flere dager, pasienter som dør av blødningssjokk og døde barn, konstaterer hun. For de barna som kommer til verden under slike forhold er ikke oddsene veldig gode. For tiden er det ingen barneleger tilknyttet sykehuset, og barnedødeligheten er en av verdens høyeste. Å ta seg av barna, er overlatt til jordmødrene. Såkalte «clinical officers» utfører keisersnitt og vakuumekest-raksjoner.

– Det kommer nok til å bli tøft. Det mest frustrerende blir nok å oppleve at jeg blir hindret i å gjøre en god jobb på grunn av mangel på utstyr og medisiner, sier hun.

### Liv og død

Spesialiteten hun har valgt, handler mer om liv og død enn andre spesialiteter. Siri forteller om arbeidskolleger som sliter etter vanskelige og traumatiske saker, noe hun selv har vært forskånet fra så langt i karrieren.

– Jeg tror ikke helt man skjønner hvordan det kan være før det skjer en selv, sier hun.

Inntrykkene fra Malawi kommer hun til å bearbeide ved å føre dagbøker, både en faglig og en personlig dagbok. Hun skriver ikke dagbok til vanlig, men gjerne på reiser.

– Når jeg leser det senere, blir det nesten som å være der på nytt, sier hun.

Kanskje ikke så rart at Siri skulle få hjemlandet Norge som base. – Jeg holdt på å bli surfeboms på Costa Rica, sier hun. Nå venter et definitivt annerledes og utfordrende legeliv.

Se Siris blogg:

[www.malawimyygenogsiri.blogspot.com](http://www.malawimyygenogsiri.blogspot.com)



Ullevål-legen Patji Alnæs-Katjavivi sørget for at prosjektet kom i gang.