

JOURNALLEN

OSLO LEGEFORENING

NR 2 / 2017



#helsevalget2017

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

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

MEDARBEIDERE I DENNE UTGAVEN:

PER HELGE MÅSEIDE

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

ELLEN RENBERG

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

ESTER NORDLAND

JOURNALIST
ester@esternordland.no

MELANIE EKHOLODT HUYNH

JOURNALIST
huynh.melanie@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 3/2017 er 11.09.2017

Forsidefoto:
Per Helge Måseide
Layout: Svovel AS

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

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

TRYKK: Merkur Grafisk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.fagbladetjournalen.no

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

JOURNALEN PÅ FACEBOOK
www.facebook.com/Fagbladetjournalen

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

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Ettertrykk og elektronisk viderefordeling kun tillatt etter særskilt avtale.



ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS

JOURNALEN I NYHETENE



Temasaken fra forrige nummer fikk bred omtale i VGs papir- og nettgave, og ble mye delt i sosiale medier. Redaktøren redegjorde også for arbeidet med saken på et debattmøte på Litteraturhuset.

INNHOOLD

REDAKTØREN:	
Kan Kjersti Toppe bli vår nye helseminister?	4
TEMA:	
#helsevalget2017	8-17
DEBATT:	
Digital fjernstyring av Noreg	18-19
Nye veier i Helsepolitikken	26
FRA FORENINGEN:	
Årsmelding	20-24
Ny spesialistutdanning - nye muligheter?	25
ANMELDELSE:	27
I FORBIFARTEN: Lise Askvik	28-31



PER HELGE MÅSEIDE

Kan Kjersti Toppe bli vår nye helseminister?

Kampen om helseminister-stolen kan bli mer spennende enn mange har sett for seg. Senterpartiets betydelige fremgang kan bli en joker i spørsmålet om hvordan sykehusene vil bli organisert.

Å spå at Senterpartiets Kjersti Toppe blir vår nye helseminister føles, uten sammenlikning for øvrig, som å skulle forutse Donald Trump som ny amerikansk president. Det vil være svært overraskende om det skjer, men det er ikke utenkelig, og det kan føre til betydelige endringer i helsepolitikken.

I **regjeringsplattformen** stod det at RHF-ene skulle legges ned etter at en samlet sykehusplan var vedtatt. Planen er vedtatt, men noen nedleggelse er det ikke blitt noe av, noe Bent Høie (H) forklarer med konklusjonene fra Kvinnsland-utvalget. Dette er en avgjørelse som også Arbeiderpartiet lever godt med, selv om partiets helsepolitiske talsmann, Torgeir Micaelsen, ikke lar sjansen gå fra seg til å minne Høie på hva han gikk til valg på. Kritikerne, som Legeforeningen og Sykepleierforbundet, mener at utvalgets mandat var for snevert til at en mer omfattende omorganisering kunne bli resultatet. Noen ny runde på nedleggelse av RHF-ene kommer nok uansett ikke med Høie som helseminister.

Helseministerens parti har i øyeblikket storpolitiske problemer under oppseiling. Ut fra TNSs mai-måling (TV2) og InFact sin siste måling, publisert i VG i begynnelsen av juni, vil Arbeiderpartiet ved Stortingsvalget få 64 eller 61 mandater mot dagens 55. Senterpartiet vil bli den store valgvinneren og mer enn doble sin representasjon fra 10 til 28 eller 22 stortings-representanter. Begge målingene gir Ap og Sp rent flertall på Stortinget. For å sette det i perspektiv; Senterpartiet har ikke hatt en eneste stortingsrepresentant fra Oslo på 20 år.

Hvis målingene slår til vil regjeringen måtte gå av. KrF og Venstre risikerer å falle under

sperreregrensen. Da ser det altså ikke blå-blått ut for Høie, selv om partiets hans klarer seg rimelig bra, men helsvart.

Senterpartiets framgang blir forklart med en folkelig protest mot sentralisering og «politisk overstyring». Ulven er blitt en symbolsak, men «opprøret», om det kan kalles det, er mye bredere anlagt. Kommunesammenslåing, lokalsykehus og politireform er noen av stikkordene.

Blir valgresultatet i tråd med meningsmålingene vil Sp stille svært sterkt ved eventuelle regjeringsforhandlinger. Det vil innebære kamp også om de tunge ministerpostene. Jo mer Ap vil ha statsministeren, finans-, forsvars-, og utenriksministeren, dess mer innflytelse vil Sp kreve i kampen om departementene som legger føringer for distrikts-Norge. Et av dem er Kommunaldepartementet. Et annet er Helsedepartementet.

De fleste politikere vil nok være enige med Arbeiderpartiets helsepolitiske talsmann Torgeir Micaelsen om at «operative beslutninger» om hvilke spesialfunksjoner som skal ligge hvor, i utgangspunktet er for faglige til at de burde vært tatt av politikere. Men hvis akuttfunksjonene i små lokalsykehus legges ned kan det få betydelige konsekvenser for infrastruktur og arbeidsliv uten at det teller i de mektige RHF-enes budsjetter. At lokalpolitikere vil ha et ord med i laget når slike ting står på spill, er ikke veldig overraskende. Og det er slike ting som ligger bak Sps fremgang. Man kan lage så mange nasjonale sykehusplaner man bare vil, men straks fakkeltogene begynner å gå, er Senterpartiet på hjemmebane, enten partiet sitter i posisjon

eller i opposisjon. Sammen med KrF og SV har partiet lykket med å sette politikken rundt lokalsykehusene i spill. Akuttkirurgien i Odde ble til slutt reddet takket være Arbeiderpartiet.

Ap og Sp har tradisjonelt vært motpoler i sykehuspolitikken. Et av Kjersti Toppes viktigste politiske prosjekter er å reversere helseforetaksreformen, som Ap i sin tid designet, og som partiet har bestemt seg for å bevare. De regionale helseforetakene skal fjernes som ledd i en større omorganisering av spesialisthelsetjenesten. Der har partiet en helt annen politikk enn Høyre, som inntil nylig ønsket å legge ned RHF-ene, men uten å skrote helseforetaksmodellen som sådan.

Helsepartiets Lise Askvik hevder at selvkritikk sitter langt inne i hennes gamle parti, Arbeiderpartiet. Om situasjonen er annerledes der enn i andre partier er usagt. Men det vil være et mye større nederlag dersom helseforetaksreformen må endres fordi partiet blir tvunget til det av Senterpartiet, enn om partiet selv finner ut at modellen må endres. Skal de to partiene klare å regjere sammen må de derfor klare kunststykket å komme fram til kompromisser i saken der de i utgangspunktet er rykende uenige, men som de begge kan stille seg bak uten av den ene parten framstår som vinner, og den andre som taper.

En løsning kan være å gå inn i konkrete problemstillinger i sykehus-Norge, men forsøke å se om disse kan løses isolert eller i sammenheng med den kommende regionreformen, og ikke ved å kritisere RHF-ene, som ett parti er for, og det andre er i mot.

Det er et bredt flertall for regionreformen



Kampen for lokalsykehusene har på ny skapt sterkt engasjement hos befolkningen og i Senterpartiet. Her taler kommuneoverlege i Odda, Steinar Jacobsen, til demonstranter som ønsker å bevare sykehusets akuttfunksjoner, i februar i år.

som etter planen skal gi 10 regioner fra 2020 i stedet for dagens 19 fylker (18 fra 2018). Overfor *Journalen* er Høie avvisende til at helseforetakene skal inn i disse regionene. Han begrunner dette med at regionene er dannet rundt de store region-sykehusene. Flere av de tidligere fylkessykehusene har nå oppgradert statusen sin til universitetssykehus. Derfor er veien kanskje ikke så lang til å definere flere sykehus som regionsykehus eller å snakke mer om regionsykehusfunksjoner og mindre om det enkelte sykehus sin geografiske plassering. Definisjonene av sykehus, sykehusfunksjoner, bygningsmasser og lokasjoner er ikke akkurat hugget i stein, for å si det forsiktig.

Kanskje kan Ap og Sp også bli enige om å flytte mer makt ned til det enkelte sykehus eller helseforetak. Og regionreformen kan gjøre at man får et nødvendig «glavalag» mellom foretaket og statsråden, og at dette i størrelse blir noe midt i mellom et regionalt helseforetak, Aps foretrukne modell, og en fylkeskommune, Sps foretrukne modell. En annen endring, som vil være symbolsk viktig for Sp kan være å få flere politikere inn i helseforetaks-styrene. Igjen. Kanskje vil man også bli enige om å utrede

en forvaltningsmodell ved å nedsette et nytt «Kvinnsland-utvalg», men med et noe bredere mandat. Å lande en slik prosess vil ventelig ta så lang tid at mye annet kan ha skjedd i mellomtiden.

Hvis det blir en oppsplitting av Helse Sør-Øst, slik Torgeir Micaelsen signaliserer at han kan være med på under visse forutsetninger, vil det være en betydelig forskjell på om dette blir en to- eller tredeling. Regionreformen legger nemlig opp til at Oslo skal bli en egen region. Blir Helse Sør-Øst delt i tre regionale foretak – hvor av den ene er Oslo, er det bare et definisjonsspørsmål om Oslo styres av en region eller et fylke. En tredeling kan gjøre det enklere for Ap og Sp å bli enige om hovedstadssykehusene.

Men hva med det nye Helsepartiet? Vil det få noe å si? Dersom partiet skulle komme inn på Stortinget, slik valgforsker Bernt Aardal ikke utelukker i følge NRK Dagsrevyen, kan det i teorien få reell politisk makt. Mer sannsynlig er det at protestpartiets reelle innflytelse vil ligge i å være «politiker-vaktbikkje», for å låne Lise Askviks eget begrep. Hun er en mester i å sette dagsorden og fikk lobbet inn 150 millioner kroner til ferdigbehandlede brystkreftrammede, og ni

nye stillinger i plastisk kirurgi. I strid med alle prioriteringsprinsipper, vil nok noen si. Partiet vil nok støvsuge helsevesenet etter medievennlige eksempler på resultater av vanstyre, enten det er eldre og syke som er stuet bort på bad eller i bøttekott, eller pasienter som dør mens de venter på kreftmedisinen sin. Det kan bli saker som Toppe kan hive seg på, og som kan gi uttelling i form av et ubehagelig politisk press mot Ap og Høyre, i hvert fall hvis sakene kan vinkles mot noe som de to partiene i dag er for, men som Sp og Helsepartiet er mot, enten det er RHF-direktører på sparebluss eller «glavalag med ansiktsløse byråkrater».

Når Bent Høie ikke har ønsket å gjøre større endringer i RHF-modellen er det nok fordi den fungerer relativt bra sett fra helseministerens kontor, og fordi det stadig tikker inn undersøkelser som viser at Norge har et av verdens beste helsevesen. Det kommer nok ikke til å endre seg så mye uansett helseministerens politiske farge.

Det er lenge til 11. september. Men #helsevalget2017 kan bli mer spennende enn det mange har sett for seg. Heldigvis. **Godt valg!**

Twitter: @perhelgem

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

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

Omstridt styring av helseforetakene

De lærde strides om helseforetaksmodellen. – Den har gitt oss helsebyråkratenes, men ikke folkets, pasientenes eller profesjonenes sykehus, mener økonomiprofessor Bjarne Jensen. – Det er trist når diagnoser blir en økonomisk variabel, sier filosof Arne Johan Vetlesen. Professor i helseledelse Jan Grund peker på at selv om direktørene for de regionale helseforetakene har enorm makt, fungerer styringsmodellen etter hensikten.

ESTER NORDLAND

Journalen har bedt to eksperter på helseøkonomi, en filosof og to fagforeningsfolk vurdere helseforetaksmodellen og hva som kan være veien videre for sykehus-Norge.

Helseforetaksmodellen har overlevd seg selv i 16 år tross sterk motstand. Sykehus-Norge er delt opp i fire regionale foretak (RHF-er), og under dem ligger det 20 helseforetak. De er organisert som egne rettssubjekter med stort ansvar til styre og ledere.

Professor **Jan Grund** (bildet) er professor i helseledelse ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Campus Kristiania. Han var med å utforme modellen, da den kom i 2001. Han sier at den ivaretar to tilsynelatende motstridende hensyn: At staten skal styre og politikerne skal ha mer avstand.



– Helseforetaksmodellen er på en måte politikernes perfekte fiende. Politikerne snakker hele tiden om at de vil styre mer, men det smarte med modellen er at den gir en armlengdes avstand mellom stat og sykehus, sier Jan Grund.

SVARTEPERSPILL

Før 2001 lå sykehusene under fylkeskommunen. Og det var fylkesordføreren som hadde ansvaret, ifølge Grund.

– Men det var et stadig svarteperspill mellom sykehusene, fylkeskommunen og staten om hvem som skulle betale regningene.

– Helseminister Tore Tønne (Ap), grublet på hvordan dette kunne løses: «Burde staten overta spillet mellom fylkeskommunene eller burde det organiseres som foretak?» – Tønne landet på foretaksmodellen. For å hindre svarteperspill og gi sykehusene mer selvstendighet for å ansvarliggjøre ledelsen.

– Tore Tønne ønsket at staten som eier skulle få mye større makt. Han ville ikke ha dette spillet hvor man dyttet ansvar over på hverandre. Han klarte å overbevise Ap veldig raskt uten at reformen ble sendt til offentlig utredning. Det var for å hindre at motkreftene i Arbeiderpartiet fikk organisert seg. Derfor var det heller ingen ordentlig politisk debatt, og sykehusreformen ble gjennomført svært raskt.

Hele reformen var en del av en større hestehandel mellom Høyre, Ap og Frp. Grund forteller at det internt i Ap var stor motstand fra sentrale folk på venstresiden i partiet. Det var mange reformer det første året Stoltenberg 1-regjeringen satt ved makten. Blant annet ble Statoil og Telenor delprivatisert. Jens Stoltenberg kjørte en politikk inspirert av Tony Blair og New Public Management (NPM).

Høyre, KrF og Venstre tok over regjeringmakten høsten 2001. – Da kom helseminister Dagfinn Høybråten (KrF) i et dilemma. Han var ikke tilhenger av så stor makt til helseforetakene i forhold til politikerne. På fødeavdelingen på sykehuset på Lillehammer ble det så mye bråk at styrelederen trakk seg.

BUFFER MOT PENGEKRAV

– Men Høybråten tilpasset seg over tid, selv om han sikkert syntes det var vanskelig, sier

Grund. *Journalen* har kontaktet den tidligere helseministeren for å høre hva han tenker om reformen i dag. Han skriver at temaet tidsskriftet tar opp er viktig, men han ønsker ikke å uttale seg om aktuelle politiske spørsmål i sin stilling som generalsekretær i Nordisk Ministerråd.

– Politikerne har hatt vanskeligheter med å tilpasse seg den autonomien som helseforetakene fikk. Mange har villet avvikle den, men jeg tror modellen har overlevd fordi den har fungert ganske bra. Den har virket som en buffer mot stadige krav om mere penger til helsesektoren.

– Mange av dem som er mot foretaksmodellen har ikke noen enhetlig oppfatning av hva de vil ha i stedet, sier Grund.

HAR SNUDD

Høyre gikk til valg i 2012 på at de ville legge ned de regionale helseforetakene, noe som også står i regjeringserklæringen. Nå har helseminister Bent Høie og Høyre snudd.

– Han har fått på plass tre sentrale styringsredskaper for IKT, innkjøp og bygg. Dessuten har Stortinget vedtatt Nasjonal sykehusplan som gir mer styringsmuligheter. Men fortsatt har regionsdirektørene enormt mye makt, sier Grund.

– DEN BESTE MODELLEN

Selv har ikke Jan Grund endret oppfatning. Han ser ikke noe bedre alternativ.

– Det er en kombinasjon mellom å gi frihet og at staten skal styre. Jeg er tilhenger av denne doble logikken. Etter at den ble innført har vi unngått å få de evinnelige TV-debattene om hvem som hadde ansvaret når noe går galt. Til syvende og sist var



det jo fylket med fylkesordføreren i spissen, men stadig måtte helseministrene til slutt på banen og bevilge mer penger.

Grund mener politikerne burde være glade for at noen gjør de vanskelige prioriteringene.

– Likevel ser jeg at det er vanskelig at de ansvarlige ikke står på valg. De er konsernledere.

– Høie sa i en debatt før forrige valg: «De er ansiktsløse byråkrater». Da repliserte jeg: «Det er bedre enn politikere med to ansikter.»

– En svakhet ved modellen er mangel på demokrati. Men man kan argumentere for at andre hensyn veier mer. Man har greid å styre mer og holde budsjettammene. Det viktigste er kanskje å få gode helsetjenester.

– Hvis man nå gjør små justeringer på foretaksmodellen, og lar den få fundamentere seg, kan man kanskje bruke kreftene på andre ting, på mikronivå: Som for eksempel å få pakkeforløpet i kreftbehandlingen til å virke enda bedre, sier Jan Grund.

BYRÅKRATENES VÅTE DRØM

Professor i økonomi, **Bjarne Jensen** (bildet), ved Høgskolen i Innlandet har skrevet flere bøker om offentlig styring og finansiering av velferdstjenester. Han mener de regionale helseforetakene er blitt helsebyråkratenes våte drøm.



– Vi er i ferd med å lage et system som ikke er et forretningssystem for sykehusene, ikke et folkets, pasientenes eller profesjonenes sykehus, men et helsebyråkratenes sykehus. Det vi trenger er folkets og pasientenes sykehus.

Bjarne Jensen sier at helseforetaksreformen kom i stand på feil grunnlag. – Det ble hevdet at Norge brukte nest mest helsekroner av OECD-landene – bare slått av USA. Men det er feil. I forhold til det norske inntektsnivået er vi, og var vi, av de land som bruker minst på helse i Europa.

– Årsaken til denne myten er at man i andre OECD-land, som for eksempel Sverige, registrerer sykehjem og hjemmesykepleie som sosiale utgifter, mens vi i Norge regner det som helseutgifter. Da blir det feil og ikke sammenliknbart. Der er pleie- og omsorgstjenesten som vokser mest og gir

«RHF-ene er blitt et rent byråkratisk mellomledd ledet av fire superbyråkrater. De er adelen i helsevesenet.»

BJARNE JENSEN

store helsekostnader, sier Jensen som mener vi bruker for lite på sykehusene våre i Norge.

VILLE SKAPE ET MARKED

– Idealet for modellen med de store regionforetakene, var at man skulle skape et marked for sykehustjenester. Og at man i konkurransen mellom sykehusene skulle få fram de beste løsningene og et mest mulig bærekraftig helsevesen. Men det har vi ikke fått. RHF-ene er blitt et rent byråkratisk mellomledd ledet av fire superbyråkrater. De er adelen i helsevesenet.

Jensen mener at RHF-ene er preget av ukultur.

– Tilsynelatende skal det være en forretningsvirksomhet der sjefer tar ansvar for dårlige beslutninger, men ikke mer enn at de får en ny jobb et annet sted i høyt oppe i systemet. Sjefer som får sparken i et helseforetak, dukker opp som leder i et annet. – Det er typisk i slike byråkratier som blir så sterke, at toppene hjelper hverandre.

I reformens spede barndom hadde man 40 helseforetak som drev sykehus, nå er dette blitt til 20. Bare i helseforetaket Møre og Romsdal er det 147 personer som nå jobber med administrasjon. – Man burde avvikle RHF-ene og bruke dagens 20 helseforetak som styringsredskap. Det er i realiteten de som driver sykehusene i dag.

Jensen mener også at folkevalgte må inn i styrene. Over dette nivået skal departementet og stortingspolitikere inn og ta overordnede beslutninger.

DET GÅR GALT

Arne Johan Vetlesen (bildet), er professor i filosofi ved Universitetet i Oslo, og har spesialisert seg på etikk og moralfilosofi.

Vetlesen er negativ til den omveltning sykehussektoren, som kom da Tore Tønne ble helseminister. Arbeiderpartiet hadde først gått mot innsatsstyrt finansiering, som ble innført i



1997, men snudde etter et kompromiss med høyresiden.

– Jeg synes det er trist når diagnoser blir til en økonomisk variabel. Når det som er et medisinsk anliggende blir omregnet i kroner og øre. Legene har lang erfaring med sykdommer og helsetilstand. I dette perspektivet bør det ikke være rom for en slik økonomisk tenkemåte.

– Derfor går det galt når helse skal oversettes til en bedriftsøkonomisk størrelse, som tilhører en helt annen logikk. Det gjøres til en post i et budsjett, som om det var en hvilken som helst post, sier Arne Johan Vetlesen til *Journalen*.

LEI AV EKSPERTVELDET

Christian Grimsgaard

(bildet), nestleder i Overlegeforeningen og konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst, er svært skeptisk til hvordan helseforetaksmodellen har utviklet seg. Han har ikke noe sans for Jan Grunds forsvar for reformen. – Jeg er skeptisk til



om en økonom med utsyn fra et skrivebord, sitter med et godt og helhetlig bilde av virksomheten ute i sykehusene. I stedet burde han lytte mer til dem det angår. Jeg er litt lei av ekspertveldet som baserer seg på kunnskap kun om makronivået.

– På mange sykehus i landet er det ikke lokal ledelse. Det er en uønsket utvikling. I stedet burde det vært flere enheter og kortere lederlinjer.

– Bare på OUS, der jeg selv er ansatt, er det seks ledernivåer.

– Det blir lengre og lengre avstand mellom topp og bunn i helsevesenet, sier Grimsgaard og sukker tungt. Han mener det påvirker alt fra utføringen av helsetjenestene til det psykososiale miljøet.

– I sykehus-Norge varierer sykefraværet

«Det sier noe om hvor dårlig det fungerer når de store enhetene har opptil ni prosent sykefravær – over tid.»

CHRISTIAN GRIMSGAARD



på mellom tre og ni prosent. Det sier noe om hvor dårlig det fungerer når de store enhetene har opptil ni prosent sykefravær – over tid. De minste enhetene har radikalt mindre sykefravær enn de store.

STOR FRUSTRASJON

Grimsgaard sier det er stor frustrasjon over hvordan modellen virker. Den innebygde regelen i systemet er sånn:

– Hva gjør du når lederne for to sykehus krangler? Jo, da slår du dem sammen, og en av dem blir leder for gigantsykehuset. Da får direktøren mer lojale ledere og det blir mer bekvemt.

– *Gjør systemet at ansatte er redde for å varsle om uholdbare tilstander?*

– Ja. Vi har gått fra en situasjon da sykehusene var flinke til å varsle om problemer i driften, til det motsatte. Før helseregionreformen skapte sykehusledelsen skremmebilder av hva som ville skje om man ikke fikk de bevilgningene man ønsket. Nå gjør ledelsen det motsatte, de rapporterer i tråd med det deres ledere ønsker å høre.

I Norge skal 19 fylker reduseres til ti som ledd i en reform som er planlagt å tre i kraft i 2020. Tanken bak regionreformen er å styrke alt fra infrastruktur, til næringsliv, servicetilbud og arbeidsmarked. Politireformen er en del av dette.

Grimsgaard mener helseforetakene bør fundamenteres i de ti regionene som nå skal etableres.

– Men dagens modell kunne også fungert om det ble lagt noen begrensninger på den, sier han.

– RHF-direktørene er en gjeng som har sittet ganske lenge, enkelte i mer enn 15 år. Noen har sittet på toppen gjennom sju helseministre.

– Jeg savner en tanke om maktdistribusjon. Gjengen av foretaksledere er blitt veldig mektige, sier Grimsgaard. Han beskriver et system der mange av dem er tjent med å dysse ned problemene og beskrive hvor bra det går for å holde seg i direktørstolen.

SKADELIG MAKTKONSENTRASJON

– Det er så mange ledd, og blitt en så kompleks struktur. De som har det øverste ansvaret har verken kjennskap til den pasientrettede virksomheten eller kunnskap om hvor skoen trykker på andre områder på sykehuset. Det er vanskelig å få til en informasjonsflyt begge veier, er **Marit Hermansens** (bildet) dom over foretaksmo-



dellen. Presidenten i Legeforeningen viser til flere eksempler der informasjon etter hennes mening ikke har nådd oppover, som for eksempel IKT-skandalen i Helse

Sør-Øst, der bulgarske ingeniører har hatt mulighet til å kunne lese sensitive pasientjournaler, håndteringen av ventelistene, og kaoset rundt spørsmålet om faste stillinger ved OUS.

Legepresidenten mener det er skadelig når for mye makt er konsentrert på få hender. Det er en liten gruppe mennesker som bytter posisjoner, sier hun.

Hermansen peker på at Høie sier at han ønsker en forskyvning av makt nærmere pasientbehandlingen. – Det er vanskelig å se hvordan man kan få til det uten å endre modellen.

MÅ POLITISERES

1. juni vedtok Legeforeningens landstyremøte at man vil avvikle dagens RHF-er. Landstyre går inn for et system med flere selvstendige sykehus underlagt regional styring, og at sykehusene må stå sentralt i arbeidet med ny regionreform. Foreningen mener at enten en ren forvaltningsmodell, eller en hybridmodell med forvaltning på regionalt nivå, og en foretaksmodell på sykehusnivå, bør utredes.

Legeforeningen mener også at det må utredes modeller som gir sykehusene mer selvstendig makt.

– Vi mener makt både må sentraliseres og desentraliseres. De store politiske avgjørelsene må tas av politikerne, mens det drifts- og fagmessige må tas på lavere nivå. Vi må politisere helsevesenet igjen, og politikerne må ta de store overordnede beslutningene. Helsetjenesten er nesten blitt avpolitisert ved at så mye makt er lagt til regiondirektørene i lukkede rom.

Hermansen mener imidlertid at det har skjedd enkelte positive justeringer. – Det er en god løsning at man har en nasjonal overbygning for IKT og bygg. Men eieren av disse nasjonale foretakene er jo fortsatt de fire RHF-direktørene.

– Den nasjonale sykehusplanen Stortinget nettopp vedtok, burde også inneholdt en plan for styring av sykehusene, hvor Stortinget i større grad kunne tatt noen overordnede beslutninger, sier Marit Hermansen. ■

«Det er så mange ledd, og blitt en så kompleks struktur. De som har det øverste ansvaret har verken kjennskap til den pasientrettede virksomheten eller kunnskap om hvor skoen trykker på andre områder på sykehuset.»

MARIT HERMANSEN



Vil en av disse styre sykehusene?

Mest sannsynlig vil Bent Høie (H) eller Torgeir Micaelsen (Ap) bekle helseministerposten de neste fire årene. Men Senterpartiet har hatt sterk fremgang på meningsmålingene. *Journalen* har snakket med partiets helsepolitiske talsperson Kjersti Toppe og de to favorittene i anledning stortingsvalget 11. september

ESTER NORDLAND

Fremtiden til de regionale helseforetakene (RHF-ene) er blitt diskutert bredt på alle partienes landsmøter denne våren. Ap er eneste parti som hele tiden har støttet dagens modell, mens Høyre har snudd. Partiet vedtok å gå bort fra standpunktet om å legge ned helseregionene.

Frp, KrF, MDG, Sp og Rødt vedtok alle at de ønsker å legge ned RHF-ene, mens Venstre ønsker at mer makt og ansvar skal overføres fra RHF-ene til sykehusene. SV vedtok en formulering om at «bedriftsaktige helseforetak må erstattes av normal offentlig drift», uten å spesifisere nærmere om struktur.

BENT HØIE (H):

I opposisjon ville helseminister Bent Høie legge ned regionforetakene. Han mente sykehusene var styrt av «ansiktsløse byråkrater». Nå har han gjort kuvending og vil ikke skrote modellen likevel.

– I regjeringserklæringen sto det at dere ville legge ned RHF-ene. Nå har du snudd. Hva er grunnen?

– Vi hadde flere endringer vi ville gjøre, som vi nå har fått på plass, sier helseminister Bent Høie til *Journalen*. – Nasjonal helse- og sykehusplan er utarbeidet og vedtatt. Det sikrer tydeligere politisk og demokratisk styring av utviklingen av sykehusene. Det politiske ansvaret er ikke lenger bare overlatt til regionene, sier helseministeren ivrig.

Kvinnsland-utvalget ble nedsatt for å utvikle alternative modeller. Bent Høie sier at han og Høyre har lyttet til rådene fra utvalget og høringen etterpå.

– Det viste seg å ikke være tilslutning av betydning til andre modeller. Andre løsninger framstår ikke som bedre enn den modellen vi har i dag.

– Er en av årsakene til at du snudde at du opplevde mye motstand og støy i forhold til beslutninger du har tatt? Særlig i forbindelse med sykehusnedleggelse?

– Tvert imot, sier Høie.

– En annen endring jeg har gjennomført er å ta tydelig politisk ansvar for de vanskelige sakene og ikke overlate dem til foretakene alene. Nedleggelse av sykehus, endring i struktur og plassering av nye sykehus er beslutninger, som er tatt av meg og som har plassert det politiske ansvaret. Tilbakemeldinger jeg har fått er at dette har bidratt til mindre støy. – Mange, som Jan Grund, sier at helseforetaksmodellen er lagd for å holde politikerne på armlengdes avstand fra sykehusene?

– Da jeg var i opposisjon kritiserte jeg at en ikke benyttet de politiske styringsmulighetene systemet ga. Jeg har gjort noe med nettopp det. Helseministre før meg har brukt helseforetaksmodellen, slik den var, for å skjerme seg mot å ta politisk ansvar. Fra dag én etter at jeg ble helseminister tok jeg politiske beslut-

ninger om hvordan sykehusene skal se ut.

– Du har sagt du vil forbedre modellen. Hvordan?

– Som sagt har vi fått på plass bedre redskap for politisk styring. Men vi vil også se på områder der vi kan sikre at de lokale helseforetakene får større handlefrihet. Vi jobber nå med hvordan.

– Flere tar til orde for at helseregionene legges inn under de ti nye regionene, som kommer i stedet for dagens 19 fylker. Hva mener du?

– Det er en svært uklok modell. Det som har vært en vesentlig tenkning, lenge før staten overtok, er at man har regioner bygd opp rundt regionsykehusene. Det ville vært utenkelig med ti så høyspesialiserte sykehus som regionsykehusene er.

– Hva med den modellen Bjarne Jensen skisserer, der man avviker de fire regionforetakene og har 20 helseforetak, som knyttes nærmere opp til departementet?

– Det er en modell som er utredet. Da blir det overveldende mange saker som må håndteres av helseministeren personlig. Det ville blitt en sentraliserende modell og mye makt ville flyttes til det nasjonale nivå. Det ville revet ned teamtenkningen og bygd opp nye murer mellom lokalsykehus og regionsykehus. Det ville ført til forsterket kamp og konflikt.

– Du brukte selv et begrep da du var i opposisjon, nemlig at RHF-ene var ledet av «ansiktsløse byråkrater».

– Ja. Ulike helseministre før meg skjøv helseregionene foran seg og turte ikke å bruke dem for å ta politiske beslutninger.

Da Bent Høie var i opposisjon sa han også at det var mange «glava-lag» mellom ledelsen og de ansatte i sykehus-Norge.

– Ved OUS er det for eksempel seks

«Veksten i private helseforsikringer var rekord-høy når Ap satt ved makten. Jeg har vært veldig bekymret for den utviklinge»



«Kjersti Toppe burde tenke gjennom sitt eget partis rolle i regjering for hun skylder på andre for ikke å ta ansvar.»

ledernivåer. Mange mener at det er for mange ledernivåer på sykehusene, og at viktig informasjon og kritikk ikke når oppover.

– De samme som er opptatt av mange ledernivåer, er også opptatt av lederspennet, sier Høie. – De er opptatt av å ha en leder nær seg, som kjenner alle de som jobber under dem. Det betyr at man i en stor virksomhet med mange ansatte må ha flere ledernivåer. Det gjelder å ha den rette balansen mellom lederspennet og ledernivået.

– *Budsjettforliket mellom regjeringen og samarbeids-partiene betyr at sykehusene skal effektivisere med 427 millioner. Men Produktivitetskommissjonen mener det ikke er stort mer å hente når det gjelder effektivisering. Ved OUS skal den økte aktiviteten i 2017 møtes med et bemanningsnivå som er likt, eller lavere, enn i 2016. Er strikken strukket for langt?* – Det er ikke slik at det ble kutt i syke-

husbudsjettet. Stortinget har vedtatt mindre vekst, enn regjeringen foreslo. Men det er fortsatt vekst.

– *Nye sykehus legger opp til færre sengeplasser. Er det forsvarlig?*

– Spørsmålet er hva som er behovet i forhold til den medisinske utviklingen. Nå gjøres mer og mer av sykehusbehandling poliklinisk. Flere kan dra rett hjem og flere kommer raskere tilbake til sykehjemmet de bor på, sier Høie. Han sier det til dels skyldes samhandlingsreformen og dels at behandlingsmetodene er blitt bedre.

Han peker på at en av grunnene til at sykehusene planlegges med færre senger, er at flere får enkeltrom. Det mener han er bedre for pasientene og vil hindre sykehusinfeksjoner.

– *Kjersti Toppe mener at den nasjonale sykehusplanen ikke er et godt nok styringsredskap for politikerne, for å legge føringer på antall kirurger som utdannes eller for å sikre fødetilbudet. Hva er din kommentar?*

– Kjersti Toppe burde tenke gjennom sitt eget partis rolle i regjering for hun skylder på andre for ikke å ta ansvar. Hun burde feid for egen dør først, og så gitt meg ros for at det jeg har greid å få til. Det er mye av det Sp mente, som de selv ikke fikk til i regjering.

– *Torgeir Micaelsen sier at Norge er i ferd med å få et todelt helsevesen. Hva synes du om at stadig flere skaffer seg private helseforsikringer?*

– Veksten i private helseforsikringer var rekordhøy når Ap satt ved makten. Jeg har vært veldig bekymret for den utviklingen, derfor er jeg opptatt av at få til redusert ventetid og fritt behandlingsvalg. Mange steder er det fortsatt urimelig lang ventetid, selv om ventetiden aldri har vært lavere enn nå. Vi har fått til fritt behandlingsvalg innenfor det offentlige finansierte helsevesenet. Jeg er redd for at hvis Ap reverserer dette, vil det føre til økt vekst i de private helseforsikringene, avslutter Bent Høie.

TORGEIR MICAELSEN (AP):

Torgeir Micaelsen setter pris på at helseministeren har snudd når det gjelder regionforetakene. Men han synes det var uryddig da Høie gjorde det til et av de viktigste spørsmålene i forrige valgkamp.

– Det er bra at Høyre og Høie har valgt å gjøre det de mener er riktig og at de ikke vil true igjennom endringer for endringenes skyld. Men det er klart at det er et gjennomslag med bismak. Alle husker hvor tøft han gikk på banen, da han gikk til valg mot denne modellen og lyktes, sier Torgeir Micaelsen.

Han er Aps helsepolitiske talsmann og kan bli vår neste helseminister.

– Det er forskjell på å være mot noe og bruke så tøff retorikk. Han hadde jo en viss oppslutning enkelte steder i sykehus-Norge. Men jeg er glad for at Høie har realitetsorientert seg.

– Fikk han realitene rett i «flaisen» for å være litt folkelig?

– Ja. Utredningene fra Kvinnsland-utvalget har vist at det er ikke noen realistiske alternativer, som vi med sikkerhet kan si vil gjøre det bedre enn i dag. Sykehusene forvalter et budsjett på over 150 milliarder kroner. Hvis du skal starte en storstilt ny omorganisering av en av landets største sektorer, så bør du med stor sikkerhet vite at det blir til det bedre.

– Å avskaffe dagens modell, vil i realiteten være å gå tilbake til den modellen vi hadde på 90-tallet, der fylkene styrte sykehusene. Det var en grunn til at staten overtok sykehusene. Det handlet om at det var opparbeidet store



FOTO: ESTER NORDLAND

«Jeg er glad for at Høie har realitetsorientert seg.»

underskudd, at investeringstakten var for lav og at veldig mange var misfornøyd med situasjonen. Å tro at det skal bli bedre ved å tilbakeføre sykehusene til en slik modell, har jeg ingen tro på, sier Micaelsen.

For somatisk helsetjeneste er basisbevilgningen på 50% i 2017 og innsattsstyrt bevilgning også på 50%.

Micaelsen sier at den innsattsstyrte finansieringen bør dempes til fordel for økt rammefinansiering. – Her er jeg enig med Toppe.

Han sier at den innsattsstyrte modellen egentlig var ment som et verktøy for ledelsen ved sykehusene, slik at de får betalt for det de faktisk gjennomfører. – Men det har vist seg at den ofte slår inn på lavere nivå og påvirker virksomheten på sykehusavdelingen.

Micaelsen vil beholde styrene ved sykehusene, men vil utvide dem med representanter med medisinskfaglig, digital og samfunnsfaglig kompetanse.

– Og jeg vil innføre egne beslutningsmøter

i foretaksstyrene, der det eneste som er i fokus er faglig kvalitet og pasientsikkerhet.

I tillegg vil han ha stedlig ledelse, som hovedregel ved alle norske sykehus. – Hvis du vil få til god kulturbygging og godt samarbeid, må du ha ledere som både fysisk og mentalt er til stede. – *Bør Stortinget vedta en mer bindende plan – en slags nasjonal transportplan – for sykehusene?*

– Vi lanserte i 2011 Helse- og omsorgsplanen, som er forløperen til det Stortinget nå har vedtatt, det som nå heter Nasjonal helse- og sykehusplan. Der tar vi overordnede beslutninger, og peker på hva som skal være sykehusstruktur og minstekrav til de ulike sykehustypene. Men jeg mener fortsatt at det ikke er ønskelig at

Stortinget går inn og tar operative beslutninger om for eksempel hvilke funksjoner som skal ligge innenfor de ulike sykehusene.

– *Senterpartiet mener det bør være et flertall av folkevalgte i foretakenes styre?*

– Det har ikke vi lagt opp til. Vi mener det skal være et samarbeid mellom folk som har kompetanse på ulike områder som er viktig for sykehusdrift.

Micaelsen mener den modellen Sp skisserer er dårlig, og likner til forveksling på tidligere tiders modell der fylkene drev sykehusene. Han mener dette systemet var dårlige og at det kan gi store rivninger i form av lokaliseringdebatter og at enkeltregioner står mot hverandre.

– Dagens system, med justeringer, vil være det beste. Og det er rom for politisk styring. Til syvende og sist har helseministeren gode muligheter til å gå inn og styre, sier Torgeir Micaelsen før han haster videre til neste komitémøte.

«Jeg vil innføre egne beslutningsmøter i foretaksstyrene, der det eneste som er i fokus er faglig kvalitet og pasientsikkerhet.»

KJERSTI TOPPE (SP):

– Det burde ikke være spesielt annerledes å drive sykehustjeneste enn andre helsetjenester eller eldreomsorg og skole i kommunene, mener Kjersti Toppe, som er Senterpartiets helsepolitiske talsperson.

– Hvordan ønsker dere helsevesenet organisert?

– Vi ønsker å legge ned de fire regionale helseforetakene (RHF-ene) og legge helseforetakene direkte inn under departementet.

– Det er et 100 prosent offentlig finansiert helsetilbud, og burde blitt drevet på samme måte som andre offentlige tilbud. Det er blitt en halvsannhet at det ikke er mulig å drive på andre måter enn et statlig foretak.

– Andre land har snudd. Skottland og New Zealand hadde for eksempel helseforetak, men gikk vekk fra det og la det under vanlig offentlig forvaltning, sier Kjersti Toppe til Journalen. Hun er utdannet lege og møter oss i trappa opp til stortingslobyen.

Senterpartiet mener at de 20 helseforetakene bør bli til 19 og legges under dagens fylker, selv om partiet er åpen for å vurdere færre foretak. Toppe er skuffet over Kvinnsland-utvalget, som hun mener ikke utredet et slikt alternativ ordentlig.

– I tillegg ønsker vi en helse- og sykehusplan, som blir mer styrende enn den vi nettopp vedtok, slik at Stortinget får mer overordnet ansvar for det som skjer. Slik man i dag har med Nasjonal transportplan.

Senterpartiet ønsker også at man går bort



FOTO: ESTER NORDLAND

«Det er i hvert fall ikke de folkevalgte som styrer.»

fra dagens innsatsstyrte finansieringsmodell og i sterkere grad rammefinansierer tilbudet.

– Når sykehusreformen kom, begynte man med først å innføre bestiller- og utførermodellen og innsatsstyrte finansiering, til slutt kom de regionale helseforetakene. Vi må se dette i sammenheng. Det er ikke RHF-ene i seg selv som er problemet, men hele systemet.

– Er det for mye markedstenkning?

– Ja. Man fraskriver seg ansvaret og overlater det til fire direktører i helseregionene. Vi ønsker at det lokale nivået skal inn, ved at det blir et flertall i hvert enkelt foretaksstyre av folkevalgte representanter fra fylkestinget. Jeg mener at en del av oppgavene til dagens helseregioner kan bli desentralisert, og en del kan gå oppover til departementet, sier Toppe og peker på at nasjonale oppgaver som IKT, bygg og medisiner tas hånd om på nasjonalt nivå allerede i dag.

– Flere mener at systemet har et innbakt demokratisk problem?

– De sier at man har demokratisk kontroll, at statsråden kan gå inn når han vil og ta politisk styring. Men det er i hvert fall ikke de folkevalgte som styrer. Det er en veldig maktkonsentrasjon inn mot Helsedepartementet, og Stortinget kan knapt vedta noe i sykehuspolitikken. Hvis man vedtar noe blir det ikke fulgt opp. Ta for eksempel vedtaket om stedlig ledelse. Det betydde ingenting! Helseforetakene gjør akkurat som de selv vil, sier en opprørt Kjersti Toppe. – Stortinget blir holdt utenfor vesentlige ting som endringer i føde- og akuttilbud eller at det ikke utdannes nok kirurger med kompetanse innen generell kirurgi.

– Folk flest er kritisk til helseforetakene, fordi de ikke kan godta at noen de ikke kjenner – noen de

ikke kan kaste ved valg – skal bestemme over velferdstilbudet deres. Hvorfor skal ansiktsløse byråkrater få lov å bestemme så viktige spørsmål?

Kjersti Toppe er svært bekymret over at antall sengeplasser på sykehusene skal bygges ned. Og at nye sykehus planlegges med enda færre senger enn i dag.

– De fleste som er syke er eldre og vil fortsatt ha behov for en seng. Man ønsker å gå fra døgntilbud til mer dagbehandling, men det er ikke alt man kan behandle poliklinisk.

– Er du glad for at man ikke greide å legge ned noen av de lokale sykehusene man forsøkte på?

– Ja. Det har skjedd mye de siste fire årene. Regjeringen hadde store planer om å sentralisere sykehusene. Men det har vært stor faglig og folkelig motstand mot dette og man har klart å presse det tilbake, sier Toppe engasjert. ■

«Det er ikke RHF-ene i seg selv som er problemet, men hele systemet.»

Vurderer oppsplitting

Konserntillitsvalgt Christian Grimsgaard mener at situasjonen ved Oslo Universitetssykehus (OUS) er uholdbar og at Helse Sør-Øst RHF må splittes opp. Han får delvis støtte fra Arbeiderpartiets helsepolitiske talsmann, Torgeir Micaelsen.

ESTER NORDLAND

Flere helsepolitikere snakker nå om at det må gjøres noen drastiske grep i Oslo-regionen.

I 2007 ble Helse Øst og Helse Sør slått sammen til den gigantiske helseregionen Helse Sør-Øst. 58 prosent av norske pasienter sogner til denne helseregionen. I 2015 var budsjettet i regionen på 79 milliarder kroner.

Hovedårsaken til sammenslåingen var at Rikshospitalet-Radiumhospitalet i starten ble lagt under Helse Sør, mens Aker, Ahus og Ullevål lå under Helse Øst. Etter den såkalte "kodesaken", der barn feilaktig ble diagnostisert med søvnapné-syndrom, gikk Helse Sør-direktøren av. Deretter ble de to regionale helseforetakene, og Oslo-sykehusene, samlet i en helseregion.

Christian Grimsgaard, nestleder i Overlegeforeningen, og nyvalgt konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst, er en av dem som ønsker enn oppdeling.

– Det er i denne giga-regionen at hoveddelen av den medisinske aktiviteten i Norge foregår.

Grimsgaard sier at det bør bli endringer her selv om det ikke skulle skje noe med de regionale helseforetakene. – Men det vil synliggjøre at Helse Sør-Øst systemet er ganske dårlig stilt økonomisk. Driften ved OUS er dyrere enn før sykehusene ble sammenslått og dette svekker økonomien i regionen.

AP VURDERER DELING

Torgeir Micaelsen sier at Ap er åpne for å vurdere om Helse Sør-Øst bør splittes opp i to enheter igjen. – En slik deling må først skje etter en grundig risiko- og sårbarhetsanalyse. Dette er en stor endring, som ikke er blitt belyst i stor nok grad i Kvinnsland-utvalget, sier Torgeir Micaelsen og legger til at man må tenke seg nøye om: – Endringer fører ofte til at mye kraft må gå med til selve endringen.

– Sammenslåingen av Oslo-sykehusene har ikke vært vellykket. Men det må sees i sammenheng med at sykehusene var i en krevende og alvorlig økonomisk situasjon og at det ikke var bærekraftig.

– De planene som nå foreligger viser at det er mer realisme og planleggingskraft i Oslo-området, sier Micaelsen.

HØIE FORNØYD

Helseminister Bent Høie er fornøyd med det



WIKIMEDIA COMMONS/MAHLUM

opplegget som skal komme på plass i Oslo.

– Det er vedtatt at det nå blir bygd nytt akuttsykehus på Aker, og at det blir et nytt regionsykehus på Gaustad. Radiumhospitalet skal utvikles videre som et eget kreftsykehus. De bydelene som før har hørt inn under Ahus (Alna, Grorud og Stovner, red. anm.) vil bli overført til OUS. Når alt dette er på plass skal Ullevål avvikles som sykehus, sier Høie som er overrasket over hvor mange som tror at det fortsatt er planer om å bygge et gigant-sykehus i Oslo.

Høie mener det er naturlig at OUS går gjennom lederstrukturen når den nye sykehusstrukturen er på plass.

– TRIST, SIER TOPPE

– Hele hovedstadsprosessen har vært en trist ting, sier Kjersti Toppe. – At de fikk lov å samle alt og bygge det store sykehuset på Gaustad burde vært stoppet. I første utredning glemte man lokalsykehus-funksjonene. Det er forunderlig at de har fått holde på.

Hun mener nedskaleringen som nå er gjort i Oslo ikke er reell. – Man vil lage et kjempe-sykehus i Oslo, og vi stiller spørsmål ved om det blir det beste både for pasientene og de som jobber der.

– Da Aker ble lagt ned og viste det seg at det nybygde Akershus universitetssykehus var for lite til også å betjene befolkningen i Groruddalen, sier hun. – På OUS er det seks

ledernivåer. Mange er frustrert over at systemet er tungrodd og bekymringsmeldinger ikke når oppover?

– Det er en uting med helseforetaksreformen. Den har skapt så mange nye ledernivåer, byråkrater og konsulenter. Vi mener at alle skal ha stedlig ledelse og at vite hvem som er sjefen. Vi ønsker oss at sykehusene skal styres etter den såkalte Voss-modellen, der ledelsen både har ansvar for både økonomi, personale og fag, sier Toppe.

Professor Bjarne Jensen, ved Høgskolen i Innlandet, sier at da helsebyråkratene og konsulentene skulle kartlegge behovet for helsetjenester i Oslo, gjorde de kun overordnede beregninger.

– Det virker som at man glemte at Oslo-sykehusene har mange oppgaver. De gir spesialist-tjenester til hele landet, driver viktig forskning og utdanner leger. Man glemte også at Oslos befolkning stadig vokser og at det blir flere eldre.

– Det var klart allerede da det nye flotte Ahus skulle åpnes at kapasiteten var sprengt, sier Jensen og legger til at man kan være sjeleglad for at man ikke solgte unna bygningsmassen på Aker sykehus. – Tenk hvor dyrt det ville vært å kjøpe den tilbake, sier han og legger til at han mener det var hårreisende å legge ned Aker: – Aker sykehus var et av de mest vel-drevne sykehusene i Oslo. ■

5 LEGER PÅ JOBB

Hva mener du er den viktigste helsesaken i denne valgkampen?



PSYKIATER NINA ALNES

«Personer med psykisk lidelse skal ha samme krav på effektiv og godt nok dokumentert behandling som personer med somatisk lidelse. Det å få endrede holdninger rundt dette både blant publikum og politikere er en veldig viktig sak fremover.»



TURNUSLEGE OG TRAINEE I DIFFIA, IDA SUSANNA FATTAH

«Jeg mener den viktigste saken er IKT-løsninger i helsevesenet. Idag stjeler dokumentasjon og dårlige kommunikasjonsløsninger alt for mye tid vekk fra pasientene. Dette må endres. Vi trenger nye disruptive (banebrytende red. anm.) løsninger og jeg mener at den beste måten å få til det til på er slippe nye, små aktører inn på banen slik at de kan teste sine ideer i trygge testmiljø uten byråkratiet rundt.»



LEDER FOR INTERVENSJONSSENTERET VED OUS, ERIK FOSSE

«Det er forståelsen av digital pasientinformasjon. All data vi har om pasientene er digitale. Det gir store muligheter for veldig avansert og persontilpasset behandling, men samtidig store utfordringer når det gjelder pasientsikkerhet. Det er absolutt nødvendig at politikere og samfunn tar dette alvorlig. Dette kommer på sikt til å utfordre både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og forholdet mellom disse tjenestene.»



BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATER PAUL SANGAR

«Vi trenger en velfungerende førstelinje i psykisk helsevern med flere skolepsykologer. Skolen er en veldig viktig samarbeidspartner for oss i barne- og ungdomspsykiatrien. Med en velfunger-

ende 1. Linje, 2. Linje og 3. Linje tjeneste i psykisk helsevern vil vi kunne få til en sortering slik at barn får den hjelpen de trenger på det riktige nivået. Barne- og ungdomspsykiatrien kan dermed bidra med forebygge alvorlig psykisk lidelse hos voksne.»



FASTLEGE ANDREAS PAHLE

«Politikerne må ansvarliggjøres hvis de fremmer «helse-hyping» og vidløftige visjoner, fordi det til syvende og sist skaper urealistiske forventninger til det helsevesenet kan bidra med. Helsehyping, kan være med på å skade samfunnets tillit til det legene kan gjøre. Det kan også skade pasientene fordi de mister muligheten til å gå inn i andre måter å forstå helse si på, enn den rent objektive som en del politikere forfekter når de feks sier at alt skal bli så mye bedre med helse vår hvis vi bare kan måle oss selv med masse sensorer, gensekvensere oss selv og analyser oss selv ved hjelp av kunstig intelligens.»

TEKST OG FOTO:
MELANIE EKHOLDT HUYNH



Se videointervjuer med legene på Facebook: [fagbladetjournalen](#)

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

Digital fjernstyring av Noreg

Kontroll over oljeproduksjonen vår, naudnettet vårt for krisesituasjonar og meir enn halvparten av landets sjukehusjournalar er delvis flagga ut til folk me knapt anar kven er.

Tausheitsplikta er heilag for helsepersonell. Den er så viktig at ein lege blei frikjent av Høgsterett etter at han bevisst øydela DNA-spor i ei narkosak for å skjula identiteten til ein pasient. Dommen viser kor fundamental tausheitsplikta er for helsepersonell, og kor stor respekt samfunnet rundt oss har for denne plikta. Det blir difor desto drøyare når godt betalte føretakdirektørar og styreleiarar behandlar hundretusenviis av pasientjournalar som om dei var tørrfisk, Jarlsberg-ost eller ei anna tilfeldig eksportvare. Og det utan at det får nemneverdige konsekvensar for dei ansvarlege.

Nyleg har NRK avslørt at bulgarske IT-arbeidarar kan ha hatt full tilgang til 2,8 millionar pasientjournalar i Helse Sør-Aust. Dette skjer etter at helseføretaket har sett ut mykje av drifta av datasystema sine til eit amerikansk selskap, som igjen har andre underleverandørar.

Skandalen i Helse Sør-Aust er desto meir graverande ettersom det dei siste åra har vore temmeleg identiske situasjonar både i Statoil og i det nye naudnettet. Utflagging av drift og tap av lokal kompetanse er gjennomgangstemaet.

I februar vart det avslørt at indiske IT-arbeidarar hadde tilgangar som gjorde at dei kunne stenga ned deler av det norske naudnettet. Trass i at alle er einige om at dette er fullstendig uholdbart, vil det ta eit halvt år før heile drifta er flytta tilbake til Norge. Dette fordi det norske selskapet som driftar naudnettet, Broadnet, rett og slett ikkje har kompetanse til å drifta det sjølv. Dei sa opp sine tilsette i forbindelse med outsourcinga.

For Statoil sin del var det noko så tåpeleg som ein tastefeil av ein indisk IT-arbeidar som stengde ned deler av raffineriet på Mongstad. Statoil heldt på å tapa fleire titals millionar berre på dette eine uhellet. Etter kvart kom det fram at store deler av norsk oljeproduksjon kan påverkast direkte frå India, av personar som verken har sikkerheitsklarering eller dokumentert kompetanse på petroleumsfeltet.



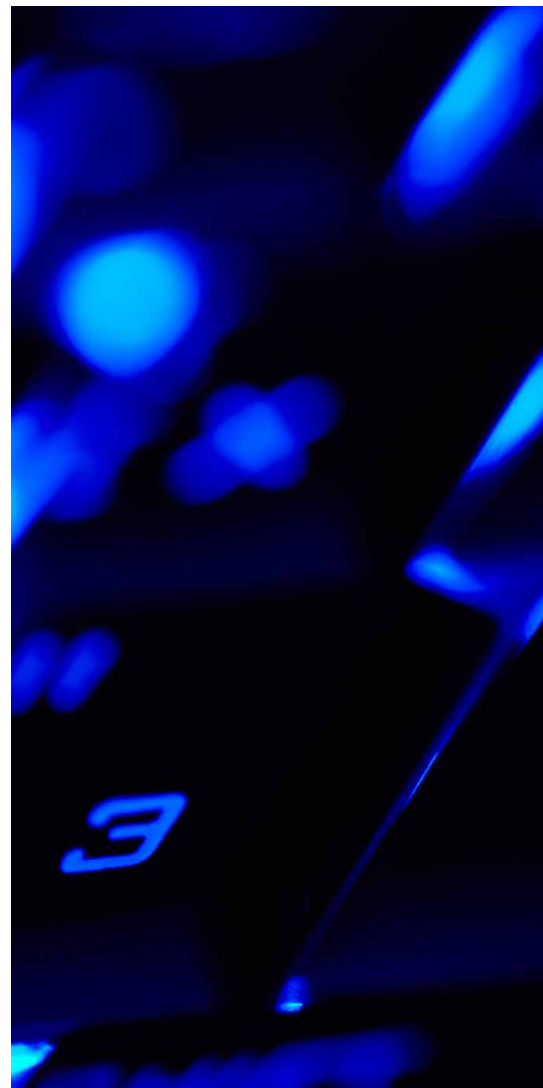
INGEBJØRN BLEIDVIN.
lege og fast spaltist i Bergens Tidende (BT).
Teksten stod første gang på trykk i BT 19. mai.

«Målt etter børsverdi og profitt er stordata («Big Data») den mest verdifulle ressursen på jorda for tida.»

Kva kan ein fiende gjera med den rette informasjonen og dei rette påloggingane? Her set berre fantasien grensene. Hacking av e-post og utvalde lekkasjar bidrog til å få Donald Trump inn i Det kvite hus. USA og Israel utvikla i 2010 eit spesielt datavirus som ramma styresystema til Iran sin plutoniumproduksjon og gjorde at den kollapsa. Så seint som førre helg har eit av dei mest effektive datavirusa nokosinne gjort store deler av Storbritannia si nasjonale helse-teneste til digital krøpling.

Informasjon er både den nye olja og den nye atomtrugselen. Målt etter børsverdi og profitt er stordata («Big Data») den mest verdifulle ressursen på jorda for tida. Ikkje olje, gull eller matjord. I dette perspektivet er helseinformasjon sjølve indrefiletet. Så mykje sensitiv persondata er gull verdt innan både forskning, produktutvikling og reklame.

2,8 millionar pasientjournalar er òg



tidenes koldtboard for utpressing og grafsing i privatliv. Kor mange stortingsrepresentantar har sjekka seg for kjønnsjukdommar det siste året? Korleis står det til med prostataen til Martin Kolberg? Har Statoil-direktør Eldar Sætre nokre psykiatriske diagnoser? Har finansminister Siv Jensen kome i overgangsalderen?

Kunne forsvarsministeren blitt sitjande dersom ei komplett, detaljert oversikt over alle militære anlegg i Sør-Norge låg ute til forlystelse for hundrevis av ikkje-klarerte indarar? Ho kunne faktisk kanskje det. For i Norge får ikkje slike stygge episodar konsekvensar for dei involverte.

Den direkte ansvarlege for skandalen i



FOTO: COLOURBOX

Kva kan ein fiende gjera med den rette informasjonen og dei rette påloggingane? Her set berre fantasien grensene, skriv Ingebjørn Bleidvin.

Helse Sør-Aust, teknologidirektør Thomas Bagley, har ikkje trekt seg som følge av misera. Han har rett og slett skifta jobb, av eigen, fri vilje, til eit nytt «statseigd føretak»: Norsk Helsenett.

Norsk Helsenett er organisasjonen som er ansvarleg for nesten all elektronisk kommunikasjon mellom «alle helseføretaka og de private sjukehusa, alle landets kommunar, alle fastlegar og ei rekke andre helseaktører og ulike tredjeparts-leverandører».

Altså: Dette er den ansvarlege direktøren for ein av landets potensielt største personvernskandalar og

ein av dei grovaste IKT-tabbane i Norge sidan transistoren vart oppfunnen. Han har konsekvent tona ned risikoen ved utflagginga av datasystema. Dette trass i mange og skarpe åtvaringar frå tunge fagmiljø, både i forkant og undervegs. Føretaket hans har feilinformert helseministeren sjølv etter at skandalen var eit faktum.

No går Bagley over i ein av svært få jobbar som finst her i landet der det er meir sensitiv informasjon og meir sårbar infrastruktur å passa på enn i den førre han hadde. Fortset ting i denne farten, har du snart journalen din fullt søkbar på Google. ■

INNKALLING TIL ÅRSMØTE MED VALG OG FOREDRAG I OSLO LEGEFORENING

**TIRSDAG 22. AUGUST
2017 KL. 18:00**

i kantinen i Legenes hus,
Akersgata 2, Oslo
(inngang fra Christiania Torv).

Saksliste:

1. Godkjenning av innkalling.
2. Valg av møteleder og tellekomité.
3. Godkjenning av sakliste.
4. Styrets beretning og beretning fra kurskomité.
5. Aktivitetsregnskap for 2016.
6. Forslag til aktivitetsbudsjett for 2017 (herunder kontingent, fastsettelse av honorar for leder, nestleder, redaktør av Journalen, leder av kurskomitéen og satser for frikjøp/praksis-kompensasjon).
7. Valg for perioden 1.9.2017 – 31.8.2019 (styreleder, 2 fritt valgte med vara, kurskomité, valgkomité, redaktør og revisor).
8. Tildeling av signatur og prokura (leder, nestleder, konsulent og sekretær hver for seg).
9. Utdeling av utmerkelsen «Årets Oslo-lege».

Forslag som skal behandles på årsmøtet må være styret i hende senest åtte uker før møtet.

Etter årsmøtet blir det enkel bevertning før foredrag kl. 19:30.

«Navn i Oslo»

v/Leif Gjerland, byvandrer og historiefremidler

Det bes om påmelding innen
16. august 2017
til unni.broter@legeforeningen.no.

Styret

LEDER

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

NESTLEDER

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

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

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

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

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

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

Even Holt, PSL 900 56 250
Moloklinikken
eveho@online.no

Jose Hernan Alfonso, Namf
STAMI
alfonso@stami.no

Kenan Santic, Nmf
santickenan@gmail.com

SEKRETARIAT

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

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

KURSKOMITÉ

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

HELSETJENSETER FOR LEGER

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

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

Oslo legeförening er en lokalförening
i Den norske legeförening.

LEDEREN

Vi gir oss aldri!

Det ropte hele salen, ledet an av president Marit Hermansen og Ylf-leder Christer Mjåset. Anledningen var Landsstyremøtet, Legeföreningens høyeste organ, i Ålesund. Det var en engasjert forsamling som diskuterte mange saker og meislet ut ny politikk for Legeföreningen. Vi ser en utvikling innen helsevesenet som vi mener er uheldig, både for pasientene og ansatte, og derfor er det viktig å fortsette kampen etter streiken sist høst.

«Den helsepolitiske debatten handlet om at vi er på vei mot et todelt helsevesen hvor de med god råd eller helseforsikring får tilgang på nye behandlingsmetoder som ikke tilbys innenfor det offentlige.»

Legeföreningen er tydelig på ønske om et sterkt offentlig helsevesen. Det oppfatter jeg at helseministeren og de andre politiske aktørene også er enige om. Den helsepolitiske debatten handlet om at vi er på vei mot et todelt helsevesen hvor de med god råd eller helseforsikring får tilgang på nye behandlingsmetoder som ikke tilbys innenfor det offentlige. Det ble påpekt i debatten at vi allerede har et todelt helsevesen. For å unngå denne utviklingen må politikerne ta styring, trolig både ved økte bevilgninger og ved politisk styring.

500 000 nordmenn har nå helseforsikring – de fleste gjennom jobben. Jeg etterlyste en konsekvensanalyse av helseforsikringsordningen. Det er lett å synse om dette – og jeg vil gjerne ha fakta på om dette gir overdiagnostisering og ekstra kostnader for det offentlige helsevesen. Hvem kommer bak i køen, og hvordan er den eventuelle samfunnsøkonomiske nytten av dette? Er det noe i disse ordningene, eller i tankegangen bak, som det offentlige kan lære

av i sitt arbeid? Jeg håper Legeföreningen følger opp og ser nærmere på dette.

Oslo legeförening har over lengre tid hatt fokus på arbeidslivet innen helsesektoren. Forskerne Jon Hippe og Kåre Hagen var blant innlederne til debatten om arbeidsliv, og trakk frem noen interessante poeng. I privat sektor har trepartssamarbeidet tydelige parter med klare regler og ansvar. Når arbeidsgiver og arbeidstaker er blitt enige går de over til et samarbeid lokalt og nasjonalt med et felles mål om det beste for virksomheten. Ved behov vender de seg sammen til staten. Om det samme hadde skjedd innen helsevesenet, så ville det vært arbeidstakerforeningene som sammen med Spekter gikk til staten og sa hva vi trengte! Den faktiske situasjon er veldig langt unna det den burde være. Staten har for mange roller og er uklar i rollen som arbeidsgiver. I tillegg har staten laget en arbeidsgiverforening med en selvstendig rolle, slik at vi ikke forhandler direkte med eier. Vi ser en tydelig konfrontasjon mellom faget og driften, noe som er destruktivt i kunnskapsbaserte bedrifter, påpeker Hippe og Hagen. De sier videre at i privat sektor er de ansatte flinkere til å koordinere seg. De andre hovedorganisasjonene og Legeföreningen må stå koordinert og sammen, også i det videre arbeidet.

Til høsten er det valg. Hvordan skal vi få helsepolitikk til å bli den heteste valgsaken i år? Oppfordringen går til oss alle om å bruke vår kunnskap og de anledningene vi får til å synliggjøre gode løsninger og peke på hvor det er behov for forbedringer. Oslo legeförening inviterer politikere fra Oslo-benken og deg til helsepolitisk debatt 7. september. I mellomtiden ønsker jeg dere alle en riktig god sommer!



KRISTIN H HOVLAND,
leder Oslo legeförening

Styrets beretning om Oslo legeforenings virksomhet i tiden 1. januar til 31. desember 2016:

Styret med vara i perioden 1. januar til 31. desember 2016

Leder	Kristin H. Hovland		
Fritt valgte representanter:	Vara til fritt valgte:		
	Recep Øzeke	Jasna Ribic	
	Kari Løhne	Aileen Harlem	
Representanter fra yrkesforeningene:	1. vara	2. vara	
AF	Gunnar Frode Olsen	Nadia Shaukat	
Namf	Jose Hernan Alfonso	Benedicte Berle Broch	Morten Wærsted
LSA	Marit J. Kamøy	Tore W. Steen	
LVS	Har ikke oppnevnt representant til styret i denne perioden		
Of	Aasmund Bredeli	Christian Grimsgaard	
PSL	Even Holt	Geir Slapø	Anne Christine Østrem
Yif	Henning Økland tom nov. 2016	Maria Vistnes	
	Anniken Riise Elnes fom nov. 2016		
Representant fra Norsk medisinstudentforening:			
	Emma Lengle f.o.m. 01.08.2015		
	Kenan Santic f.o.m. 01.08.2016		
Observatør	Per Helge Måseide, redaktør Journalen		
Sekretariat:	Unni Brøter		
	Anita Ingebrigtsen		

Landsstyreprerentanter f.o.m. 1. september 2015

Kristin Hovland
Recep Øzeke
Marit Kamøy

Varamedlemmer til Landsstyret:

Kari Løhne og Jose Hernan Alfonso.

Avdelingstillitsvalgte i Oslo:

Overlegeforeningen – Aasmund Bredeli
Yngre legers forening – Henning Økland/
Anniken Riise Elnes

Kurskomité:

	valgt t.o.m.
Reidar Johansen, leder Af	2017
Terje Johansen, Af	2017
Henrik Steinfeldt-Foss, Af	2019
Nina Borge, Of	2019
Marit Skogstad, Namf	2017
Aslak Holtestaul, Af	2019

Helsetjenester for leger

Styringsgruppe for lege-leger

Linda Elise Grønvold Af avdelingsrådgiver
Jose Hernan Alfonso Namf oppnevnt av styret

Støttekollegagruppe

Gro Bjartveit Af avdelingsrådgiver
Sven Haaverstad Af
Shahram Shaygani PSL

Valgkomité

Kristian Vetlesen Namf
Bente Thorsen Af
Svein Aarseth Af

Tillitsvalgte for leger i bydelene og foretaks- og hovedtillitsvalgte ved institusjoner, se Legeforeningens nettside: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Tillitsvalgt/>

Representant til Forhandlingsutvalg for fastlønnede leger i Oslo kommune: Marit Kamøy

Oslo legeforenings lønnsutvalg

Leder og yrkesforeningenes representanter i styret.

Konfliktberedskapsutvalg

Leder Kristin H. Hovland. Utvalget settes sammen når konflikt oppstår. Det har ikke vært nødvendig å sette sammen et slikt utvalg.

Fondet til fremme av allmenmedisinen i Oslo

Fondsstyret består av kurskomiteens medlemmer, samt en representant oppnevnt av Oslo legeforenings styre: Gunnar Frode Olsen. Fondet har innvilget 1 søknad i perioden.

Journalen

Redaktør Per Helge Måseide. Redaksjonssekretær Ellen Renberg i firmaet Svoel. Journalistene Per Helge Seglsten, fotograf Paal Audestad og flere frilansjournalister har medvirket. Annonsetilgangen har vært meget god dette året. Det benyttes en ekstern annonseakkvisitør. Journalens nettsider www.fagbladetjournalen.no har vært videreutviklet. Journalen på Facebook: [facebook/fagbladetjournalen.com](https://www.facebook.com/fagbladetjournalen.com). Journalen på Twitter: [twitter.com.Journalen](https://twitter.com/Journalen)

Oslo legeforenings nettsider

Ansvarlige: Anita Ingebrigtsen og leder.

Legeforeningens regionsutvalg Sør-Øst:

Kristin H. Hovland og representant fra Nmf ved Universitetet i Oslo er medlemmer av regionsutvalget. I tillegg inviteres foretakstillitsvalgte til møtene.

Representant i Samarbeidsutvalget

Oslo kommune og OUS:

Marit Kamøy.

Representant i arbeidsgruppe om bydelsoverlegefunksjonen: Er ikke i funksjon.

Oslo legeforenings representant i Sentralt partssammensatt utvalg Oslo kommune (Rammeavtalen om fastlegeordningen Kristin Hovland og Gunnar Frode Olsen. Oslo legeforenings representanter til Samarbeidsutvalget for Legevakten i Oslo (Rammeavtalen 10.5.2):
Geir Sneen og Ellen Anita Fagerberg.

Representant i Legeforeningens forhandlingsdelegasjon om Rammeavtalen om fastlegeordningen i Oslo:

Geir Sneen og Ellen Anita Fagerberg.

Representant i Legeforeningens forhandlingsdelegasjon om Rammeavtalen om fastlegeordningen i Oslo:

Nadia Shaukat.

MEDLEMMER

Per 31. desember 2016 hadde foreningen 6.295 medlemmer, hvorav 808 alderspensjonister, 54 fullt uføretrygdede, 19 delvis uføretrygdede og 20 arbeidsledige.

Medlemmene fordelte seg slik på ordinære medlemskap i yrkesforeninger:

Norsk overlegeforening	2.392
Yngre legers forening	1.924
Allmenlegeforeningen	881
Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger	331
Leger i samfunnsmedisinsk arbeid	230
Norsk arbeidsmedisinsk forening	108
Praktiserende Spesialisters Landsforening	429

ÅRSMØTET

Årsmøtet ble holdt på Legenes hus 27. august 2016. Kristin Hovland var møteleder og gjennomgikk årsmeldingen, som ble tatt til etterretning.

Aktivitetsbudsjett for 2017 var basert på opprettholdt aktivitet og var foreslått med et underskudd på kr 47 000. Referat fra årsmøtet, se nettet. Det ble markert at budsjettet bør settes opp i balanse og dette ble tatt til etterretning.

OSLOLEGEN 2016

Det var mottatt 11 forslag til årets Oslolege. Et enstemmig styre utnevnte Svein Aarseth til årets Oslolege. Recep Øzeke og Kari Løhne er fritt valgte styremedlemmer i Oslo legeforening, de danner komiteen som behandler forslagene til Oslo-legen og innstiller til styret.

TEMA- og INFORMASJONSMØTER

Debattemter i Litteraturhuset:

25. april 2016: Oslo legeforening inviterte til debattmøte om Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder

11. august 2016: Dialogkonferansen om eldreomsorgen i Oslo. Samarbeid mellom Oslo legeforening, Eldre legers forening og Eldrealliansen.

5. september 2016: Hvem styrer egentlig helsepolitikken? Er det journalistene? Legene? Legemiddel-industrien? Konsulentene? Eller er det faktisk politikerne?

Oslo legeförening, Oslo Redaktørförening og Oslo Journalistklubb tar debatten om helse og journalistikk i Litteraturhuset.

STYREMØTER

Det ble holdt 9 styremøter i 2016 og det er behandlet 93 saker i årets styremøter.

TEMAMØTER – MØTESERIER

Det ble arrangert møteserie i 2016 med 2 møter i vårhalvåret og 1 møte i høsthalvåret. Møtene var godkjent som møteserie til videre- og etterutdanningen i allmennmedisin, tellende med 3 poeng per gang, totalt 9 poeng. Det ble utstedt kursbevis etter presensliste ved deltakelse på minst 2 kurs.

Temaene var:

Psykatri i alle aldre; BUP og fastlegen, barnevernet og fastlegen.

Møte alle med åpenhet, uansett seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Hva fastlegen bør vite om testing av menn som har sex med menn. Møte med ikke-heterofile pasienter med innvandrerbakgrunn.

Hvor går voksenalderpsykiatrien i Oslo og hva er fastlegens rolle? Erfaring med bruk av psykolog som lavterskeltilbud i bydelssetjenesten. Link Oslo – Senter for selvhjelp og mestring.

HOVEDOMRÅDER FOR OSLO LEGEFØRENINGENS ARBEID

Sakene nevnt nedenfor er behandlet gjennom året på styremøtene.

Høringssakene ligger på nettet.

Samhandlingsreformen/Møteplass Oslo

Spesialisthelsetjenesten

OUS

Kommunehelsetjenesten

Regionsutvalg sør/øst

Tillitsvalgkurs

Tillitsvalgkurs trinn I for HTV kommunalt ansatte ble ikke avholdt i 2016.

Trinn I – OUS ble avholdt i januar 2016. Modul I kursene holdes av Legeföreningen sentralt/ JA-avdelingen og ble i helse sør-øst holdt i oktober 2016.

JOURNALEN

Journalen er medlem av Fagpressen, har egen formålsparagraf og redigeres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Hvert nummer har en egen frittstående helsejournalistisk temasak. I 2016 var disse:

Journalen nr 1/2016

Tema: Ungdom og psykisk helse.

For høy terskel for gutter? Bekymret for enslige mindreårige gutter. Barnevernsbarn får ikke psykiatriske hjelp. Flere artikler viser at gutter er den tapende part i barne- og ungdomspsykiatrien. Det godtas på en annen måte at gutter ikke kommer inn i behandling enn hva gjelder jenter. Leger bør få tilknytning til barnevernsinstitusjoner.

Journalen nr 2/2016.

Tema: Strid om blodtrykkssenkning.

«Kraftig blodtrykkssenkning kan spare millioner av liv». Forfatterne bak en internasjonal studie tar til

orde for å senke blodtrykket langt kraftigere enn hva dagen retningslinjer anbefaler. Norske eksperter vil ikke det.

Journalen nr 2 inneholdt årsmelding, regnskap og budsjett samt innkalling til årsmøte i 2016.

Journalen nr 3/2016

Tema: Aktivistene, pasientenes inntogsmarsj.

Er noen pasientgrupper i ferd med å ta kontroll over medisinsk forskning? Per Rutledal er med på å skape oppmerksomhet om ME-syke og deres sykdom. Dette er en pasientgruppe som stillet langt bak i pasientkøen da det er en sykdom som ikke kan behandles med en "magic pill".

Høstens akademikerstreik ble omtalt, Kristin Cornelia Utne mener at man er avhengig av kollektivt vern for at de ansatte skal ha et godt arbeidsliv.

Eldrealliansen kontra 1990-tallets eldreopprør, som den gang førte til at politikerne bevilget «eldremilliarden».

Journalen nr 4/2016

Tema: Mannen på operasjonsbordet.

Leger uten grensens arbeid i krigsområder og angrep på sykehus og helsepersonell og hjelpeorganisasjoner. I disse dager og det siste året er det Syria som har hatt mange angrep.

Nettavhengighet er et tema i nr 4. «Stresset og søvnløs» er artikkelen som beskriver tilstanden til både unge og eldre som har gjort seg avhengig av mobiltelefon, nettbrett mm. Det drives poliklinisk samtalebehandlingstilbud i Stavanger.

En historisk mobilisering – omtale av sykehusstreiken – som varte i 22 dager.

HELSETJENESTE FOR LEGER

Utkast av årsrapport for støttekollegaordningen 2016

Støttekolleger i Oslo: Gro Bjartveit, Sharam Shaygani og Sven E. Haaverstad.

22 leger i har vært i kontakt med ordningen i 2016

8 menn

14 kvinner

Antall samtaler totalt – 53

Menn – 16

Kvinner – 19

Arbeidssted:

Sykehus – 11

Utenfor sykehus – 11

Antall som fikk pasientstatus etter rådgivning: 8

4 menn

4 kvinner

Lege-leger

Det har i 2016 vært 29 lege-leger i Oslo.

KURSKOMITEEN -KURS

Komiteen består av seks medlemmer, hvorav fire allmennpraktikere, en arbeidsmedisiner og en overlege. De velges for en periode på fire år, og det

ordnes slik at halvparten står på valg hvert annet år.

Det er avholdt fire møter i 2016 og det har vært jevnlig korrespondanse/kontakt per e-post og telefon.

Hovedoppgavene er å godkjenne de lokale kurskomiteer, sykehushospiteringer og møteserier, samt arrangere kurs for allmennleger. Kursgodkjenningen er i all hovedsak lagt til spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

Gjennomførte kurs i 2016:

Akuttmedisin

Krav om gjennomført obligatorisk kurs i akuttmedisin ble innført 1.1.2012, både for videreutdanningen og ved resertifisering i spesialiteten allmennmedisin. Kurskomiteen har siden 2011 arrangert et kurs i året for allmennleger i Oslo og Akershus.

Klinisk emnekurs i infeksjonsmedisin

Dato: 17.–19. april. Sted: Hurtigruten MS

Finnmarken. Strekning: Tromsø-Bodø.

Antall deltakere: 45. Antall tellende poeng: 15.

Grunnkurs B – Trygdemedisin, praksisdrift, juridiske rettigheter og plikter

Dato: 24.-28 oktober. Sted: Scandic St. Olavs plass, Oslo. Antall deltakere: 108.

Antall tellende poeng: 35. Kurset er obligatorisk for dem som tar spesialistutdanning i allmennmedisin.

Læringsmål: Trygdemedisin – Praksisdrift og rammer for praksisdrift – Sosiale ordninger for leger.

Grunnkurs C – Forebyggende medisin

Dato: 14.-15. november. Sted: Thon Hotel

Opera. Antall deltakere: 104. Antall tellende

poeng: 16. Kurset er obligatorisk for dem som tar spesialistutdanning i allmennmedisin.

Før deltakerne kan delta på samlingsdelen må de ha gjennomført en nettdel.

Læringsmål: Fastlegens rolle i individrett og grupperett forebyggende medisin – Begrensninger og muligheter – Grenseoppgang til andre

spesialiteter som deltar i forebyggende helsearbeid

– Aktuelle problemområder – Samarbeid med andre faginstanser.

Leder av kurskomiteen Reidar Johansen og Anita

Ingebrigtzen (sekretariatet) deltok på det årlige

kurskomiteeseminalet på Soria Moria i januar.

Legeföreningen er ansvarlig for seminaret som er en samling for bl.a. medlemmer i kurskomiteer knyttet til en lokalforening.

Oslo, 19. april 2017

På vegne av styret i Oslo legeförening



Kristin H. Hovland
Leder

Oslo legeforening Aktivitetsregnskap

	Noter	Regnskap 2016	Budsjett 2016	Regnskap 2015	Regnskap 2014
Anskaffede midler					
Medlemsinntekter	3	3 309 564	3 150 000	3 233 554	2 971 582
Tilskudd		0	35 000	13 095	34 515
Andre inntekter		19 650	20 000	19 450	20 800
Sum anskaffede midler		3 329 214	3 205 000	3 266 099	3 026 897
Aktivitet som oppfyller formålet					
Kursinntekter	4	2 327 314	1 144 000	1 551 063	1 521 100
Sum aktiviteter som oppfyller formålet		2 327 314	1 144 000	1 551 063	1 521 100
Aktivitet som skaper inntekter					
Annonser		606 330	358 000	347 889	358 171
Sum aktiviteter som skaper inntekter		606 330	358 000	347 889	358 171
Finansinntekter		31 580	95 000	57 419	92 803
Sum anskaffede midler		6 294 438	4 802 000	5 222 470	4 998 971
Forbrukte midler					
Kostnader til anskaffelse av midler		181 899	110 000	106 028	107 451
Kostnader ved annonsesalg		181 899	110 000	106 028	107 451
Sum kostnader anskaffelse av midler		363 798	220 000	212 056	214 902
Kostnader til formålet					
Produksjonskostnader Journalen		834 855	728 000	720 322	660 727
Kurs og kontrabanser	4	1 585 469	850 000	1 004 352	863 771
Tiltilsvale/Forhandlinger		1 023 886	1 225 000	1 033 522	1 123 150
Helsejenester for leger		1 400	51 000	23 020	44 854
Sum kostnader til formålet	5	3 445 609	2 854 000	2 781 215	2 692 502
Administrasjonskostnader	5	1 800 763	1 859 000	1 832 070	1 777 738
Sum forbrukte midler	5	5 428 271	4 823 000	4 719 313	4 577 690
Årets aktivitetsresultat		866 168	-21 000	503 157	421 280
Tillegg/reduksjon formålkapital (egenkapitalen)					
Overført til formålkapitalen med selvpålagte restriksjoner		0	0	150 000	-20 900
Overført til/(fra) annen formålkapital		866 168	0	353 157	442 180
Sum endring formålkapital (egenkapital)	8	866 168	0	503 157	421 280

REVISJON

Årsregnskap for 2016 for Oslo legeforening er revidert av revisjonsfirmaet RSM Norge AS. I likhet med tidligere år konkluderer revisjonsfirmaet med at årsregnskapet er gitt i samsvar med lov og god regnskapskikk. Revisjonsberetning foreligger i Oslo legeforeningens sekretariat og deles ut på årsmøtet.

Oslo legeforening Balanse

	Noter	31. desember 2016	31. desember 2015	2014
Eiendeler				
Anleggsmidler				
Variige driftsmidler		49 189	41 349	0
Sum anleggsmidler	6	49 189	41 349	0
Omløpsmidler				
Fordringer				
Kundefordringer		262 502	180 729	89 897
Andre kortsiktige fordringer		9 813	13 645	34 515
Sum fordringer		272 315	194 374	124 412
Kontanter og bankinnskudd	7	5 899 196	5 317 652	4 761 561
Sum omløpsmidler		6 171 511	5 512 026	4 885 973
Sum eiendeler		6 220 700	5 553 375	4 885 973
Formålkapital og gjeld				
Formålkapital				
Formålkapital med selvpålagte restriksjoner		473 984	473 984	323 984
Fondet til fremme av allmenmedisinen i Oslo				
Fri formålkapital		5 242 232	4 376 063	4 022 907
Annem formålkapital	8	5 716 216	4 850 047	4 346 891
Sum formålkapital (egenkapital)		10 958 432	9 226 094	8 370 782
Gjeld				
Kortsiktig gjeld				
Leverandørgjeld		29 687	328 152	170 669
Offentlige trekk og avgifter		337 769	251 375	232 975
Skyldige feriepenger		124 839	122 866	116 688
Annem kortsiktig gjeld		12 188	934	18 750
Sum kortsiktig gjeld		504 484	703 327	539 082
Sum gjeld		504 484	703 327	539 082
Sum formålkapital og gjeld		6 220 700	5 553 375	4 885 973

Oslo, 19. april 2017

Kristin Hovland
Kristin Hovland

Leider

Jose Hernan Alfonso

Marit Johanne A. Kampoy

Aasmund Bredeli
Aasmund Bredeli

Nestleder

Kari Løhne
Kari Løhne

Annika Riise Elnes

Gunnar Frode Olsen

Recep Ögeke

Kenan Santic

NOTER TIL ÅRSREGNSKAPET 2016

Note 1. Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med God Regnskapsskikk (F) for ideelle Organisasjoner (Standarden) og består av følgende:

• **Aktivitetsregnskap** • **Balanse** • **Noter**

Foreningen er ikke skattepliktig for sin virksomhet, jfr. Skattelovens §2-32. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kort-siktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk er klassifisert som anleggsmidler. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler. Anleggsmidler med begrenset økonomisk levetid avskrives planmessig. Kontingenter inntektsføres i den perioden medlemskapet gjelder. Inntektsføring av annonseinntektene skjer når annonsen er levert. Videre inntektsføres tilskudd i den periodede er bevilget til og kursinntekter inntektsføres når kurset er gjennomført.

Note 2. Kostnader etter art

Driftskostnader spesifisert etter art:

Driftskostnader	2016	2015	2014
Kostnader annonsesalg	181 899	106 028	107 451
Trykking/distribusjon Journalen	558 546	492 313	435 060
Personalkostnader	2 258 997	2 113 383	1 997 243
Honorar selvst.næringsdrivende	0	406 795	406 795
Kostnader lokaler	123 586	113 509	111 734
Småanskaffelser	54 360	71 148	103 438
Kontorhold	83 289	79 552	92 577
Fremmedtjenester	691 904	733 938	432 675
Reise/møte og kursarrangement	1 362 826	904 093	717 243
Tilskudd	34 144	20 000	91 179
Andre driftskostnader	64 442	81 118	73 658
Avskrivninger av anleggsmidler	10 603	1 426	7 780
Sum driftskostnader	5 424 595	4 716 504	4 576 832

Finansinntekter/-kostnader

Finansinntekter	31 580	57 419	92 803
Finanskostnader	3 676	2 808	859
Netto finansposter	27 904	54 611	91 944

I aktivitetsregnskapet er inntekter og kostnader i den grad det er mulig fordelt på aktivitet. Det omfatter også finansposter. Forbrukte midler består av sum driftskostnader og finanskostnader.

Finansinntekter inngår i linjen finansinntekter.

Note 3. Medlemsinntekter

Den norske legeforening innkrever kontingentene for Oslo legeforening.

Kontingent

Ordinær kontingent	1 914 891
Ekstrakontingent	1 394 673
Sum	3 309 564

Note 4. Kurs og konferansekostnader

Kurs	Inntekter	Kostnader	Resultat
200 Grunnkurs C	436 800	211 137	225 663
202 Ullevål høstkurs	-4 690	18 692	-23 382
206 Møteserie	16 700	30 165	-13 465
209 Hurtigrutekurs	430 604	412 841	17 763
213 Akuttmedisin	427 800	185 581	242 219
217 Grunnkurs B	140 345	623 705	396 395
350 Kurskomiteen	0	103 347	-103 347
Sum	2 327 314	1 585 468	741 846

Note 5. Administrasjons- og formålsprosent

Formålsprosent og administrasjonsprosent beregnes som midler anvendt til formålet, hhv til administrasjon i forhold til sum forbrukte midler.

Adm. Prosent	2015	2014	2014
Formålsprosent	63%	59%	59%
Administrasjonsprosent	32%	39%	39%

Note 6. Varige driftsmidler

Det er benyttet lineære avskrivninger på anskaffelseskost

	Inventar	IT-utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2016	144 436	37 468	181 904
Tilgang	0	18 443	18 443
Anskaffelseskost 31.12.2016	144 436	55 911	200 347
Akk. ord. avskr. 01.01.2016	103 087	37 468	140 555
Årets ordinære avskrivninger	8 555	2 047	10 603
Akk. ord. avskr. 31.12.2016	111 642	39 516	151 158
Bokført verdi 31.12.2016	32 794	16 396	49 189
Avskrivningssats	20%	33%	

Note 7. Bankinnskudd

Av bankinnskudd er kr 214 852 bundne midler til dekning av skyldig skattetrekk. Skyldig skattetrekk utgjør kr 207 153 per 31.12.2016.

Note 8. Formålskapital

	Fond til fremme av allmennmedisin i Oslo	Annen formålskapital	Sum formålskapital
Formålskapital per 1.1. 2016	473 984	4 376 063	4 850 048
Årets aktivitetsresultat	0	866 168	866 168
Formålskapital per 31.12. 2016	473 984	5 242 231	5 716 216

Note 9. Personalkostnader, ytelser til ledelsen og revisor

	2015	2014	2013
Lønn og honorarer	1 644 975	1 447 325	1 418 240
Arbeidsgiveravgift	320 569	304 565	282 328
Pensjon	259 250	317 575	243 306
Andre ytelser	34 205	43 917	53 369
Sum	2 258 998	2 113 383	1 997 243

Foreningen er pliktig å ha en obligatorisk tjenestepensjon. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene til pensjon. Pensjonsforpliktelse overfor samtlige ansatte er dekket ved kollektiv pensjonsordning. Denne er ikke balanseført, og den årlige pensjonspremie anses som årets pensjonskostnad. Årets premie er kr 259 250.

NOTE 9 FORTSETTER HER

Godtgjørelse til ledelsen	Styrehonorar	Andre honorar	Praksis- komp.	Andre ytelser	
Styrets leder	203 664	12 500	256 007	0	472 170
Styrets nestleder	55 545	10 000	0	21 916	87 461
Redaktør Journalen	0	134 926	0	12 364	147 290
Øvrige medlemmer styre og landsstyre	0	119 850	0	0	119 850
Sum	259 208	277 276	256 007	34 280	826 771

Det er i 2016 kostnadsført honorar til revisor med kr 26 563 inkl. mva. hvor alt gjelder ordinær revisjon.

Ny spesialistutdanning – nye muligheter?

Høsten 2017 går startskuddet for den største kvalitetsreformen for legers spesialistutdanning i nyere tid. Turnusleger skal fra nå hete Leger i spesialisering 1 (LIS1), som er første trinn i et spesialiseringsløp som både skal få bedre kvalitet og effektiviseres på samme tid.

I ny spesialitetsforskrift er læringsmålene førende for fremdriften i utdanningen, ikke tid og sted. Læringsmålene beskriver hva en LIS skal forstå og være i stand til å utføre. Utdanningsvirksomheten skal legge til rette for læringsaktiviteter som er nødvendige for at LIS skal nå læringsmålene. Fire regionale utdanningsentre (RegUt) skal legge til rette for læringsaktiviteter som helseforetakene ikke kan ivareta selv. Helseforetakene har selv ansvar for å vurdere om læringsmålene er oppnådd. Godkjenningen av læringsmålen delegeres til et team bestående av legens nærmeste leder, veileder og supervisor. Oppnådde læringsmål registreres direkte inn i en IKT-løsning som heter Dossier, som også utvikles som mobil-app for enkel og fortløpende registrering.

Det er store forventninger knyttet til ny spesialistutdanning for leger. Endelig en satsing på utdanning, tenker mange LIS. Derfor er det overraskende at Helsedepartementet ikke ser det nødvendig med økonomiske tilskudd for å sikre etterlevelse av intensjonen.

Læring skjer ved kontinuerlige interaksjonsprosesser. Vi må ha gode arenaer for overføring av taus og eksplisitt kunnskap. Strukturert veiledning etter mester/svenn-prinsippet skal sikres. Det krever at det avsettes tid i arbeidsplanen til både LIS1, LIS og overlege. Om ikke, vil kontinuerlig operativ drift gå foran. Nok en gang tildeles flere arbeidsoppgaver uten retningslinjer for hva som skal bortprioriteres. Legene løper allerede så raskt og smart som de klarer. Hvordan skal



ANNIKEN RIISE ELNES,
foretakstillitsvalgt for Ylf.

«Vi står overfor en eldrebølge av spesialister som nærmer seg pensjonsalder.»

man få til alt? Vil politikerne at legene skal behandle færre pasienter, eller bli dårligere spesialister? Det bør stimuleres til en organisasjonskultur som verdsetter kontinuerlig læring. Sykehusene er kunnskapsbedrifter hvor kapitalen ligger i vår faglige kompetanse. Kunnskap er ferskvare, og uten avsatt tid til vedlikehold og utvikling av kompetanse tappes vår viktigste kapital.

Det er en betydelig økning i etterspørselen etter legespesialister, men nasjonalt er vi inne i en sterk negativ trend når det gjelder å dekke dette behovet.

Vi står overfor en eldrebølge av spesialister som nærmer seg pensjonsalder. De neste årene forventer vi derfor en årlig økning i antallet spesialister som vil pensjonere seg.

Antallet spesialistgodkjenninger i Norge har vært omtrent 1100 per år siden 2009. Antallet LIS1-stillinger er



EIVIND VALESTRAND,
Leder, Norsk medisinstudentforening (Nmf)

likevel kun 950, altså 150 færre enn hva som er nødvendig bare for å opprettholde dagens utdanningstakt.

Samtidig var det våren 2016 over 1000 søkere til 457 turnuslegestillinger. Det vil si at over halvparten av ferdig utdannede leger står på vent, uten jobb, for å komme i gang med spesialiseringen. Er dette samfunnsøkonomisk optimalt?

De første legene begynner i del 1 i september 2017. Da skal for eksempel Sykehuset Innlandet og Vestre Viken, ta imot henholdsvis 48 og 33 turnuskandidater. Oslo Universitetssykehus tar kun imot 15. Hvordan kan det ha seg at landets største helseforetak ikke tar imot flere?

Tiden er overmoden for tiltak. Vi trenger friske midler og flere stillinger så dette blir den kompetansereformen vi alle vil at den skal bli! ■

Informasjonsside om ny spesialitetsstruktur

Det er opprettet en egen informasjonsside for etablering av ny spesialistutdanning for leger. Siden oppdateres fortløpende og vil eksistere frem til den nye utdanningen er etablert.

Gå inn på <http://lis-utdanning.info/> eller følg LIS-utdanning på Facebook.

STERKE MENINGER? DA KAN DU SKRIVE KRONIKK ELLER DEBATTINLEGG!

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

Nye veier i Helsepolitikken

Vi takker Geir Sverre Braut for anmeldelsen av *Ny helsepolitikk – det finnes muligheter*, utgitt av Helsetjenesteaksjonen og Dreyers forlag. Braut er balansert og gir motstand på noen punkter – slik vi ønsker. I denne ånden vil vi kommentere noen av poengene.

Han hevder at bokens gjennomgangstone er at det står dårlig til i helsetjenesten. Vi understreker tvert imot eksplisitt at norsk helsevesen er blant de beste i verden. Vi vil slå ring om en offentlig helsetjeneste av høy kvalitet som velferdsstatens juvel. Vi ser tendenser som truer dette unike systemet.

Braut mener vi tar feil når vi hevder at tilsynsmyndigheten har vært passiv overfor sykehusenes kapasitetsproblemer. Faktum er at en dramatisk nedbygging av sengekapasiteten har funnet sted. Hvorvidt tilsynet har vært for lite aktivt (som vi trodde) eller derimot svært aktivt (og dermed demonstrert sin maktesløshet) er Braut nærmere til å svare på enn oss.

Braut gjør et poeng av at de fleste kapitelforfatterne bor på Østlandet. Dermed gir han, kanskje ufrivillig, næring til den billige retorikken om at helsepolitisk kritikk er et østlandsfenomen mens resten av landet er idyll. Rett nok er mange problemer satt

ekstra på spissen ved at Helse Sør-Øst er så mye større enn de andre regionene og OUS-skandalen større enn andre dårlig planlagte sykehusfusjoner. Men mishandlingen av lokalsykehusene, som er en viktig del av bildet, er så vist ikke noe østlandsfenomen! Problemet med kapasitetsproblemene er ekstra tydelige på St. Olavs hospital. I nord preges helsepolitikken mer enn i andre regioner av at RHF-et har tilnærmet monopol både i helsearbeidsmarkedet og overfor leverandører. I tillegg fremstår Helse Nord-ledelsen som enda mer autoritær enn ledelsen i de andre helseregionene. Konsekvensene av å ytre seg kritisk medfører stor risiko. Manglende deltakelse i helsedebatten nordfra bør sees i det perspektiv.

Til slutt kritiserer Braut oss for at mange av våre standpunkter ikke er forskningsbaserte. Nei, politikk styres ikke primært av forskning, men av verdivalg og moralske avveininger. Selvsagt kan forskning bidra: F.eks. tyder forskning som var tilgjengelig da OUS-fusjonen ble besluttet på at slike fusjoner er risikable og som regel mislykkes, og på at lokalsykehus kan drives rimeligere og med like gode resultater som store.

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



GEIR SVERRE BRAUT

BRAUT er seniorrådgiver ved Føderingsendringen ved Stavanger universitetssykehus, professor i Helse20 ved Høgskolen på Vestlandet og utredningsleder i Statens helsetilsyn.

Nyttig debatt om nye vegar i helsepolitikken

Detta er ett politisk kampplutt, sammsett av stort sett veldrevne, kunningsrike tekster. Til sammen 25 ulike forfattere har levert med sine bidrag til boka. Målet er å gi grunnlagsmateriale for en mer avveidd helsepolitisk debatt enn den som vi har i dag – og som redaksjonen kaller et spill for galleser. I tillegg presenterer forlaget i Helsepolitikkens og den utøst som den har for sin egen del i den norske helsevesen.

Sykehusene vil boka er det store utvalget av problemstillinger som blir lagt fram for drøfting. Her gir det seg dette godt som et inntrykk av det norske helsevesen i den nasjonale helsepolitikken som det er nødvendig å se på med i åra som kjør.

Volkapen er at forfatterne av teksten legger eksplisitt og å peke på at det er viktig å se på den norske helsevesen. Imidlertid i boka kapittel 1 boka lag det også at mykje var bedre for. Det kan vel vere at dette stemmer, men det er empiriske data.

NY
HELSE-
POLITIKK
DET FINNES
LØSNINGER

WYLLER, T. B. &
HAIKELLEN, H. (RED.)
NY HELSEPOLITIKK
DET FINNES LØSNINGER
Oslo: Dreyers forlag, 2017.
308 s. Innb. H. NOK:299,-
ISBN 978-82-8265-152-5

«... det empiriske datagrunnlaget for synspunkta som blir fremja, er avvarierende kvalitet»

Kva er så kunnskapsgrunnlaget? Den norske velferdsstaten ligg på sønnveg. Vi skal ikkje til å bruke dagens økonomi og tille venkjen skatteve. Der følger skjønn med gjennomsnitt som grunnlag for beslutning og avgjerder på ulike nivå i helsevesen. Trua på berøring gjennom konsekvensering (samhandling) må avlæst.

Det er tankevekkjende at dei fleste (alle?) forfatterane har sin grunnlagsmateriale i det norske helsevesen. Kan det vere at det pregar utvalget? Er det like like alle stader? Det blir ikkje drøfta. Det er også viktig å minne på at vi er i utviklings- og utfordring, men det er ingen som

Faksimile fra Journalen 1 2017.

Dagens foretaksorganisering, bestillerutførermodell, internfakturering og målstyring er i hvert fall ikke forskningsbasert. Når politikerne skal stake ut kursen for morgendagens helsetjeneste må de primært velge verdier. Vi tilbyr noen premisser, ideer og kunnskaper som også kan hjelpe.

TORGEIR BRUUN WYLLER, professor/overlege i geriatri, Oslo universitetssykehus

OLUF DIMITRI RØE, overlege i onkologi, Sykehuset Levanger

JAN STØRMER, overlege i radiologi, Universitetssykehuset i Nord-Norge
Styremedlemmer i Helsetjenesteaksjonen



GEIR SVERRE BRAUT

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

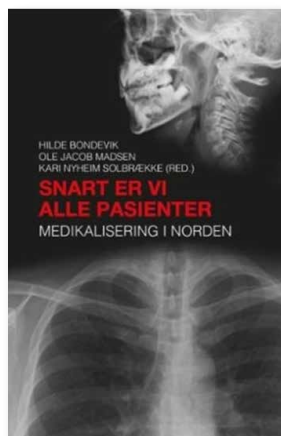
Interessante, men lite samanhengande tekstar om medikalisering

På baksideteksten blir det hevda at stadig fleire av livsområda og problema våre blir forstått gjennom biomedisinske forklaringsmodellar og behandla av helsetenesta. Det kan vere at dette stemmer. Tekstane i denne boka presenterer likevel ikkje eit eintydig og heildekkjande kunnskapsgrunnlag for å bygge opp under ein slik påstand. Det er like godt, tykkjer eg.

Alt på andre sida av den første teksten, viser redaktørane at dei har ei kritisk, drøftande og varsam tilnærming til det komplekse og dårleg avgrensa fenomenet som blir kalla medikalisering. Der viser dei at det er ei rekkje forhold som samfunnet også har fjerna frå ei patologisk forståingsramme i nyare tid, til dømes homofili, onani og menstruasjon. Likevel er det ikkje til å kome forbi at mange sider ved store livsområde, som fødsel og død, sorg og strev, på ulike måtar og med grunnlag i ulike interesser, har meldt seg på som kandidat for medisinske forklaringsmodellar med tilhøyrande tiltak. Ein kvar medisinar kan fort ramse opp mange slike frå den kliniske kvardagen.

Boka legg også til grunn at medikalisering ikkje berre kan først tilbake til legane si utviding av mandatet til medisinen. Samfunnet og statsmakta sine behov for å bruke medisinen som kontrollsystem overfor borgarane kjem tydeleg fram. I nokre av artiklane blir dette drøfta i lys av velferdsstatens yringsformer i Norden. Dette breiare samfunnsperspektivet blir fint fanga opp i Svend Brinkmanns epilog, som saman med Bjørn Hofmanns artikkel om overdiagnostikk, er dei tekstane som gir det breiaste oversynet over temaet.

Redaktørane peiker klokt nok på at omgrepet medikalisering fort kan bli brukt som ein merkelapp som hindrar vidare empiriske undersøkingar og analysar. Eit mål med boka er å motverke dette. Slik sett tykkjer eg at redaktørane og forfatta-



BONDEVIK, H., MADSEN, O. J. OG SOLBRÆKKE, K. N. (RED).
SNART ER VI ALLE PASIENTER.
MEDIKALISERING I NORDEN.
Scandinavian Academic Press,
c/o Spartacus forlag AS, 2017.
ISBN 978-82-304-0185-9
384 sider NOK 399,-

rane frå ulike skandinaviske land langt på veg har lukkast. Frå ulike faglege innfallsvinklar blir til dømes forhold som ADHD, skulevold, bruk av antidepressiva og diagnostisk gentesting drøfta. Det er eit poeng her at medikalisering blir sett på med grunnlag i ulike akademiske tradisjonar og ved bruk av ulike metodar.

Presentasjonane er jamt over kvalitative. Mange av dei byggjer på forteljingar om pasientar. Det er vel og bra, og det passar godt med bakgrunnen til fleirtalet av for-

«Boka er såleis ei samling av vitenskaplege artiklar med noko sprikande innhald.»

«Samfunnet og statsmakta sine behov for å bruke medisinen som kontrollsystem overfor borgarane kjem tydeleg fram.»

fattarane. Men det er kanskje også derfor at boka ikkje kan gi eit samla sett av argument for å bygge opp under påstanden i baksideteksten.

Boka er såleis ei samling av vitenskaplege artiklar med noko sprikande innhald. Antologien framstår mest som ei omfattande utgåve av eit tidsskrift som har medikalisering som tema. Lest på den måten, er det mykje å finne her, sjølv om preget av vitenskaplege artiklar nok gjer at boka kjem til å vere mest tiltalende for dei spesielt interesserte. Den som trur ein skal få ein systematisk, lærebokaktig og brei gjennomgang av temaet i lys av samfunnsmessige og kliniske utfordringar i vår tid, vil ikkje blir fornøgd.

Og sjølv sagt er det nokre tekstar som eg rett og slett saknar. Det hadde vore gildt med ei drøfting av korleis den aukande rettslege reguleringa av samspelet mellom pasienten og helsetenesta kan ha påverka den medisinsk koloniseringa av livsverda. Like eins kunne eg ønskt meg ein tekst om diagnosen som arbeidsreiskap for legen i forhold til diagnosen som samfunnets merkelapp på pasienten.

Men alt i alt, som redaktørane sjølve også peikar på, var det på høg tid at det kom ei bok som dette. Ho vil truleg tene til idéskapning i vidare forskning, meir enn som eit varig referanseverk om medikalisering. ■

– Jeg er jo bare ei megge! Og mest av alt er jeg journalist!

Lise Askvik gikk fra godt betalt journalistjobb i P4 til ubetalt partileder i nystiftede Helsepartiet. I motsetning til andre politikere har hun ikke særlig lyst til å komme på Stortinget, eller «sone i fire år», som hun kaller det.

TEKST OG FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

– Jeg er jo en politisk novise, men jeg er en nokså erfaren megge og vaktbikkje, sier Askvik, som er kjent for kampen for å gi brystkreftoperte lettere tilgang til rekonstruktiv kirurgi og for sin mangeårige P4-tilværelse i programmet «Oss megger i mellom», sammen med avdøde Astrid Gunnestad.

Helsepartiet har ikke andre inntekter enn medlemskontingentene. Noen rik onkel eller PR-rådgivere finnes ikke. Et nedlagt teaterlokale er arena for landsmøtet, bevertningen består av kaffe og gulrøtter. Små knaskerøtter for delegatene, og store for potensielle velgere. De deles ut på gaten. Partiet har valgt seg oransje som sin farge, etter at de fleste andre er tatt av de etablerte partiene. Det lille partiet har anskaffet en campingvogn for 3500 kroner, forteller en oppglødd partileder.

HELSEPARTIET MOT DE ANDRE

Bak i landsmøtesalen finner vi en ubetjent stand for Yngre legers forening, en stand for kiropraktikk og en nokså innpåsliten detoxekspert. Men på scenen er det liv! Partileder Askvik holder en heseblesende inspirasjonstale, og litt senere kommer Christian Grimsgaard for å dosere om de mange glava-lagene med ledere han har over seg. Det er ikke få. Begge klappes ut til Twisted Sisters «We're Not Gonna Take It». Det er Helsepartiet mot de andre.

Askvik kjenner mekanismene for innsalg til mediene. Fra scenen kunngjør hun at NRK Lørdagsrevyen vil sende et langt innslag, et innslag der valgforsker Bent Aardal ser positivt på muligheten for å skaffe en stortingstabilitet, noe andre småpartier ikke klarer på første forsøket. Det er lunsjtid, og vi presser oss ned i en sofa, omgitt av partikolleger.

– Hva er bakgrunnen for at du startet Helsepartiet?

– Jeg ble bedt om å starte Helsepartiet. Det var ikke min idé, og jeg må innrømme at jeg ikke hadde særlig tro på den, sier Askvik, og forteller at hun ble kontaktet av personer som mente det var på tide med et helseparti. – Da jeg hadde forankret dette gjennom ett år så

tenkte jeg at «søren, jeg skal gjøre det», men jeg visste at det ville få konsekvenser. Jeg måtte si opp jobben min i P4. Jeg er journalist, ikke politiker. Jeg har heller ikke lyst til å være politiker. Men jeg kan være politiker-vaktbikkje, det er noe annet.

VALGETS KVALER

For å få registrert et politisk parti trengs 5000 signaturer.

– Det kom 6500 signaturer i løpet av 3 måneder. Vi trodde at vi skulle slite med de 5000. Så vi fikk en følelse av at folket var interessert. Og da kom selvfølgelig tanken: hva skal jeg gjøre? Skal jeg satse livet mitt videre på dette her? Ikke er det noe penger i det, jeg hadde en ganske behagelig lønn i P4, en ganske behagelig jobb og vanvittig hyggelige kolleger. Men noen ganger er det sånn at noen ting i livet er viktigere enn alt annet.

– Jeg hadde ikke lyst til å være leder, det skal sies. Jeg kunne bygge et parti og så håpet jeg at et «helse-Norge-menneske» skulle være leder. Dette diskuterte jeg også med mange. Og beskjeden var entydig: I denne fasen er det du som må gjøre det. For det er du som er initiativtaker, du har stått fram og du har et navn i visse kretser som kanskje kan brukes. Og så kan du journalistikk, og det er også viktig at du kan snakke med media og offentligheten. Så til slutt ble jeg enig med meg selv om at jeg kunne stille meg til disposisjon, sier hun.

Askvik er også partiets 1.kandidat i Akershus.

– Jeg har ikke noen tro på at det å være stortingsrepresentant er en god jobb. Jeg tror det er en skikkelig møkkajobb, og særlig innenfor helse, for der er så mye blitt overlatt til byråkratiet.

– Men jeg har sagt at jeg er villig til å sone fire år bak Stortingets murer for denne saken. Det er ikke fordi at jeg har lyst, men fordi jeg må. Og hvis noen skal få gjort dette her fra innsida, så må det være noen som har kritisk sans. Og jeg er ei megge. Er du ei megge, så er du ei megge.

– Hvis jeg kommer på innsiden, så skal jeg kunne gjøre en nokså bra jobb, men jeg tror ikke at det blir gøy. Jeg tror det blir fælt. Men litt smerte må man tåle.

LISE ASKVIK

- ▶ Cand.mag.fra UiO, økonomisk college, Journalisthøgskolen.
- ▶ Radio 1 fra '93-'98. Startet fagforening (NJ) og fremforhandlet nærradio-Norges første tariffavtale.
- ▶ Frilans til 2003 i Norsk Ukeblad og startet samtidig opp radio Klem FM.
- ▶ Programleder i P4 fra 2003.
- ▶ Leder i Helsepartiet fra 2017.

Lise Askvik ble kjent da hun i 2011 fikk operert bort det ene brystet som følge av kreft. I ettertid skrev hun bok, og startet kampen for kortere ventetid for brystrekonstruksjoner. Etter å ha vist fram «løspuppen» på direkte-sendt TV, debattert med politikere og demonstrert foran Stortinget, skaffet hun til veie 150 millioner kroner og ni stillinger i plastisk kirurgi. Nå er hun klar til kamp!

– Jeg bodde på Scicilia i fjor, et helt år. Jeg lå til lading et helt år! Og i løpet av det året fikk Helseparti-tanker modne. Så derfor har jeg råd til å slite meg ut nå. Mange kreftpasienter får fatigue – jeg har fått det stikk motsatt – jeg har fått energi.

INGENTING ER FARLIG

– Jeg har aldri før hatt så mye energi som jeg har hatt etter kreften, men det er fordi jeg overlevde, ikke sant. Det gjør også at ingen ting er farlig. Det er ikke farlig å si opp jobben, det er ikke farlig å starte et parti, det er ikke farlig å drite seg ut, det er ikke farlig å få kjeft. Det eneste som er farlig er å ha et helsevesen som ikke fungerer. Det er farlig. Og det er ikke farlig for meg. Det er farlig for alle andre mennesker.

– Systemet er blitt slik at den som kjefter og bråker, den blir hørt. Og det er det som skjer når hestene står ved krybba og bites, den som biter hardest, den blir hørt. Og dette vet jo jeg, for jeg var den som beit hardest i puppekampen. Og det er jo ikke sånn systemet skal være. Og selv om jeg vant slaget for de rekonstruerte, så var jo det på vegne av en pasientgruppe som trengte det. Og det var et system jeg fikk innblikk i som skapte



«Jeg vet bare at jeg skal gjøre mitt aller beste – eller mitt aller verste som jeg kaller det – jeg skal gjøre alt som står i min makt for å heve denne saken.»

avsky i meg. Jeg trodde jo at jeg hadde funnet én pasientgruppe som var et høl i det norske helsevesenet, men jeg ble helt sjokkert da jeg fikk se at helsevesenet er mer som en sil enn som en tett bolle med ett høl.

– Det er jo derfor man har startet Helsepartiet. Man må jo hjelpe alle pasienter, og alle helseansatte som forstrekker seg i dagens samfunn. Den frustrasjonen jeg opplevde som kreftpasient på Ahus gjorde veldig inntrykk. For det var virkelig tøffe arbeidsforhold. For det skal jo ikke være slik at dere, altså helsefolket, må slite livet av dere for å redde liv?

SYSTEMET MÅ HJELPE DE ANSATTE

– I P4 var det ikke så farlig om du gjorde noe feil, det var sjefer som gjorde alt for oss, de la alt til rette for at vi skulle klare å gjøre jobben vår. Så for meg var det en selvfølge at systemet må hjelpe de ansatte. Men på Ahus fikk jeg eksemplifisert gang på gang hvordan systemet jobbet mot de som prøvde å redde mitt liv! På Ahus er det farlig hvis noen gjør noe feil – men der var systemet ikke tilrettelagt. Det ble en sånn voldsom kontrast. Så det var ikke vanskelig å tenne på alle pluggen!

Nylig var Askvik på Dagsnytt atten, der en kommentator mente at hun like gjerne kunne

startet en organisasjon, selv om hun sikkert ikke hadde blitt invitert inn i studio da. Men likevel, siden hun vegrer seg for å sitte på Stortinget, hvorfor parti og ikke organisasjon?

– Svaret er at nå må demokratiet reise seg. Hvis hvert enkelt menneske vil vise at liv og helse er viktigst, så får de muligheten ved et valg. Og om ikke ved dette valget, så kommer det flere valg. Så man kunne sikkert laget en organisasjon, men jeg anså at det ville få mindre oppmerksomhet, det ville være mindre interessant. Og så har vi jo allerede Helsetjenesteaksjonen som jeg synes gjør en veldig god jobb. Så jeg ønsket ikke å lage en organisasjon som konkurrerer med dem.

– Organisasjonslivet fungerer, men det politiske livet spiller på andre arenaer. Og det smeller mer. Jeg vet jo hvordan media og samfunnet fungerer. Så jeg trodde at det var et virkemiddel som ville få mer sprengkraft.

– Har du håp om, og er det et mål, at dere skal få noen inn på Stortinget? Og er det realistisk?

– Det er et mål. Jeg er jo journalist, men vi har med oss politikere som mener det er fullt mulig at vi allerede i høst kan få inn både en, to og tre, og kanskje flere. Det er en analyse

som jeg overlater til dem, for jeg vet ikke. Jeg vet bare at jeg skal gjøre mitt aller beste – eller mitt aller verste som jeg kaller det – jeg skal gjøre alt som står i min makt for å heve denne saken.

– Det viktigste er kanskje å sende et signal til de store partiene om at liv og helse må tas på et helt annet alvor, og nå sier grasrota i fra. Min drøm er en verden der Helsepartiet ikke er nødvendig. Det hadde vært fint, det. Det er dit jeg vil.

– Jeg vil gjøre dette partiet fullstendig overflødig! Og om veien går via Stortinget, via å påvirke de andre eller via en organisasjon, I don't know. Noen valg må man ta, og dette er det valget vi tok.

– Valgkampen er knapt startet. Har du en følelse av om dere er i ferd med å påvirke de andre partiene?

– Vi vet i hvert fall at hverken de røde, som har ansvaret for dagens system, eller de blå som sa de skulle forandre noe, har noen særlig interesse av å snakke om helse.

– Når det kommet et nytt parti på banen som kaller seg Helsepartiet tror jeg vi tvinger dem ut på banen. Og jeg har fått høre fra mange at det har hatt en påvirkning. Jeg håper

det, etter hvert som vi blir større og befolkningen sier at dette er nødvendig.

– **Hvorfor er ikke de andre partiene interessert i å snakke om helse?**

– Ap har veldig mye skyld i det som ikke fungerer i dag, og de har for så vidt også ære for de delene som fungerer. Hele foretaksreformen har jo ikke vært mislykket, men alt som ikke kan telles, det teller ikke lenger; Omsorg, empati, medfølelse, lindring. Det er så mange parametre som vi går glipp av med denne modellen. Mens Ap forholder seg bare til modellens tall. Det blir et hardt samfunn.

– Så jeg skjønner at de ikke villig vil innrømme at den modellen de innførte var en god idé, men at vi ikke har fått noe godt samfunn.

AP VIL IKKE SNAKKE HELSE

– Sjølkritikk sitter langt inne i Arbeiderpartiet. Og det skal sies at flere av fylkeslagene jobber for å få fjernet foretaksmodellen. Vi vet at det også internt i Ap finnes veldig gode krefter. Så Ap vil jo ikke snakke helse, for de tvivler på den løsningen de har. Høyre ville snakke om det, og de snakket godt om det, men de har dessverre ikke innfridd, til enorm skuffelse for mange. Hadde de bare gjort som de sa, så hadde vi ikke hatt behov for Helsepartiet. sier Askvik.

– **Hva er de viktigste sakene deres?**

– Det er systemforbedring, det handler om finansiering. Vi vil ha Valencia-modellen, slå sammen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er prøvd i mange land, det sparer byråkrati og gir helt andre muligheter for samhandling. Det er mulig at det er litt prematurt, men vi kan ikke unngå å reise ideen hvis vi tror det er der løsningen ligger.

Askvik vil slåss for immunterapi mot kreft. Legemidlene er som kjent svært dyre og gjenstand for hemmelige forhandlinger i det såkalte Beslutningsforum, som består av de fire RHF-direktørene. – Beslutningsforum er en vederstyggelighet. Det ligger meg tungt på hjertet. Det mangler vedtak på Stortinget og Anne Kjersti Befring (tidligere forhandlings-sjef i Legeforeningen, nå doktorgradsstipendiat, red.anm.) har skrevet om hvordan det mangler juridisk forankring.

– Disse folkene har ikke spisskompetanse. I tillegg sitter de i dobbeltroller der de er ansvarlige for økonomien og for å spare. Og samtidig for utgiftene. De er jo nesten per definisjon inhabile. Det aller verste er at det ikke er ankemulighet. Det går jo ikke an å ha et liv- og død-råd uten ankemulighet. Og i tillegg kjører de lukkede prosesser. Beslutningsforum er det største misfosteret i norsk helsevesen. Det er helt skandaløst. Og jeg skjønner ikke at de andre partiene kan godta

at det eksisterer i sin nåværende form. Noen må ta jobben, men dette er selvfølgelig en oppgave for politikerne. De har abdisert av latskap eller manglende kunnskap.

– Vi må ha et fagkompetent forum som får som oppgave å skaffe, ikke å si ja eller nei. Og så må politikerne på vegne av befolkningen være med på disse vurderingene på en helt annen måte enn i dag.

Du kan ikke ha fire sparebyråkrater til å sitte og avgjøre liv og død.

– **Tidligere lobbet man jo inn medisiner på Stortinget?**

– Heller det. Da fikk pasientene medisiner. Nå dør folk! Jeg har en venninne som er alvorlig kreftsyk med spredning. Beslutningsforum pruter på prisen. Hennes liv blir byttet bort med en bonus som ikke er kommet ennå. Det er så kynisk at jeg får anfall av å tenke på det! Når du har fått dødsdommen er jo håp så utrolig viktig. Beslutningsforum sitter jo og tar fra folk håp.

– **Men biologiske legemidler og immunterapi, det åpner seg jo et økonomisk sluk? Skal dere prioritere alt?**

– Vi må ha grenser. Men jeg tror ikke noe på at helsesluket er umettelig. Vi kommer jo aldri dit at hver pasient koster 200 mill. Det er jo helt utopisk. Derimot asfaltsluket. Nå bruker vi 1000 milliarder på vei de neste 12 årene. Det akkumulerte etterslepet i helsevesenet er 200 mrd.

– Bare molboland setter asfalt foran helse. Vi har råd til å bruke mer på liv og helse. Du trenger ikke asfalt om vi ikke har liv og helse. Du trenger ikke kultur, du trenger ikke næringspolitikk. Du trenger ingen ting. Derfor må samfunnet gi beskjed til politikerne at liv og helse, det må vi prioritere høyere. Og hvis vi ikke prioriterer det, så koster det veldig mye. I dag har vi en underdimensjonert tjeneste. Du har jo både lidelsene for enkeltmenneskene, for de pårørende og for økonomien!

– Det dyreste vi kan gjøre er det vi har i dag. Vi har et kjempedyrt system fordi vi lar folk gå på halvt bluss lenge. Med våre løsninger vil både økonomien, samfunnet og pasientene ha det bedre. Vi tror at det finnes løsninger som er mer optimale, men mindre kostnadsfokusererte.

– **På SVs landsmøter skal avdøde Arent M. Henriksen ha gått rundt med kalkulator og regnet ut prisen på ulike forslag. Dere skal bla. øke arbeidsledighetstrygden fra to til tre år. Har dere regnet på dette, slik for eksempel Arbeiderpartiet gjorde med boligskatten?**

– Undersøkelser viser at folk er interessert i å bruke mer på helse. Men vi har ikke finregnet på dette i likhet med dagens storting og regjering. Vi må ha regnskaper som både viser hva

det koster å behandle – og å la være. Vi må ha en annen måte å regne på.

– **Er kritikken av New Public Management viktigst for pasientene eller de helseansatte?**

– Begge deler. De ansatte opplever det på kroppen, pasientene som en konsekvens av dette.

– **Er det noe dere vil gjøre mindre av i neste stortingsperiode?**

– Vi skal regne mindre på tall, og mer på verdi.

– **Nå tenker jeg konkret?**

– Vi vet jo at det finnes overbehandling. Vi må fortsette å kartlegge overbehandling.

– **Er det noen ting som skal prioriteres ned?**

– Nei. Hele systemet presser behandlingen ned. Vår visjon er å presse det opp. Her suppleres hun av nestleder, og leder for Oslo-partiet, Lene Haug. – Det skal bli mindre av kutt. Kutt, kutt, kutt.

– **Dere går jo inn i enkelte sykdomsgrupper, og de mest kontroversielle debattene, som ME-debatten. Er ikke det utaktisk?**

– Disse pasientgruppene driter i taktikk. De trenger noen som taler deres sak. Og vi har en bestående elite som er veldig tyngende i sitt syn, og vi vet jo hvor eksplosiv ME-debatten er. Nå må noen våge å ta til motmæle.

Programteksten kan leses som en støtte til en biologisk forklaringsmodell som tilnærming til ME. En enslig taler argumenterte for en mer psykologisk tilnærming, men møtte hard motbør.

– Jeg sier ikke at det ikke er psykologisk, men vi er nødt til også å forske på det biologiske. Og der forskes det for lite. Så vi har ikke tatt stilling til det ene eller det andre. De på talerstolen har tatt stilling, vi har ikke gjort det

– **Er du enig i at det kan oppfattes slik?**

– Det er øyet som leser. Og det er helt greit.

– **Når dere kommer opp med zoonoser – er det da kronisk borreliose vi snakker om?**

– Nei, det er Bartonella, Babesia osv., det er vanvittig mange blodparasittinfeksjoner.

– **Men da er vi jo inne i borreliosedebatten?**

– Nei, borreliose er bare en av mange blodparasitter. Vi har vaksinert kuene våre mot Bartonella i 50 år. Nå kommer Peter Bøckman (zoolog ved UiO, red.anm.), han sier at klima-endringene kommer til å føre til én stor ting for folkehelsen, og det er økningen av parasitter. Parasittene kommer. Og jeg tror at vi trenger mer kunnskap om det.

– I Sverige er det antatt at det er 30 000 tilfeller av zoonoser hvert år. I Norge har vi et par tusen. Det er rart. Det handler om kultur,



Lise Askvik og Kåre Ohnstad, leder av Helsepartiet i Østfold, er allerede i gang med valgkampen.

retningslinjer og hva vi har satt som standard. Det er ikke sikkert at svenskene har rett, men det er ikke helt sikkert at Norge har rett heller. Vi er på pasientenes side primært, men vi er også på fagfolkens side. Men de fagfolkene som har hatt hegemoni, de utfordrer vi. For vi tror ikke nødvendigvis at sannheten ligger der eller der, men et sted i midten. Men da må noen utfordre dem, da!

– **Du skjønner hvorfor jeg spør? Dere har jo en førstekandidat i Nordland som har vært veldig profilert i borreliosedebatten.**

– Rolf Luneng, ja. Vi er ikke redd for det. Han er ikke interessert i å fremme borreliosesaken, for den kommer til å løse seg selv innen 5 år. Nestleder Haug skyter inn: – Han er en modig person som har stått på pasientenes side og er veldig dårlig behandlet. Han er en person som passer inn i Helsepartiet, han passer inn med de som er varsler og tør å si fra.

– Ja, han er en varsler, sier Askvik.

– **Hvem vil du helst ha som helseminister, bortsett fra deg selv?**

– Jeg vil ikke være helseminister, men Christian Grimsgaard, han vil jeg ha som helseminister.

– **Men hvis det ikke blir han?**

– Anne Kjersti Befring. Hun ville blitt en veldig god helseminister.

– **Du vil ikke foreslå noen etablert politikere?**
– Dette kan du sitere meg på; Du lurer ikke meg til å svare Torgeir Micaelsen (Ap) på det spørsmålet der.

– Kjersti Toppe er den eneste jeg kan komme på. Verken Sveinung Stensland (H) eller Olaug Bollestad (KrF). Nei, Kjersti. Hun har vist en gjennomgående lojalitet til pasienten og til de helseansatte. Hun har det som helsepolitikken mangler: En forankring for de som helsevesenet er der for: Primært pasient, sekundært de ansatte. Den må være gjennomgående i all helsepolitikk og hos alle helsepolitikere. Hun hadde passa dritgodt inn i Helsepartiet. Hun er den eneste jeg kan komme på.

– **Hva er de største utfordringene i Oslo?**

– Det å true med å legge ned Ullevål for å finansiere Gaustad. Hele «galskap Gaustad» er en trussel mot økonomien og befolkningen.

Vi må innse hva forskningen sier om mindre enheter. Og det å legge ned Diakonhjemmets basseng – hva er det slags pasientlojalitet?

– **Er det noen blokk dere vil falle ned på?**

– Vi er i utgangspunktet helt nøytrale. Vi er helt åpne for å samarbeide med hvilken som helst regjering og fløy som gir oss mest igjen for helsesaken i forhold til vårt program. Det er jo det vanlige svaret, sikkert litt kjedelig, men vi har jo ingen mulighet til å selge oss på forhånd. Vi kommer også til å ha mer enn

helsepolitikk, men det er der vi begynner. FrP var jo også bare et en-saks-parti, KrF er det den dag i dag.

– Vi tror at det å ha forhandlingskort og ryggen fri uten å forlove oss er smart.

– Vi opererer i en annen divisjon. Og den heter sak. Sak og praktiske løsninger før enhver ideologi.

– **Det er jo noen overraskende grep her, som å stanse kontantstøtten ut av Norge?**

– Det er vel kanskje tenkt som et lite sparebidrag? Siden vi tar oss råd til å bruke så mye på helse, så er det vel tenkt at vi må kutte et annet sted

– **Så det er polske arbeidere som skal betale prisen?**

– Det virker veldig kynisk. Men da jeg bodde på Sicilia så fikk ikke kvinner barnetrygd heller.

– **Takk for at jeg fikk hele lunsjen din! En partileder som stiller opp en hel time er jo veldig bra!**

– Jeg blir ikke noen vanlig politiker, jeg er jo bare en vaktbikkje. Jeg er jo bare ei megge og jeg kommer alltid til å fortsette å være det. Og mest av alt er jeg journalist. Så det å få snakke med en journalistkollega er jo toppen for meg også. Så ikke se på meg som en partileder. ■

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