

JOURNALLEN

OSLO LEGEFORENING

NR 2 / 2010



Det medisinerte samfunn

SIDE 3-9 ▶

REKET MED:

**Ekspedisjonslegen fra serien
«Uten Grenser» fikk sitt livs
største opplevelse** SIDE 16 ▶

MEDIEDREV:

**«Anne Alvik ble til slutt
viltet som skulle felles»**

SIDE 14 ▶

JOURNALEN

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

REDAKSJONEN



PER HELGE MÅSEIDE
REDAKTØR
Tlf: 95 20 13 14
perhm@medisin.uio.no



ELLEN RENBERG
REDAKSJONSSEKRETÆR
LAYOUT
Tlf: 40 64 82 82
journalen@live.no



KRISTIN MACK
JOURNALIST
krimack@live.no



CHARLOTTE LUNDE
JOURNALIST
charlottelunde@mac.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 3/2010 er fredag 18. juni

ANNONSER:

Media-AaMarketing
Postboks 240
1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 / 90 04 32 82
media.aardal@c2i.net

POSTADRESSE:

c/o Oslo legeforening
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: Merkur-Trykk AS



HJEMMESIDER PÅ INTERNETT:
www.legeforeningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER:
www.twitter.com/Journalen

FORSIDEFOTO:
Paal Audestad

Redaksjonen avsluttet 12.05.2010

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



Ettertrykk og elektronisk videre-
distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



Pasienter på piller

Etter gjennomført turnustjeneste vikarierte jeg i en allmennlegepraksis med et restriktivt forhold til sterke smertestillende og beroligende medikamenter. Det gikk bra en kort stund – til nær samtlige av byens allmennleger reiste på fellesferie samtidig. En ting var at køen på venteværelset aldri avtok. Verre var det at legesekretærene ved dagens slutt kom inn med en haug resepter som skulle signeres. Mye var B-preparater som jeg hadde skydd som pesten på legevakt og i turnustjenesten. Dermed havnet jeg i en situasjon hvor jeg overtok forskrivningen til middelaldrende mannlige kolleger, og der nye resepter var begrunnet i tidligere (mis)bruk, slik Trine Bjørner forteller til *Journalen*.

Å forsøke å redusere dosene med Paralgin forte og Somadril uten å se pasienten i øynene, var bare å lage ris til egen bak; avhengige pasienter hang på røret til sekretærene de neste dagene, og jeg skjønnte raskt at det bare var å gi opp prinsippene, resig-nere, og undertegne det jeg ble servert. En pasient som hadde mistet sin bopæl i en brann møtte opp like etterpå med sitt største problem i nødens stund; medisinerne og reseptene hadde også brent opp.

Det kan være langt mellom liv og lære når det gjelder forskrivning av A- og B-preparater, selv om vi her på bjerget er langt mer restriktive enn i USA, Mellom- og Sør-Europa. Og selv om benzodiazepiner i seg selv er relativt ufarlige og det store flertallet pasienter er måteholdsbrukere, er det likevel lett å bli avhengig og få forverret sine plager, slik Rolf Torodd Olafsen opplevde. Såkalt pseudoterapeutisk bruk, der medikamentene forskrives i lave doser over tid, kan også være problematisk.

Om det er for vanskelig å ta vekk beroligende piller helt og holdent, er det likevel et mål å redusere bruken mest mulig, selv om det krever en aktiv dialog med pasienten. For det som er en ok dose i ung alder, kan fort bli for mye i alderdommen når virkningen av preparatene øker. Sløve pensjonister er ikke bare et problem for sine pårørende. Sjansen for å pådra seg skader og brudd øker også.

Målet bør være at vi kan innrette oss slik at vi kan utholde stress og livets små og store nedturer uten bruk av beroligende og søvndyssende medikamenter, at vi får det vi trenger i akutte kriser og ved akutte skader. Allmennleger som ikke orker å gå dypt nok inn i pasientenes plager bør henvise flere med symptomlidelser til spesialisthelsetjenesten for grundigere diagnostisering og behandling, slik at de slipper å bli gående på medikamenter som i verste fall forverrer symptomene. Forhåpentligvis vil Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets kartlegging gi økt kunnskap om bruken av B-preparater og opiater. Både legemiddelindustrien og myndighetene har et stort ansvar for å ikke legge til rette for lettere tilgang og mer aggressiv markedsføring av vanedannende medikamenter.



ILLUSTRASJON: ARNE BORTHNE

Ministerens mistillit

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen vil frata Helsetilsynet ansvaret for § 3-3 meldingene om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. I stedet skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten få dette ansvaret.

Kunnskapssenteret blir gradvis om-dannet fra en uavhengig forskningsinsti-tusjon til noe midt imellom et forvalt-ningsorgan og tilsyn. Prinsippet om et

uavhengig og rendyrket helsetilsyn, som var sentralt under omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen for ti år siden, synes ikke lenger å være så viktig.

Helsetilsynet er samtidig pålagt å etablere en «utrykningsgruppe» som uten opphold skal slå kloa i helseper-sonell som begår alvorlige feil. Årsaken er at Helsetilsynet har fått kritikk for å arbeide for sent, ta for lett på alvorlige

hendelser i spesialisthelsetjenesten, og i for liten grad ivareta pasientperspek-tivet.

Det er godt mulig at kritikken mot Helsetilsynet har noe for seg. Likevel er det grunn til å stusse over ministerens ulike forslag. Klarere kan hun vanskelig uttrykke sin mistillit til Helsetilsynet og dets arbeid.

Vi venter spent på fortsettelsen.

■ Vi tolerer mindre smerter enn før og medisinerer oss bort fra stress og småplager, hevder professor i idéhistorie, Trond Berg Eriksen. Han tror at legene møter problemene i pasientflokken før alle andre, men også at de selv merker presset fra myndighetene, pasientene og samfunnet på sin egen kropp.

– Legene sitter på en unik utkikkspost

PER HELGE MÅSEIDE

Journalen har møtt Trond Berg Eriksen for å få svar på følgende to spørsmål; Hva er det med samfunnet som gjør det nødvendig å ty til beroligende og vanedannende medisiner, og hva gjør det med samfunnet at en stor andel av befolkningen benytter slike medikamenter?

Voltaren mot vondter. Pasient Trond Berg Eriksen forteller om småplager både her og der på sin 65-år gamle kropp. Nå har han funnet løsningen, Voltaren 12,5 mg. Den er i håndkjøp, og har samme virkning på professorens skuldre og rygg som den sterkere varianten på 50 mg, som han bare kan få på resept hos norske leger. I likhet med medisinprofessor Jørgen Bramness og psykiater og farmakolog Lars Tanum (se egen sak), har han opplevd en mer liberal holdning til medisiner i Sør-Europa.

– Jeg oppholder meg mye i Sveits og Italia, og der er det som regel bare å rusle inn på apoteket og peke på det man vil ha. Det holder å ha med en gammel pilleboks, så tar apotekeren fram en ny, selv om det dreier seg om relativt sterke smertestillende midler, sier han.

Utvasket skille. Tidligere var det et skille mellom stimulerende gifter og medisiner. Det skillet er nå i ferd med å bli visket ut, mener Berg Eriksen, som underbygger påstanden ved å henvise til medisinsalget i kiosker og på bensinstasjoner, i tillegg til privatiseringen av apotekene.

– Vi ser også at forbruksvarer uten dokumenterbare effekter henter autoritet og prestisje fra å etterlikne medisiner, både hva gjelder navn og innpakning, sier han.

Medisinert sivilisasjon. Berg Eriksen viser til at rusmidler alltid har eksistert i alle samfunn opp gjennom tidene, og at man kan gjenkjenne ulike samfunn utfra deres forhold til rusmidler.

– Rusmidler har alltid vært populære og ble benyttet for å unngå triste hverdagsproblemer ved å heve stemningen. Effekten ble ofte betraktet som gudegitt. I hele Europa kunne man på 1700-tallet få straffefritak for politisk oppvigleri og religiøst kjetteri hvis man var påvirket av kaffe. Da ble man regnet som delvis utilregnelig.

Tegn på sivilisasjon. Berg Eriksen peker på at den utstrakte bruken av medisiner er et tegn på sivilisasjon.

– Jo mer sivilisert et samfunn er, desto



FOTO: PAAL AUDESTAD

lettere irriteres vi av mindre smerter og ubehag. Smertetersklene senkes. I våre dager har vi ikke tålmodighet til å registrere de signaler som smertene gir, og som vi kanskje må utholde for at kroppen skal gjenopprette orden og balanse. Vi kan ikke lenger gå en feber ut, men løper av gårde til legen allerede den andre dagen for å få utskrevet antibiotika, sier Berg Eriksen, som mener at «ytrestyringen» av den enkelte i vårt samfunn må ta mye av skylden for utviklingen:

– Vi skal ikke ha tørr hud på nesen,

- Det ble i 2009 omsatt sovemidler og beroligende medikamenter for 291 millioner kroner, og totalt sett har det vært en jevn økning i salget av vanedannende legemidler siste ti år.
- Det selges stadig mindre benzodiazepiner mens det har vært økende salg av sovemidler (z-hypnotica).
- 406 000 personer hentet ut minst én resept på et sovemiddel i 2009.

Kilde: Legemiddelstatistikk 2005-2009, Folkehelseinstituttet og reseptregisteret



« Jo mer sivilisert et samfunn er, dess mer irriterte blir vi av mindre smerter og ubehag.

TROND BERG ERIKSEN

alt skal være vakkert, ettertraktet og energisk. Hvis ikke, føler vi at alt stopper opp, og livet mister mening. Folk krever valgfrihet til rynkefjerning, større pupper og fettsuging. I min alder må man regne med at man blir litt fetere, at man må utholde litt smerte, øresus, svakhet og alderdomsplager. Men vi har ikke toleranse for det som før i tiden het giktiske knær og skuldre. Alt skal fjernes med en gang. I forbrukersamfunnet forsøker vi selvsagt å kjøpe oss ut av misnøyen. Vi går til legen med spørsmål som: Hva er i veien med meg? Hvorfor

føler jeg meg som en klut? I stedet for å oppsøke behandling for faktiske, definerte plager.

– **Hva fører det til at vi medisinerer oss fordi vi ikke utholder smerte og irritasjon?**

– Det kan hende vi lar være å gjennomføre samfunnsforandringer som vi kanskje burde gjennomføre, fordi vi ikke merker irritasjonene, men fjerner irritasjoner som kunne ha fortalt oss et eller annet. Ikke uten grunn sa Karl Marx at religion var opium – altså smertestillende

– for folket. Derfor stod fromheten i veien for samfunnsendringer, mente han. En revolusjonær politisk bevegelse i dag, burde starte med å forby lykkepiller.

– **Kan du gi noen andre eksempler på samfunnsendringer?**

– Jeg vil nødig være for konkret, men i stedet for å bedre boligstandarden for å unngå larm, er det kanskje enklere å ta en sovepille? Det samme gjelder i bedriftene, der det finnes strenge krav til å yte sitt beste hele tiden, og ansatte blir stresset og presset. Kanskje man i stedet

for å ta en pille eller en rask whisky burde ha lagt om timeplanen, fjernet udugelige ledere eller gjort strukturelle forandringer?

Press mot leger. Professoren, som har mange legevenner, sier at signalene han mottar fra dem, er relativt entydige:

– Legene opplever så mye mas fra både pasienter, myndigheter og samfunnet at det kan gå ut over evnen til å gjøre en god jobb. De jeg snakker med, forteller om en økende utmattelse i møte med krevende pasienter, samtidig som de får ansvaret for å uheldige ordninger i samfunnet. Når det i sykmeldingsdebatten hevdes at det er altfor lett å bli ufør, sier man samtidig at det er legene som bør skjerpe seg, siden de sitter med nøkkelen til fordelingen av samfunnets midler. Dagens leger må være aktive innenfor en rekke områder utover det de er utdannet til. I tillegg til å være medisinere må de helst være både sosialarbeidere, psykologer, jurister og økonomer, sier Berg Eriksen og viser til et økende krav om rapportering.

– For legene er det ikke lenger nok å redde livet på pasienten én gang. Det må gjøres flere ganger gjennom dokumentasjoner og kvalitetssikringsrapporter som ingen leser. Mange arbeidstimer går rett i papirkurven. Kontrollgleden har nok gått litt for langt.

– **Tror du det er mulig å snu en utvikling der pasientene velger hvilke medisiner de ønsker seg, uten at de går til lege?**

– Jeg tror at løsningen er å opprettholde, men kanskje justere, det viktige skillet mellom de potensielt skadelige medisinene, som trenger forskrivning fra lege, og de som er relativt ufarlige. Samtidig er jeg jo i stand til å telle til fire. Dersom jeg ønsker 50 mg Voltaren – i stedet for 12,5 mg – kan jeg jo velge å ta fire stykker av dem jeg får fritt over disk. Men folk må oppdras til vettug bruk av smertestillende og beroligende medisiner, slik de må oppdras til vettug bruk av alkohol.

– **Hvilken rolle spiller legene når det gjelder den samfunnsutviklingen du beskriver?**

– Legene sitter på en unik utkikkspost. De opparbeider seg empiri ved å møte problemene i pasientflokkene for alle andre. Derfor skal man høre på allmennlegenes fortellinger om endringer blant pasientene. Når de forteller om uheldige virkninger av kommersialiseringen av helsevesenet, eller om pasienter som ikke bare har lest om sykdommene sine på nettet, men som også krever en handlingsplan fra legen om hvordan de videre skal forholde seg til sykdommen, krever det helt nye strategiske fer-



– Det holder ikke å redde livet på pasienten én gang, det må gjøres flere ganger gjennom dokumentasjon og kvalitetssikringsrapporter som ingen leser, og som går rett i papirkurven, sier Trond Berg Eriksen.

digheter av legen i en ny type forhandlingsposisjon.

Narcissister og borderlinere. – Vi lever ikke lenger i et samfunn der folk spurte: «Hva betyr dette for fellesskapet?» Slike spørsmål stilles ikke lenger. I stedet spør man: «Hva betyr dette for meg?» Mine psykiatervenner forteller at man sjelden ser de nevrosene og symptomene som Freud beskrev. Man ser et overtall narcissister og borderlinere på jakt etter ytre anerkjennelse. Dermed er det skjedd en individualisering av psykiske lidelser. Sykdommene flytter inn i den nye selvopptattheten. Ensomhet er en meget ømfintlig tilstand. Pasientene er mindre opptatt av funksjonssvikt. I stedet gjelder det å føle seg sterk og effektiv, å virke som man er på hugget, å gi inntrykk av at man er lykkelig. På den måten kan man kanskje si at alle plager har fått en psykiatrisk skygge, sier Berg Eriksen, som tidligere var tilknyttet Statens helsetilsyn, blant annet gjennom Denstad-utvalget som så på dispensjoner for behandling av livstruende sykdommer i utlandet for norske pasienter.

– På den tiden var vi opptatt av at det ikke var benbruddene og de store operasjonene som skapte helsekøene. De skapes nok fremdeles av de udefinerbare, udiagnostiserbare og diffuse ubehag hos de største pasientgruppene, sier han. ■

– Middaldrende menn skriver ut mest

Middelaldrende mannlige leger er betydelig mer slepphendte med å skrive ut vanedannende medisiner, sammenliknet med sine yngre og kvinnelige kolleger.

Trine Bjørner, som har doktorgraden på allmennlegers forskrivning av vanedannende medikamenter, fant at pasientenes problemer ble håndtert svært forskjellig blant ulike leger, og at forskjellene ikke kunne forklares ut i fra antallet pasienter legene hadde ansvaret for. Ved hjelp av kvalitative intervjuer fant hun at det var de middelaldrende mannlige legene som lettest grep til reseptblokken, gjerne begrunnet med at pasienten allerede var fast bruker, at forskrivningen var startet opp av en annen lege, og med henvisning til pasientautonomi.

– Dette er jo en lettvinnt måte å avspise pasientene på, sier Bjørner, som forteller at

de mannlige legene benyttet bortforklaringer som at hvis ikke de skrev ut disse medisinene, ville en annen lege gjøre det. Ved hjelp av en reseptregistrering fikk Bjørner en komplett oversikt over alle B-preparater i Oslo og Akershus i en tre måneders periode i 2003. – Yngre leger var kanskje i overkant restriktive. På et kurs i medisinstudiets 10. semester nylig var for eksempel studentene svært restriktive til å skrive ut sterke smertestillende medisiner til en pasient med helvetesild, sier hun.

At kvinnelige leger var klart mindre liberale, mener hun henger sammen med at disse har flest kvinnelige pasienter, og at de bruker mer tid på konsultasjonene.

– Dermed går de kanskje litt dypere inn i materien, sier Bjørner.

– **Vil legenes forskrivning endre seg over tid, og etter hvert som de blir eldre?**

– Det er noe vi ikke vet med sikkerhet, men vi kan kanskje anta at de blir slappere over tid, sier hun.

Svak indikasjon. Bjørner forteller også at mange av legenes indikasjoner til dels var svært svake: – De kunne gjerne begrunne forskrivningen med et allerede pågående forbruk hos pasienten. Samtidig vet vi at halvparten av forskrivningen skjer uten kontakt mellom lege og pasient. Det er mye, sier hun.

Gruppen som bruker B-preparater, kan deles inn i to: en relativt liten gruppe med et skyhøyt forbruk, og en stor gruppe med et relativt lite forbruk.

– En del velfungerende og ofte litt eldre mennesker bruker gjerne de samme dosene, slik at det ikke går ut over deres sosiale liv. Likevel kan nok pårørende være bekymret for at de er «halvt bortreiste». En av årsakene til dette er at omsetningen av medikamentene endres etter hvert som pasientene blir eldre, fordi nedbrytningen går langsommere og konsentrasjonene av fettløselige medikamenter øker som følge av at vi blir «tørre og feitere» med alderen. Da kan man få sterkere virkning som tiden går, selv om dosen er den samme. P. H. Måseide ■

– Bivirkninger blir diagnose

Den tidligere pilleavhengige sosionomen Rolf Torodd Olafsen har i mange år jobbet med medikamentavhengighet. Han driver nettsiden «Medisin mot piller». Hans historie startet med et lengre sykehusopphold etter en bilulykke.

KRISTIN MACK

– Jeg lå på seksmannsrom og fikk Alo-pam for å få sove. Etter cirka 6 til 8 uker begynte jeg å utvikle influensaliknende symptomer, i tillegg til symptomer på angst og depresjon. Jeg stusset, for jeg hadde aldri hatt verken angst eller depresjon før. En psykiater ble tilkalt, og jeg fikk Valium for angsten og diagnosen post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Dette ble starten på ti års farting til diverse fagfolk som skulle behandle meg og mine plager. Redningen ble en bok jeg tilfeldigvis kom over, skrevet av en svensk lege: «Lev bra uten beroligende og sovemedisin». Først da skjønnte jeg at jeg var blitt feildiagnostisert. PTSD-angst- og depresjonsdiagnosene, var rett og slett bivirkninger av Apodorm, sier Olafsen. Hans historie er ikke unik.

Evig runddans. – Ofte påføres problemet av fastlegen som foreslår en vanedannende medisin. Når pasienten så utvikler avhengighet, blir symptomene feiltolket, vedkommende henvises til psykiatrien hvor man gjerne blir diagnostisert på grunnlag av symptomer og ikke årsak. Bivirkningene blir altså diagnostisert som psykisk lidelse, og man ender opp i en evig runddans mellom fastleger, psykiatri og andre deler av behandlingsapparatet, ikke sjelden med trygdeytelser og uførhet som endestasjon. Konsekvensene kan bli livsødeleggende for den det gjelder. Jeg kaller det «skilsmisse-piller».

Skjult lidelse. Olafsen mener samfunnet bruker uforholdsmessig mye ressurser på den relativt sett lille gruppen som utvikler en misbruks- og overforbruksproblematikk. Han mener 300 000 nordmenn har utviklet symptomer på avhengighet, såkalt toleranseabstinens, på B-preparater innenfor terapeutiske doser.

– Jeg fulgte alltid anbefalt dosering, likevel skrek kroppen etter mer medikamenter. De fleste brukere forholder seg til den dose som er bestemt av lege uten å høyne inntaket av tabletter. Dette kan



Toleranseabstinens ved bruk av vanedannende medisiner i anbefalte doser er et lite påaktet problem som ofte blir oversett, mener Rolf Torodd Olafsen.

medføre at man blir gående i en smertefull abstinens døgnnet rundt uten å vite at dette skyldes medikamentenes virkning på kroppen. Det er viktig å være klar over at lavdoseinntak kan gi de samme bivirkninger som høydoseinntak, sier Olafsen.

Olafsen fremhever ikke bare de menneskelige kostnadene, men de enorme summer dette påfører samfunnet, fra utredning på somatisk sykehus til trafikkuulykker, involvering av barnevern og trygdeytelser. Australiske forskere omtaler B-preparater som medikamentene som spiser opp samfunnet innenfra.

– Hva kan gjøres for å forbedre dette?

– Toleranseabstinens ved bruk av vanedannende medisiner i anbefalte doser er et lite påaktet problem som ofte blir oversett. Dette skjer på grunn av for liten kunnskap om medikamentenes negative virkning i kropp og psyke hos både bruker og behandler. I tillegg tror jeg leger med fordel kunne øke sin kunnskap om håndtering av livskriser, som vi alle rammes av før eller senere. Dette vil være en stor økonomisk besparelse for samfunnet generelt, og mange mennesker kan unngå å få sitt liv lagt i ruiner. Samtidig kan flere bli i stand til å gjøre noe med sin avhengighet og etter hvert bli ressurspersoner igjen. ■

– Krav til legens skjønn

Professor Jørgen Bramness ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) er enig i at problematisk bruk av B-preparater i lave doser, såkalt pseudoterapeutisk langtidsbruk, kanskje får for lite oppmerksomhet. Samtidig understreker han at diskusjonen rundt dette temaet har pågått i mange år, særlig blant allmennpraktikere.

– Personlig tror jeg at de aller fleste leger har et reflektert syn på forskrivning av vanedannende medisiner og virkningene av dem. Men du finner selvfølgelig alltid eksempler på de som er mer ureflekterte, enten det nå er i en altfor restriktiv eller altfor liberal retning. Også her, som i alle andre kliniske områder av medisinen, stilles det krav til legens skjønn og evne til å sette kunnskap fra forskning opp mot kunnskap om den enkelte pasient. I tilfeller hvor pasienten har utviklet toleranse og man kun behandler abstinensen, er det riktig å trappe ned og seponere. Ofte ender vedkommende opp med omtrent samme symptomtrykk som før oppstart på B-preparater. I andre tilfeller ser man at pasienten får det klart verre etter seponering, og skjønner at medisinene har hatt en nytteverdi, sier Bramness.

Når det gjelder Olafsens utsagn om at angst- og depresjonsplager forårsaket av beroligende, ofte feildiagnostiseres som primære psykiske lidelser i psykiatrien, stiller Bramness seg mer tvilende.

– Olafsen har nok rett i at dette forekommer, men hvor mange det dreier seg om er vanskeligere å estimere. At dette skulle være en hovedårsak til henvisninger til psykiatrien er jeg uenig i. Til det er terskelen for å få innpass i det psykiatriske behandlingsapparatet rett og slett for høy. Å utvikle angst som reaksjon på benzodiazepinbruk er relativt vanlig; depresjon derimot, er antagelig mer sjeldent. Jeg har også til gode å se forskning som viser at så mange som 300 000 nordmenn sliter med psykiske bivirkninger som følge av vanedannende medisiner. Den suverent hyppigste årsaken til kjemisk utløst angst er jo alkohol, sier Bramness. *K. Mack* ■

Norske leger ikke for

Forskrivningen av B-preparater er langt mer liberal i USA enn i Europa, og andelen amerikanere som står på disse medisinene øker. Norge ligger på mellom 1/5 og 1/10 av benzodiazepinforbruket i USA.

KRISTIN MACK

«Det transatlantiske skisma» kaller Jørgen Bramness ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo forskjellen i forskrivningskultur mellom de to kontinentene.

– Hvorfor er det slik?

– Tankegangen blant amerikanske leger er at så lenge pasienten bruker tablettene i henhold til legens forskrivning, så er det på en måte greit. De stiller seg ganske uforstående til at dette likevel kan være problematisk. Denne holdningsforskjellen er også reflektert i en ny diagnose som kommer i DSM-V: «Iatrogen påført feilbruk». Det er flere i Norge som mener at en slik omskrivning av virkeligheten ikke er hensiktsmessig. Selv om du gjør som legen sier, så kan du få problemer med medikamentene, sier Bramness.

Pasienttilfredshet viktig. Seksjonsoverlege ved Diakonhjemmet Sykehus, Lars Tanum, tror svaret på amerikanernes høye B-preparatbruk ligger i organiseringen av det amerikanske helsevesenet. – Pasienttilfredsheten betyr mye i et privatbetalt helsevesen. I Norden er behandlingen mer styrt av legens faglige oppfatning enn av pasientens ønsker, og legen tar gjerne en kontrovers med pasienten om bruk av vanedannende medisiner. Amerikanske pasienter derimot, har høyere krav; de vil ha det som virker best, og legene skriver i større grad ut høy-effektive medisiner som de vet gir rask symptomlindring. Derfor er også USAs helsevesen gjennomgående mer medikalisert enn vårt. Ta for eksempel antibiotikabruken. Amerikanske leger forskriver langt mer antibiotika enn oss, også bredspektrede typer. Følgelig er resistensproblemet i USA tilsvarende stort. Etter min oppfatning er dette et viktig bakteppe for å



LARS TANUM, seksjonsoverlege ved Diakonhjemmet Sykehus.

« Amerikanske pasienter, har høyere krav; de vil ha det som virker best, og legene skriver i større grad ut høy-effektive medisiner som de vet gir rask symptomlindring.



forstå den amerikanske forskrivningskulturen av B-preparater, sier Tanum.

Hemningsløse legemiddelfirmaer. Han mener også at legemiddelindustrien er en medvirkende faktor. – Lanseringen av Xanor på 90-tallet er et av flere eksempler. Legemiddelfirmaene har vært relativt hemningsløse når de har lansert sine nye benzodiazepiner som mer moderne og mindre avhengighetsskapende enn de gamle. I ettertid har jo for eksempel Xanor vist seg å være vel så avhengighetsskapende som tradisjonelle benzodiazepiner, sier Tanum.

– Ser amerikanske leger på tilvenningsfaren som mindre enn det norske leger gjør?

– Holdningen blant amerikanske allmennpraktikere er jeg ikke så godt kjent med, og det er vel der den største forskrivningen av B-preparater skjer. Men når det gjelder psykiaterne, så tror jeg bevisstheten rundt avhengighetsproblematikken er omtrent som hos norske psykiatere. Det er imidlertid vanskelig for amerikanske psykiatere å demme opp for de forventningene folk har til

restriktive



– Tankegangen blant amerikanske leger er at så lenge pasienten bruker tablettene i henhold til legens forskrivning, så er det på en måte greit, sier professor Jørgen Bramness ved Senter for rus- og avhengighetsforskning

rask symptomlindring, sier Tanum, som både er spesialist i klinisk farmakologi og psykiatri.

Amerikanere bagatelliserer. Professor Bramness mener derimot at amerikanske leger bagatelliserer B-preparatens avhengighetsskapende egenskaper.

– USA har en mer liberal holdning til psykofarmaka generelt. De tenker rett og slett annerledes. Ta for eksempel Somadril: Medikamentet ble for tre år siden anbefalt avregistret i alle europeiske land, mens det ikke engang har hatt observasjonsstatus i USA. Et annet eksempel er den dramatiske økningen i bruken av opioider i USA de siste årene, etter at indikasjonen på denne medikamentgruppen ble utvidet til også å omfatte ikke-maligne sykdommer. Nye tall viser at det rusmiddel flesteparten av amerikanske ungdommer i dag først stifter bekjentskap med, er opioider på avveie, sier Bramness.

Kortvarig effekt. Verken Bramness eller Tanum synes at vi har noe å lære av amerikanerne når det gjelder benzodiazepinforskrivning.

– Det er gode grunner til at vi stiller spørsmål ved forskrivningen av disse legemidlene. Samtidig er det selvfølgelig dilemmaer rundt dette som kan gjøre det ugreit på individnivå. Vi sitter jo faktisk på de medisinene som virkelig er til hjelp for pasientene. Men forskningen er klar: benzodiazepiner har kortvarig effekt, sier Bramness.

Også Tanum mener at det i dag råder en balansert, men restriktiv holdning, men tilføyer at vi nok kan ha vært litt for strenge i perioder.

– For få år siden var jo det å skrive ut et benzodiazepin nesten «litt kriminelt». Men det er selvfølgelig alltid noen som blir veldig ideologiske, og ikke skriver ut B-preparater av prinsipp. Det synes jeg er synd, for designmessig, somatisk sett, er dette ufarlige legemidler; de er ikke giftige og gir ikke skadelige bivirkninger. Brukt riktig, til utvalgte pasienter i kortere perioder, er benzodiazepiner helt på sin plass. La meg også tilføye at USA ikke er alene om å ha en liberal forskrivning av slike medisiner. Det land i Europa som tradisjonelt har hatt størst diazepamforbruk per innbygger, er Frankrike. Satt litt på spissen kan man spørre om Valium og rødvin er det som har bidradd til å holde roen i Frankrike, sier han.

– Hvorfor er forbruket av B-preparater så høyt i Frankrike?

– Jeg har ingen egentlig forklaring på det, men jeg tror at benzodiazepinbruken både i Frankrike og i andre latinske land må ses i sammenheng med deres syn på alkohol. Her er det riktignok store endringer på gang. Mens alkoholforbruket i Nord-Europa øker, går det ned i de Sør-Europeiske landene. Det er blitt hevdet at det skyldes EU og økende integrering av regelverk, både i offentlige og private foretak. Om denne endringen også vil omfatte holdningen til bruk av B-preparater, vil tiden vise, sier Tanum.

Forvirrende. Professor Bramness vedgår at forskjellene i forskrivningspraksis mellom landene kan virke forvirrende.

– De senere år har imidlertid også et økende antall amerikanske forskere interessert seg for B-preparatens avhengighetsinduserende egenskaper, så vi håper at deres holdning etter hvert nærmer seg vår, sier han. ■

– Moderat

Trine Bjørner (bildet), som arbeider fire dager i uken som allmennlege på Majorstuen, sier hun i sin egen praksis ligger på en moderat forskrivning:

– Jeg ser det ikke som min oppgave å trappe ned til null hos gamle mennesker. Jeg benytter ofte beroligende medikamenter i en kort periode ved oppstart av SSRI-preparater før effekten av antidepressiva kommer, med klar avtale om at bruken ikke skal forlenges. Og jeg har ikke noe problem å gi folk noe å sove på ved akutte kriser som dødsfall og liknende. På den annen side vil mennesker som konstant står på valium, ikke få kontakt med sine følelser i livets motbakker.

– Opplever du mye press fra pasientene?

– Nei, det synes jeg ikke at jeg gjør, selv om noen er veldig bestemte på hva de ønsker. Noen av disse har jeg kanskje gitt litt opp, mens min erfaring er stort sett at det går an å snakke med folk og at pasientene er med på nedtrapping dersom de får dette forklart. Her kan en loggbok over bruken være til god hjelp for å bevisstgjøre pasientene, sier hun. Det er viktig å være restriktiv overfor unge pasienter, så man ikke skaper nye faste brukere. P. H. Måseide ■



All bruk skal kartlegges

Helsedirektoratet har bedt Folkehelseinstituttet kartlegge all bruk av B-preparater og opiater i Norge.

– Legemiddelavhengighet er identifisert som et eget problemområde med særegne utfordringer. Kartleggingen som professor Bramness leder, er satt i gang fordi vi ønsker å sikre at vanedannende medikamenter brukes korrekt i den kliniske hverdag, og at feilbruk og avhengighet elimineres. Til dette trengs økt kunnskap. Det har vært hevdet at det brukes for mye vanedannende legemidler, men vi mangler oppdaterte data. Reseptregisteret har akkumulert data i noen år, og vi ønsker å bruke denne nye muligheten til å få bearbeidet statistikk. Slik kan vi få et bedre bilde av kombinasjonsbruk og andre forhold som det tidligere har vært vanskelig å få belyst, sier avdelingsdirektør Marit Endresen i Helsedirektoratet. K. Mack ■

Pasienter oppsøker Google og Wikipedia

MARTIN AASBRENN



(F. 1982)

- ▶ 2003-2004: Lokalleder i MedHum
- ▶ Fra 2006: Høgskolelektor, Diakonhjemmet Høgskole, sykepleierutdannelsen
- ▶ 2006-2009: Vikar allmennpraksis, Fredrikstad
- ▶ 2008: Cand. med., Universitetet i Oslo
- ▶ 2008: Medforfatter på nettbasert kurs i Anatomi, fysiologi, biokjemi og ernæring for NKS fjernundervisning
- ▶ Fra 2009: Turnuslege, Tynset sykehus
- ▶ Fra 2009: Medforfatter, oppgaver til 37 grader-serien, Gyldendal

Googler du jevnlig sykdommene du arbeider med? Mange pasienter googler sykdommene de har. Et søk på hjerteinfarkt, kreft og mange andre sykdommer gir Wikipedia på toppen av svarlista, som første ikke-kommersielle treff. Artikkelen om kreft ser for eksempel ut til å ha hatt rundt 40.000 oppslag i 2009. Kanskje er Wikipedia i ferd med å bli den viktigste enkeltkilden til pasientinformasjon i Norge?

Hva er en wiki? En wiki er et nettsted der innhold enkelt kan legges til, redigeres og slettes av brukerne. At så mange ulike personer redigerer Wikipedia gjør at leksikonet ofte gir grundig, fersk informasjon om både aktuelle og smale temaer. Under nettleksikon-debattene i vinter har mange vist fram temaer der Wikipedia har langt nyttigere artikler enn Store Norske Leksikon. Samtidig gjør wiki-modellen nettleksikonet sårbart for unøyaktigheter. Jeg fraråder mine studenter å bruke Wikipedia som kilde i skriftlige oppgaver. Samtidig anbefaler jeg Wikipedia som et sted å starte å lese om et nytt tema.

Mange av helseartiklene i norsk wikipedia nå er av grei kvalitet. Mange steder er det samtidig lett å finne noe som bør forbedres, og det er ganske enkelt å redigere, se <http://bit.ly/wikipediaintro>.

Det føles som meningsfullt dugnadsarbeid å resymere faginformatjon fra lukkede portaler og lærebøker, og plassere informasjonen i en åpen tekstsamling som er tilgjengelig overalt og blir mye brukt. Vi kan samtidig formidle lenker videre til gode, norske fagartikler som er åpent tilgjengelige, for eksempel fra Tidsskriftet eller Folkehelseinstituttet.

Mange pasienter vil nok ramle inn fra Google til helsesidene på Wikipedia hver eneste dag også i 2010. Selv har jeg i alle fall et forsett om å jobbe litt dugnad på Wikipedia neste høst.

Martin

Hva tenker du om Wikipedia? Innspill på twitter.com/maasbrenn og medisiner.blogspot.com



NETT-TIPS: Trenger du et blankt dokument som du og mange andre kan redigere sammen? Prøv www.ietherpad.com



«Jeg fraråder mine studenter å bruke Wikipedia som kilde i skriftlige oppgaver. Samtidig anbefaler jeg Wikipedia som et sted å starte å lese om et nytt tema.»

JOURNALEN I NYHETENE

Journalens temasak om utenlandske leger og språk ble omtalt i en kommentar av samfunnsredaktør Hilde Sandvik i Bergens Tidende (18. mars). Saken fikk deretter stor oppmerksomhet i en serie debatt- og reportasjeartikler i Bergens Tidende. Redaktør Per Helge Måseide ble bedt om å kommentere tematikken i en kronikk i samme avis.

Saken ble også sitert i VG.

Faksimiler fra Bergens Tidende



Styret

LEDER

Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekantor
svein.aarseth@legeforeningen.no

NESTLEDER

Kristin Hovland, Nmf 23 19 51 00
Statens arbeidsmiljøinstitutt
kristin.hovland@stami.no

Recep Øzeke 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@akersykehus.no

Pernille Bruusgaard 02180
Oslo kommune, Smestadhome
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 15 70 00
Grefsen legesenter
bjorn.sletvold@vikenfiber.no

Siri Schøyen Seterelv, LSA 02180
Bydel Grorud
siri.schoyen.seterelv@bgr.oslo.kommune.no

Vidar Gundersen, LVS 22 85 11 73
Universitetet i Oslo
vidar.gundersen@medisin.uio.no

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus, Ullevål
aasmund.bredeli@ullevaal.no

Oscar Løvdal, PSL 22 93 04 50
Oslo Øre-Nese-Hals
oscar@oslo-onh.no

Kjersti Baksaas-Aasen, Ylf 22 11 96 90
Oslo universitetssykehus, Ullevål
kbaase@online.no

Ole-Christian Normann, Nmf 22 85 50 50
Universitetet i Oslo
ole-christian@normann.no

SEKRETARIAT

Unni Brøter (vikar) 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.brøter@legeforeningen.no

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

KURSKOMITÉ

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

HELSETJENESTER FOR LEGER

Ellen Scheel 22 51 11 00
avdelingsrådgiver
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Sven Haaverstad 23 15 61 00
avdelingsrådgiver
Schouslegene
sven.haaverstad@oslolegene.no

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

Med Legeforeningen for fremtiden

Legeforeningen har innflytelse – våre oppfatninger er etterspurt – i hele landet, fra sentrale myndigheter og internasjonalt. Vårt arbeid som leger og som legeforening skaper bedre helsetjenester i Norge.

Legeforeningen har seks satsingsområder: kvalitet og arbeidsmiljø i sykehus, forskning og fagutvikling, faste stillinger for sykehusleger, fastlegeordningen, støtte til tillitsvalgte, samhandlingsreformen. Legeforeningens mål er å få gjennomslag for vår politikk, godt forankret i foreningen. Strategiene må variere – politiske kontakter, gjennom samarbeidspartner og bevisst bruk av media er noen av våre virkemidler.

Fremtidens legeforening løfter blikket over grensene og satser på et internasjonalt engasjement og perspektiv. Grenser viskes ut - både geografisk, politisk og i helsetjenesten. Svineinfluensaen kom kjapt fra Mexico til Norge. Leger og pasienter krysser grenser. Helsetjenester kan tilbys fra land langt herfra gjennom IT-løsninger. Grunnlaget for godt legearbeid vil likevel alltid være den direkte kontakten mellom pasient og lege. Det gir trygghet og tillit. Fremtidens legeforening har et sterkt engasjement for en kvalitetsstyrt og pasientsikker helsetjeneste i Norge – og med innsikt i hvordan vår nasjonale helsetjeneste er en del av det internasjonale fellesskapet.

Internasjonaliseringen er her! Turnustjenesten er innhentet av EU/EØS-direktiver. Norge må endre turnusordningen. Arbeidstidsorganisering kan bli flyttet fra forhandlingsarenaen med utgangspunkt i norsk lov, til en tilpasning til europeiske direktiver. Faglige retningslinjer for norsk allmennmedisin hentes inn fra utenlandske leverandører.

Medisinen er i rivende utvikling, og leger er faglig tilpassningsdyktige. Magesår blir en infeksjonssykdom og hjerneslag blir blålysmedisin. Genforskningens innflytelse aner vi kun konturene av. Vi krysser grenser også som legeforening. Veivalg i fremtiden gjøres med utvidet horisont. Europeiske rapporter er allerede sendt på høring internt i Legeforeningen. Legeforeningen har i flere år vært en viktig bidragsyter til utviklingen innen psykiatri og menneskerettigheter i Kina, støttet av UD. Mine erfaringer tilsier at vi har store muligheter for omfattende innflytelse internasjonalt, selv om vi er et lite land. Kompetanse og innsats gir muligheter og resultater.



FOTO LEGEFORENINGEN/MARK CABOT

Mine erfaringer tilsier at vi har store muligheter for omfattende innflytelse internasjonalt, selv om vi er et lite land.

TORUNN JANBU

Legeforeningen som fagforening er en pådriver for utvikling av fremtidsrettede avtaler. Legeforeningen som faglig forening organiserer den ypperste medisinske fagkompetansen i Norge. Vi er en utrettelig helsepolitisk aktør. Helsepolitikk er mer enn Samhandlingsreform. Svakere stilte grupper i samfunnet trenger en stemme enten det gjelder helsetjeneste til ikke-vestlige innvandrere, papirløse imigranter, rusmiddelavhengige eller sykehjemsbeboere. I den europeiske legeforeningen (Comité Permanente des Médecins Européens, CPME) leder vi arbeidet om «social inequalities in health».

Skal Legeforeningen være sterk og tydelig kreves en betydelig innsats fra tillitsvalgte – sentralt og lokalt. Reformen, omstillinger og jakten på effektivisering utfordrer arbeidsforholdene og med det mulighetene for godt pasientarbeid. Tillitsvalgte står midt i dette – og jobber hardt for å gi kollegene gode kår for godt arbeid. Støtt opp om dine tillitsvalgte – og still gjerne opp selv!

Legeforeningen jobber for at tillitsvalgtarbeid skal kvalifisere for ledelse. Kvalifiser deg til ledelse – og ta ansvaret og gledene. Både det nasjonale og det internasjonale Norge trenger legeledere.

AV TORUNN JANBU,
president i Den norske legeforening

Aktør eller brikke?

Mellom to og tre tusen arbeidstakere vil bli overflødige ved Oslo universitetssykehus (OUS). Noen vil bli virksomhetsoverdratt til Akershus Universitetssykehus (AHUS). Ledelsen ved OUS håper også at noen vil få jobb på AHUS når sykehuset utvider for å kunne håndtere sine større befolkningsområder. OUS oppretter nå et omstillingssenter for å forsøke å ivareta de som blir overtallige når «Dag 3», som er 1. januar 2011, nærmer seg.

Vi begynner nå å se konturene av, og følgene av det som skjer. Jeg vil minne om at OUS er en spesialisthelsetjeneste som skal levere alt fra nasjonal spisskompetanse til lokalsykehusfunksjoner. Det er en krevende oppgave å ivareta dette:

- OUS må ha de rette folkene
- OUS må ha de rette lokalene
- OUS må ha de nødvendige samarbeidspartnerne
- OUS må ha det rette utstyret
- OUS må ha gode samhandlingsrutiner mot fastleger og pleie- og omsorgstjenesten i bydelene.

I tillegg skal god utdanning av framtidige leger, framtidige spesialister og annet helsepersonell ivaretas. Forskningsmiljøer skal også ivaretas og helst styrkes.

Jeg vil minne om bakgrunnen for det som skjer med Oslosykehusene, slik det står å lese i Revidert nasjonalbudsjett 2007:

«Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Det er identifisert betydelig gevinstpotensial på ulike områder – både faglig og økonomisk. Effektiviseringsgevinstene i den nye regionen må også komme sykehus utenfor hovedstadsregionen til gode, med spesielt fokus på ytterkantene».

Dette bygger på en del credoer som neppe er veldig godt dokumentert, som at store organisas-



ILLUSTRASJON: SVEIN AARSETH

« Leger er ikke brikker som kan flyttes rundt på et organisasjonskart uten at det kan få uheldige konsekvenser.

joner er billigere, mer effektive, gir bedre økonomi og leverer bedre tjenester. Og, ikke minst, selv om det har stått i et statsbudsjett, er det naivt å tenke at en så stor omstilling kan gjennomføres uten at det tilføres betydelige omstillingsmidler. Å ta ut gevinst der intet er investert, er for meg tvilsom økonomisk teori.

Leger er ikke brikker som kan flyttes rundt på et organisasjonskart uten at det kan få uheldige konsekvenser. Vi ser på oss selv som aktører, som former vårt lag og vårt

arbeide, ikke brikker som tenker at framtiden formes av krefter vi ikke rår med. Leger vil akseptere nødvendige omorganiseringer som er faglig og økonomisk godt forankret, og vil gå aktivt inn i organiseringen av de nye tjenestene, fordi den enkelte lege er en viktig aktør i mikrosystemet omkring pasienten, i fagmiljøet og for det samlede faglige tilbudet. På en måte er hver spesialist unik og kan ikke uten videre erstattes av en annen spesialist. Det kan ta lang tid å revitalisere et godt fagmiljø dersom nøkkelpersoner forsvinner.

Over 200 tillitsvalgte og varatillitsvalgte ved OUS gjør en stor jobb for å forsøke å følge opp det som skjer og medlemmenes rettigheter. Legeforeningen og Oslo legeforening støtter arbeidet gjennom kurs og veiledning til tillitsvalgte og, der det er nødvendig, overfor enkeltmedlemmer. Kollegene må gi dem anledning til å gjøre dette arbeidet, bl.a. ved å gi dem nødvendig avlastning.

Vi som jobber på utsiden, er spente på hvorledes OUS vil klare å løse sine oppgaver til beste for befolkningen. Så langt kan det synes som man har vært så opptatt av å lage nye kart at man ikke har klart å videreutvikle samarbeidet med bl.a. fastlegene, noe som er og vil bli den viktigste suksessfaktoren for OUS utenfor sykehuset.



Svein Aarseth

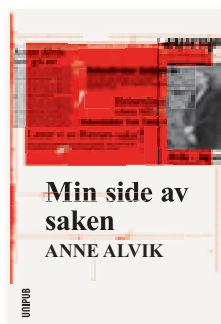
SVEIN AARSETH

Hesledirektør i mediedrev

I september 2000 ble Anne Alviks søknad til Kongen om «avskjed i nåde» fra stillingen som helseledirektør innvilget i statsråd. Bakgrunnen er kjent. Et par år før hadde en overlege ved Bærum sykehus anmeldt en kollega for å ha gitt en kreftsyk pasient «aktiv dødshjelp». Helsetilsynet vurderte saken, kritiserte legen for mangelfull journalføring og sykehuset for manglende rutiner, men fant ingen holdepunkter for dødshjelp.

Like etter, 27. mai 1999, hevdet Aftenposten i et stort nyhetsoppslag at hovedkonklusjonen var feilaktig: Bærum sykehus hadde gitt «aktiv dødshjelp». Avisenes sannhetsviter var to svenske eksperter som hadde fått tilsendt deler av pasientjournalene. Helsetilsynet ble dessuten anklaget for brudd på habilitetsreglene; ifølge avisen var den eksterne sakkyndige legen en «god venn og kollega av den anmeldte».

Dette ble starten på en langvarig mediestorm. Om denne prosessen har Anne Alvik – nesten ti år etter sin avgang – skrevet bok. Hun gjorde klokt i å vente. En grunn er selsagt at hun etter sin avgang fikk solid juridisk støtte for sine vurderinger og handlinger. Justisdepartementets lovavdeling slo fast at det ikke i noen av de kritiserede tilfellene forelå inhabilitet. I 2001 ble anmeldelsene mot Bærum-overlegen henlagt i ulike instanser, til slutt av Riksadvokaten.



ANNE ALVIK

MIN SIDE AV SAKEN

Unipub Forlag, 2010

ISBN: 9788274774810

Pris: 329,-

Viktigere er det likevel at avstanden i tid har gjort hennes personlige beretning sterkere: Her møter vi ikke bare mennesket Anne Alvik, og hennes personlige opplevelse av kritikk og bakholdsangrep, sympati og støtte, men også den profesjonelle, analyserende helsebyråkraten som systematisk, ja nærmest pedantisk går gjennom faser og dokumenter. Adjektivene er få og de kritiske merknadene er alltid begrunnet.

Det er dessuten interessant å lese hennes beretning parallelt med Aftenposten-journalist Robert Gjerdes metoderapport til Stiftelsen for en kritisk og undersøkende presse (SKUP) – som våren 2000 resulterte i et SKUP-diplom for prisverdig journalistikk. Rapporten legger – som vanlig er når journalister markedsfører sine oppslag – stor vekt på at avisen har jobbet hardt med saken, at den har vakt oppsikt og fått konsekvenser. Men forsøkene på dokumentasjon av Aftenpostens påstander er holdt på

et svært omtrentlig nivå, og kildene er stort sett anonymisert. Rapporten har ingen analyse av hvordan holdninger (for eksempel om eutanasi) og faginteresser kan påvirke ekspertuttalelser, eller av skillet mellom muntlige intervjuuttalelser til en journalist og skriftlige utredninger i en faglig sammenheng. Påstandene om inhabilitet er gjennomført upresise. Sov juryen, eller var det rett og slett den oppsikten artikkelen hadde vakt som ble premiert?

Bærum-saken har alle kjennetegn knyttet til skandaliserende mediedrev, og Anne Alvik ble til slutt viltet som skulle felles. Det skyldes ikke bare mediers definisjonsmakt, men også deres evne til å etablere og forsterke sin versjon av virkeligheten gjennom å mobilisere andre aktører som medspillere. Politikere er som regel lette å be, og de anonyme byråkratene som gjennom behendige lekkasjer gjorde Anne Alviks sjefsrolle vanskeligere og vanskeligere, måtte vite hva de gjorde.

Olav Gunnar Ballo og Inge Lønning har offentlig beklaget at de i sin tid bidro til hylekoret mot Alvik. Det er utmerket. Sjansen for at noen vil finne redaktører med en tilsvarende selvkritisk sans er dessverre langt mindre.

SIGURD ALLERN
Institutt for medier og kommunikasjon
Universitetet i Oslo

Fritt Ords Pris til medisinstudent

Mangfold i meninger. Medisinstudenten **BUSHRA ISHAQ** ble 10. mai tildelt Fritt Ords Pris. Ishaq har ved sin deltakelse i den offentlige debatt fylt et rom mellom ytterpunkter, og vært med på å vise mangfold i meninger og trosfortolkninger. Som samfunnsdebattant har hun særlig vært opptatt av kvinnekampens implikasjoner i en multikulturell kontekst, i følge Fritt Ord.

Ishaq (født 1985) er i dag student ved Det medisinske fakultet og forskerstudent ved Avdeling for fysiologi ved Universitetet i Oslo. Hun er fredsarbeider i den internasjonale organisasjonen Youth Global Harmony Association, og sitter i Kvinnepanelet til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Fra 2007 har hun vært dialogarbeider i kontaktgruppen for Mellomkirkelig råd og Islamsk Råd Norge. Hun har tidligere vært leder av Muslimske student-samfunn.

Fritt Ords Pris er på 200 000 kroner. I tillegg følger Fritt Ord-statuetten signert kunstneren Nils Aas. *Fritt Ord/red.*

Hafstad slutter i Aftenposten

Ny avdelingsdirektør. Aftenpostens prisbelønnede og profilerte helsejournalist **ANNE HAFSTAD** slutter i Aftenposten for å tiltre en ny stilling som avdelingsdirektør for nasjonalt folkehelsearbeid i Helsedirektoratet. Hafstad har doktorgrad om tobakksforebyggende arbeid.

Hafstad ble i 2009 tildelt Karl Evangs pris av Statens helsetilsyn, og hun fikk i vår en pris for beste gravesak på 20 år av Stiftelsen for en kritisk og undersøkende presse (SKUP) for sitt arbeid med å avdekke korrupsjon i Nedre Romerike vannverk. Hun har fått SKUP-prisen to ganger (vannverkssaken og dexaminsaken) og diplom for den såkalte «kodesaken» i daværende Helse Sør RHF og skrevet bok om helsejournalistikk. Hun har også skrevet boken *Korrupsjon i Norge*.

AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFORENING

Juni

10. juni Styremøte
18. juni Frist for innlevering av stoff til *Journalen* 3/2010

August

5. august: Utsending av *Journalen* 3/2010
19. august: Styremøte i Legenes hus

26. august: Årsmøte med temamøte i Legenes hus

September

10. – 11. september: Tillitsvalgkurs trinn I for primærhelsetjenesten, Thon Hotel Opera
23. september: Styremøte i Legenes hus

Årsmøte med temamøte i Oslo legeförening torsdag 26. august 2010 i Legenes hus.

Saker som ønskes behandlet, må være Oslo legeföreningens styre i hende senest 8 uker før årsmøtet. Emne for temamøtet og nærmere informasjon om årsmøtet offentliggjøres senere.

SIDEBLICK



FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

Det fusjonerte samfunn

Begrepet sentralisering kom i miskreditt ved kommunismens fall, men innholdet ruller bare videre under nye, mindre belastede navn. Fusjon har overtatt som mantra, men målet og resultatet er det samme - sentralisering. Bedrifter, gallerier og institusjoner skal slås sammen for å oppnå stororganisasjonens fordeler.

Men er disse organisasjonene sammenlignbare når både egenart, produksjon og produkt er så forskjellige?

Kvalitet i pasientbehandlingen skapes ikke i styrerommene

men i undersøkelses- og behandlingsrommene i samarbeid mellom pasient og behandler på individnivå

Når institusjonene vokser i størrelse – blir individene mindre og mindre

Er det noen risiko ved sentraliserte helsetjenester? En nosokomial infeksjon med resistente bakterier kan for eksempel lamme en hel enhet. Da kan det være bra med en likeverdig partner

Nå kommer det data på fusjonens virkninger. De bekrefter grasrotas mistanker.

Det er administrasjonene som vokser ved fusjonene, ikke antall fagpersoner. Likevel forlanges økt produksjon og effektivitet

Kurvener over ansatte i administrasjonen, ikke minst økonomer og leger/sykepleiere versus underskuddene i sykehusene

venter vi på i spenning. Hvilke gruppers relative vekst gir best korrelasjon?

Fusjonsbølgen lar seg ikke stoppe, den må ebbe ut over tid

men effekten på personalfordelingen kan modereres. Er toppbemanningene adekvat sammensatt for den oppgaven?

Hvor mange år vil det gå før vi våkner av marerittet, stirrer mot den gryende dagen og sier i ørske:

Small WAS beautiful!

SVERRE HALVORSEN

«Det var virkelig den største lykkefølelsen jeg tror jeg noensinne har hatt.»

Legen som hadde det medisinske ansvaret for de 11 handikappede deltakerne i Lars Monsens NRK-program «Uten grenser», beskriver turen som sitt livs største opplevelse.

– Jeg var vant til å gå fra café til café. Ikke fra hytte til hytte, forteller en naturfrelst Monica Sailer som de siste årene har jobbet som assistentlege på kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. I høst gikk hun over Nordkalotten, 500 kilometer på 28 dager sammen med Lars Monsen og 11 deltagere med ulike fysiske funksjonshemninger. Ortopedkirurgen var med som ekspedisjonslege. En opplevelse for livet, ifølge Sailer. TV-serien gikk på NRK i vår.

– **Hvordan var det å jobbe som lege på tv?**
– Jeg syntes det var helt uproblematisk. Jeg ble så fokusert på det jeg skulle gjøre at jeg tenkte ikke på at kamera gikk. De filmet jo hele tiden og da merker man til slutt ikke at de er der. Dessuten opplevde jeg dem som veldig diskret og hensynsfulle. I de situasjonene der jeg ble involvert som behandler, spurte de alltid deltageren om det var ok å bli filmet. De presset seg aldri på, og alt foregikk veldig redelig og ordentlig.

– **Hvordan var stemningen på settet?**
– Gruppedynamikken endret seg jo etter hvert som noen måtte dra hjem, og etter hvor slitne de ble, men det var ikke så rart. Det blir et veldig spesielt samhold når man drar på en slik tur og lever så tett. Man lever litt i en boble når det oppstår et eget lite samfunn isolert fra omverdenen på en sånn tur. Tilbake på jobb styrt av klokke, calling og stress skjønte jeg plutselig ikke lenger hva jeg holdt på med. Jeg fikk også utrolig respekt for de plagene deltagerne

MONICA SAILER

(F. 1969)

- ▶ Ferdig utdannet fysioterapeut 1995
- ▶ Jobbet to år som fysioterapeut
- ▶ Cand. med ved NTNU i 2003
- ▶ Turnustjeneste ved Kongsberg sykehus og Seljord/Fyresdal distrikt 2003-05
- ▶ Ass lege på skadelegevakten i Oslo 2005–07
- ▶ Ass.lege ved kirurgisk avd., ortopedisk seksjon, ved Diakonhjemmet Sykehus fra 2007



FOTO: GEIR EVENSEN/NRK

lever med og måten de takler det på. Det jeg har å stri med blir bagateller i forhold. Mitt eget liv ble satt litt i perspektiv.

– **Hva slags reaksjoner har du fått fra kolleger?**

– Bare positive! Tilbake på jobb igjen har både de jeg kjenner og folk jeg aldri har snakket med før, stoppet meg i gangen og gitt hyggelig respons. Moren min er blitt stoppet på butikken i Trondheim, og alle er like imponerte over deltagerens innsats. Jeg hadde jo en birolle og er bare utrolig glad for at jeg fikk være med.

– **Var det mer fysisk krevende enn du hadde forventet?**

– Definitivt. Jeg har gått noen dagsturer i Nordmarka, men sett meg selv som en

urban type. Jeg hadde ikke engang sovet i sovepose før denne turen, hvor jeg også bodde i eget telt. Vi måtte bære vår egen bagasje selv de siste to ukene. Da bar jeg både telt, mat, klær og medisinsk utstyr i én sekk foran og én bak på til sammen 160 liter. Dagsmarsjene varte i elleve til tolv timer, men det var en utrolig lykkefølelse når man på kvelden kunne hvile, ta på seg tørre sokker, varme opp middag på primusen og spise seg mett. Det var virkelig den største lykkefølelsen jeg tror jeg noensinne har hatt, sier Sailer, som reiser på flekken hvis Lars Monsen skulle invitere til ny villmarkstur. ■

AV CHARLOTTE LUNDE