

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Overdramatisert pandemi

I Tidsskriftets kronikk nr. 2/2010 byr Elling Ulvestad og medarbeidere på etterpåklokskap rundt viruspandemien (1). Internasjonale data burde ført til klokere avgjørelser fra helsemyndighetene allerede før mange av tiltakene ble satt i gang.

Influenza A(H1N1)-virus ble først påvist i Mexico i april 2009. Det spredte seg til USA, og per 28. april var det rapportert om 105 sykdomstilfeller fra sju land. Alarmen gikk fra WHO og det ble satt i gang tiltak for å stoppe spredningen, uten suksess. Viruset var fra første stund ganske smittomt. Alle-rede 1. juni, midt på vinteren på den sørlige halvkule, tydet imidlertid alle data på en fredelig pandemi med lav morbiditet og mortalitet. De første forskningsbaserte prediksjoner i begynnelsen av juli varslet en N1H1-epidemi som var mildere og mindre dødelig enn vanlig influensa (2, 3) og som svarte til de beste scenariene presentert av Eurosurveillance. Per 1. juli var det totalt 77 201 bekreftede tilfeller og kun 332 dødsfall i verden. Likevel valgte WHO og de fleste europeiske helsemyndighetene å fortsette forberedelser til det verste scenariet.

I august ble pandemiens forløp på den sørlige halvkule nøye beskrevet (4). Helse-tjenestene i land som stor sett er fattigere og har svakere helsetjeneste enn Norge hadde klart å håndtere pandemien uten vaksiner, massiv bruk av antivirale midler eller ekstra respiratorer (5). Sykefraværet hadde ikke destabilisert samfunnet, og det var færre dødsfall enn ved vanlige influensaepidemier. Denne informasjonen fikk ingen effekt på tiltaksspiralen i Norge og andre nordlige land, der trussel-bildet ble forsterket av daglig informasjon om hvert enkelt dødsfall.

Per 8. januar 2010 hadde 12 799 mennesker død i 208 land. WHO gir ikke lenger tall fra hvert land slik de gjorde i flere måneder. Pandemien er nesten glemt i Europa. Samtidig er det kommet flere stemmer som kritiserer avgjørelsene og anbefalingene tatt i WHO, og det pekes på uklare forhold mellom enkelte pandemirådgivere ved WHO og legemiddel-industrien (6). Norge fulgte WHO's anbefalinger og satte i gang drastiske tiltak som masse-

vaksiner, til tross for at anbefalingene pas-set dårlig med tilgjengelig dokumentasjon. Har Norge en fagkompetanse som selvstendig kan vurdere helse- og livsrisiko for befolkningen, eller må vi bare dilte etter andre?

Esperanza Díaz
Bergen

Litteratur

1. Ulvestad E, Swensen E, Simonsen GS et al. Pandemien – bidrag til etterpåklokskap. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 169–71.
2. Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: estimating the case fatality rate. Euro Surveill 2009; 14; pii: 19255.
3. Moreno DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. JAMA. 2009; 302: 679–80.
4. Department of Health and US Department White House National Security Service. Assessment of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on selected countries in the Southern hemisphere. Argentina, Australia, Chile, New Zealand, Uruguay. <http://flu.gov/professional/global/final.pdf> [24.2.2010].
5. The ANZIC Influenza Investigators. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. N Engl J Med 2009; 361: 1925–34.
6. Carlowe J. WHO vaccine expert had conflict of interest, Danish newspaper claims. BMJ 2010; 340: c201.

Pandemiberedskapen sett fra kommunelegekontoret

Elling Ulvestad og medarbeidere belyser viktige sider ved pandemiberedskapen og tiltakene rundt svineinfluensa i sin kronikk i Tidsskriftet nr. 2/2010 (1).

Fra mitt ståsted som kommunelege fikk jeg inntrykk av at helsemyndighetene hilste mediens skrekkehistorier om pandemiens alvorlighet direkte velkommen, og til og med forsterket frykten aktivt. Det var som om myndighetene glemte at en vesentlig del av krisehåndtering i kommunene dreier seg om å forhindre panikk og gi nødvendig, saklig og ikke overdreven informasjon til både helsearbeidere og befolkningen. Helsearbeidere som ikke bedømte situasjonen like dramatisk, ble beskyldt for å sette befolkningens liv i fare.

Informasjonen som ble sendt til oss all-mennleger/kommuneleger var lite sortert og fra forskjellige instanser. Daglig mottok vi et utall e-poster av varierende kvalitet (til dels uredigerte kopier av telefonmøter). Dette bidro til enda mer forvirring. Informasjonsinnholdet og -flyten må være begrenset, samstemt og riktig kanalisert.

Pandemihåndteringen opptok helse-tjenesten gjennom hele høsten. Det ble ikke

gitt flere ressurser til å etterkomme helse-myndighetenes krav om beredskap. Man måtte forvente en betydelig reduksjon av ordinære helsetjenester. Vi har brukt store økonomiske og personellmessige ressurser for å beskytte en frisk befolkning mot en overveiende ufarlig sykdom. Muligens ble nødvendig helsehjelp til alvorlig og kronisk syke nedprioritert.

Måten man valgte å fordele et utilstrekkelig antall vaksiner fra uke til uke til mange kommuner, bør revurderes. Ved å kunne tilby vaksiner kun til noen få om gangen, selv innenfor de prioriterte gruppene, ble helsetjenesten unødig satt i en vanskelig situasjon. Under en reell pandemi med høy dødelighet ville dette ført til kaotiske og sannsynligvis voldelige tilstander. Jeg føler et økende ubehag for å ha fulgt påleggene og mener at tilliten til helsetjenestens faglige opptreden er svekket.

Frank Hilpüsch
Bjarkøy

Litteratur

1. Ulvestad E, Swensen E, Simonsen GS et al. Pandemien – bidrag til etterpåklokskap. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 169–71.

Tett samarbeid, men ikke overstyring

I Tidsskriftet nr. 12/2009 er Petter Gjersvik bekymret for universitetets nye skapning, Institutt for sykehusmedisin (nylig omdøpt til Institutt for klinisk medisin), og frykter at fakultetet er i ferd med å gi fra seg styring av sin egen virksomhet til Oslo universitetssykehus (1). Vi setter pris på hans engasjement, men håper å kunne berolige ham.

Institutt for klinisk medisin er ansvarlig for universitetets virksomhet ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Det nyopprettede instituttet består av de fem tidligere fakultetsdivisjonene ved universitetssykehusene samt Institutt for psykiatri. Instituttet ledes av en institutt-



leder og to nestledere, en for Oslo universitetssykehus og en for Akershus universitetssykehus. Ved Oslo universitetssykehus er sykehus- og universitetslinjene likt organisert fra klinikknivå og nedover. Klinikklidere ved sykehuset har det samlede ansvar for all forsknings- og undervisningsaktivitet ved klinikken. Klinikklidere er direkte underlagt administrerende direktør i helseforetaket, men rapporterer gjennom bistilling ved Universitetet i Oslo også til instituttleder for Institutt for sykehusmedisin. Hvis klinikklider ikke har akademisk bistilling, skal universitetets oppgaver ivaretas av forskningsleder ved den aktuelle klinikken. Hver klinikk skal nemlig ha en forskningsleder som er ansatt i en delt stilling ved Oslo universitetssykehus og universitetet. Oslo universitetssykehus har også opprettet et forskningsutvalg og et undervisningsutvalg der universitetet er representert. Forskningsutvalget skal fungere som et rådgivende organ for helseforetak og universitet.

Fakultetet har mer enn 700 vitenskapelig ansatte med arbeidsplass i Oslo universitetssykehus. Disse får nå en felles rapporteringslinje opp til klinikklidernivået. Før denne omorganiseringen hadde fakultetet ikke noe formelt nivå under fakultetdivisjonsleder. Dette kunne bety at noen fakultetdivisjonsledere kunne ha flere hundre ansatte som rapporterte direkte til seg. Dette var ingen god ordning verken for fakultetsleder eller for den enkelte ansatte. Det sier seg selv at det ikke var mulig å gjennomføre medarbeidersamtaler med så mange ansatte. Nå tror vi det skal være mulig å få dette til, fordi universitetets organisering innad i sykehuset for første gang vil nå helt ned til forskningsmiljøene og den enkelte universitetsansatte.

Petter Gjersvik har rett i at den gamle ordningen, der professorer i full stilling også var sjef for Rikshospitalets avdelinger, er en saga blott. Dette var imidlertid slett ikke alltid noen god struktur for gjennomføring av forskning og undervisning, fordi fakultetet hadde for liten mulighet til å påvirke fagmiljøene og fordi universitetsfunksjonene for ofte ble nedprioritert i en krevende pasientrettet virksomhet. Med den nye organisasjonsstrukturen mener vi at både fakultetets og de universitetsansattes interesser blir bedre ivaretatt.

Erlend B. Smeland
Oslo universitetssykehus

Frode Vartdal
Finn Wisløff
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Gjersvik P. Et fakultet styrt av kliniksjefer. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2628–9.

Ledelse og akademisk kompetanse

I Tidsskriftet nr. 2/2010 ønsker Ola Didrik Saugstad seg tilbake til den tid da de vitenskapelig best kvalifiserte også hadde toppstillingene ved universitetssykehusene (1). Det kunne nok fungere den gang de formelle lederkravene, inkludert økonomi- og personalansvar, var betydelig mindre. Når nå klinikkene er på størrelse med middels store bedrifter, med 700–2 500 ansatte, vil det være altfor krevende både å være toppleder og i vitenskapsfronten. De fleste vil måtte velge hvor de vil sette inn hovedtyngden av sine personlige ressurser. Vi tror ikke det ville være riktig for våre toppforskere hvis de ved siden av krevende forskningsledelse skulle ta på seg den tunge belastningen det er å lede store klinikker. Ledergruppene i Oslo universitetssykehus skal imidlertid samlet ha betydelig vitenskapelig kompetanse. De nye forskningslederne i hver klinikk vil dessuten være viktige koordinatorene for forskningsaktiviteten og for samordning mellom Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

Saugstads påstand om at fremskritt i norsk medisin og profilerte medisineres deltakelse i offentligheten forutsetter professor I-stillinger ved fakultetet, faller på sin egen urimelighet. Vi forstår heller ikke helt hva han mener når han hevder at fakultetets organisasjon vis-à-vis Oslo universitetssykehus representerer et ukontrollert medisinsk eksperiment som vil svekke den medisinske forskningen. Tvert imot: vi mener denne nye organisasjonsstrukturen vil muliggjøre en tettere integrasjon mellom fakultet og sykehus, til beste for både forskning og undervisning.

Samlet sett forvalter Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus store ressurser og har et betydelig ansvar for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Vi mener de endringene som nå er gjort ved Det medisinske fakultet og ved Oslo universitetssykehus samlet sett gir et meget godt grunnlag for å ivareta en ambisiøs målsetting om å styrke både universitet og helseforetak som forskningsinstitusjoner.

Erlend B. Smeland
Oslo universitetssykehus

Frode Vartdal
Finn Wisløff
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Saugstad OD. Håndplukkede ledere betyr truet faglighet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 133.

Misvisende om lederutnevning i Oslo universitetssykehus

I Tidsskriftet nr. 2/2010 fremfører Ola Didrik Saugstad nok en gang tendensiøse opplysninger om hvordan ledere i Oslo universitetssykehus utnevnes (1). Saugstad konstaterer at dagens ledere er håndplukket av direktøren, og han er ikke i tvil om at det dreier seg om en kvalitetsreduksjon «fordi sjefer har en tendens til å ansette folk med lavere kompetansenivå enn dem selv». Det skulle vært interessant å se dokumentasjon for disse gudne og ubegrunnede påstandene. For kolleger som ikke kjenner ansettelsesprosedyrene i stillinger der stillingsinnhaveren har mer enn én arbeidsgiver, kan imidlertid Saugstads leserbrev etterlate inntrykk av at Det medisinske fakultet har abdisert fra å ansette sine egne professorer. Dette er selvsagt ikke tilfelle. I fortiden var det slik at avdelingssjefene ved Rikshospitalet satt i hovedstilling ved universitetet og bare i bistilling på sykehuset. Denne eien-dommelige praksisen ville sykehuset naturlig nok ikke kontinuere, og for atskillige år tilbake meddelte Rikshospitalet fakultetsledelsen om at de ikke lenger ville tilsette klinikk- eller avdelingsledere som ikke i hovedstilling var ansatt ved sykehuset. Saugstad fremstiller det som en svakhet fra fakultetets side at de aksepterte dette. Jeg spør: hvilken moderne organisasjon ville akseptere at deres egne administrativt og økonomisk ansvarlige ledere hadde en annen hovedarbeidsgiver?

En helt annen sak er at så vel sykehus som fakultet hele tiden har vært bevisst på den gjensidige interessen de har av å finne et mest mulig sømløst samarbeid. Derfor satte fakultet og sykehus seg ned til omfattende forhandlinger som førte frem til en avtale der alle sider av samarbeidet er ivare tatt. En viktig del av avtalen er å sikre at de øverste lederne i bistilling har en bistilling ved fakultetet. Betydningen av dette for å sikre satsing på forskning og undervisning på alle plan burde ikke være nødvendig å begrunne nærmere. Forutsetningen for at en ellers kompetent leder kan bli professor, er selvsagt at vedkommende er kompetent til å inneha stillingen. Hovedregelen er at stillingene skal lyses ut som lederstilling og professor II samtidig. Har man søkt en slik stilling og er kompetent som professor, blir man tilsatt i professoratet. Er man ønsket i lederstillingen, men mangler professorkompetanse, blir man selvsagt ikke professor II. Så enkelt er det. Og bare for å presisere: Oslo universitetssykehus har naturlig nok ingen formell plass i ansettelsen av de mange kolleger som arbeider i stillinger ved sykehuset der universitetet er hovedarbeidsgiver. Hvis de eventuelt skal ansettes i en bistilling ved sykehuset, fungerer avtalen symmetrisk. Universitetet bestemmer hvem som skal ansettes og ved-