



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

## Medarbeidere i denne utgaven:



**PER HELGE MÅSEIDE**  
REDAKTØR  
Tlf: 95 20 13 14  
phmaaseide@hotmail.com



**ELLEN RENBERG**  
REDAKSJONSSEKRETÆR  
LAYOUT  
Tlf: 40 64 82 82  
ellen@svovel.no



**KRISTIN  
MACK-BORANDER**  
JOURNALIST  
krimack@live.no



**LENE JOHANSEN**  
JOURNALIST  
lj@lenejohansen.com

**Frist** for innlevering av stoff til Journalen 2/2014 er 13.05. 2014.

### ANNONSER:

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

### POSTADRESSE:

c/o Oslo legeförening  
Postboks 178 Sentrum  
0102 Oslo

TRYKK: Merkur-Trykk AS



JOURNALEN PÅ NETT  
www.fagbladetjournalen.no

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER  
www.twitter.com/Journalen

Redaksjonen avsluttet 09.12. 2013.  
Forsidefoto: SOLFRID SANDE

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



OPPLAGSKONTROLLERT

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



# På æren løs

**Den tidligere ambulansarbeideren Erik A. Schjenken har vunnet en knusende seier i Høyesterett etter å ha blitt ærekrenket av Dagbladet.**

Avisa må betale 200 000 kroner i oppreisning og tre millioner for å dekke saksutgifter.

**Erik A. Schjenken** var en ukjent person i offentligheten da han i august 2007 rykket ut til Sofienbergparken der en mann av somalisk herkomst var slått ned etter et munnhuggeri. Da ambulansen kom frem urinerte mannen på bilen og på Schjenkens makker. I ettertid er det kommet fram at handlingen kunne skyldes den alvorlige hodeskaden mannen hadde pådratt seg.

**Etter en rask undersøkelse** anså de to ambulansemedarbeiderne mannen som et ordrensproblem og nektet å ta ham med i ambulansen. I stedet ble han kjørt i taxi til Legevakten og senere overført til Oslo universitetssykehus, Ullevål. Der forverret tilstanden seg, slik at han måtte opereres for hjerneblødning. Det har aldri vært fremmet påstander om at transportmåten fikk medisinske konsekvenser, men Statens helsetilsyn valgte å tildele Schjenken en advarsel for ikke å ha ytt omsorgsfull hjelp.

**De to ambulansarbeiderne** var svært opprørte over mannens handlemåte, men kom aldri med rasistiske utsagn i vitners påhør eller på AMKs lydlogg. Likevel rykket en rekke kjente og offentlige personer og instanser ut i pressen og påstod at handlemåten var rasistisk motivert. Fylkeslegen konkluderte med at ambulansepersonellet hadde utvist klart diskriminerende atferd som kunne forstås med rasistiske overtoner, men ble overprøvd av Statens helsetilsyn. Ligestillings- og diskrimineringsombudet kom med liknende kritikk, men ble overprøvd av Ligestillingsnemnda.

**Høyesterett mener at ytringsfriheten** er så vid at det må aksepteres at påstander som framsettes i løpende nyhetsdekning kan være upresise. Retten mener også at det var greit at Dagbladet la opp til en omfattende samfunnsdebatt om rasisme, uavhengig av om det fantes objektive holdepunkter for en rasistisk handlemåte.

**Høyesterett er opptatt av at jo mer alvor-**

lige, presise og personrettede anklager er, desto sterkere beviser må mediene ha.

Et springende punkt er om Schjenken ble identifisert eller ikke. Dagbladet har hele tiden påstått at dette ikke er tilfellet, og at han selv stod fram i pressen på et senere tidspunkt. Men Høyesterett mener at selv om navnet hans ikke ble brukt, ble det publisert så mange opplysninger om Schjenken at hans identitet ble kjent i en videre krets.

**Høyesteretts flertall** konkludert med at Dagbladet i en leder og i flere kommentar-artikler framsatte så alvorlige rasismepåstander at avisa må dømmes for ærekrenkelser. En feilaktig påstand som ble framsatt er at den skadede mannen ikke ble undersøkt. En annen er at han ble etterlatt i bevisstløs tilstand.

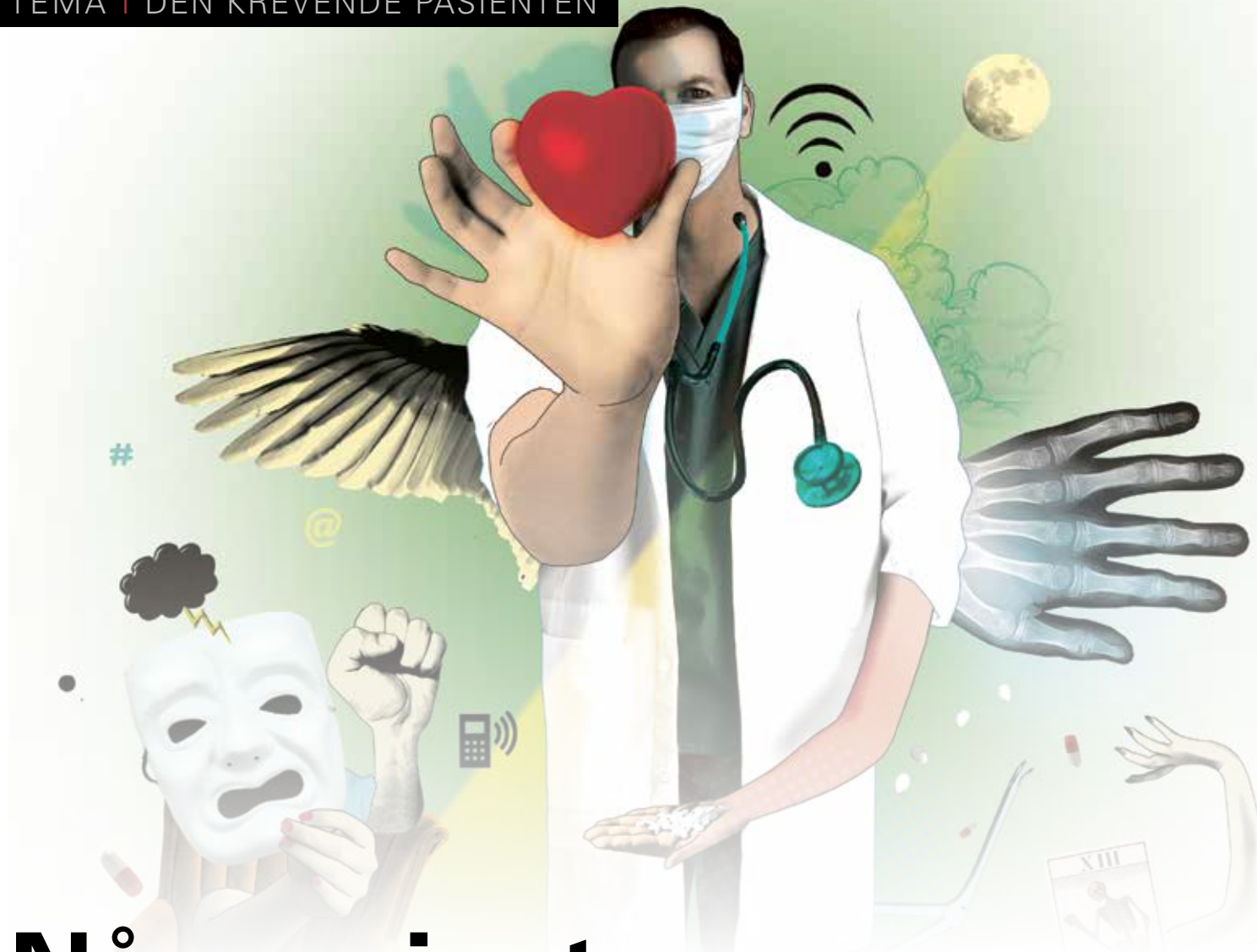
En av dommerne tok dissens fordi vedkommende mente at ytringene burde vært tillatt.

**En lærdom av saken** er at åpenhet nesten alltid lønner seg, så sant dette ikke strider mot taushetsplikten. Lagmannsretten la stor vekt på at Dagbladet i starten av saken forsøkte å balansere dekningen, men at dette ble vanskelig gjort av at Schjenken ble pålagt munnkurv. En slik mediestrategi etterlater et inntrykk av at man forsøker å skjule noe. Da får pressen selvsagt blod på tann. Større grad av åpenhet kunne ha nyansert fakta, skapt større forståelse for Schjenkens situasjon, og hindret at Oslo universitetssykehus ble drevet fra skanse til skanse.

**Sett opp mot temaet** i denne utgaven av *Journalen* er saken en påminning om at helsepersonell må la være å agere i affekt, selv om man blir provosert. Skråsikkerhet vil også kunne bidra til å eskalere følelsesladede situasjoner.

**Å bli dømt for å framsette en rekke ærekrenkende påstander uten hold** i virkeligheten kan vanskelig ses på som et alvorlig angrep på ytringsfriheten. Hadde Dagbladets kommentatorer og leder-skrivere sjekket fakta før de publiserte sine bann-buller hadde avisa neppe blitt dømt i Høyesterett. Det er dette saken handler om.

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



# Når pasienten nesten gjør deg syk

Møtet med de krevende pasientene utfordrer leger og annet helsepersonale både faglig og følelsesmessig. – Jeg har sluttet å være en følelsesmessig container for alle andre, sier fastlege Bente Aschim.

LENE JOHANSEN

Professor Reidar Tyssen, som er faglig leder ved avdeling for medisinsk adferdsvitenskap ved Universitetet i Oslo, har identifisert følelsesmessig press og krav fra pasienter som den viktigste arbeidsstressfaktoren for legers mentale helse i en studie som ble publisert i tidsskriftet *Medical Education* i 2000.

– Det er viktig å kjenne på sin egen reaksjon i følelsesladede møter med pasienter. Man må for eksempel erkjenne at man blir sint, samtidig som man ikke skal agere på det, sier Tyssen.

**Bruker skuespillere.** Studentene som går på Universitetet i Oslo får nå testet seg selv

i pasientmøter der de blir utfordret både faglig og følelsesmessig. Avdelingen leier inn skuespillere som spiller pasienter i krevende situasjoner. Det kan dreie seg om pasienter som ikke aksepterer behandlingsplanen og vil bruke alternative metoder, foreldre som skal orienteres om at datteren er død, selvskadere som ønsker å få smertestillende medikamenter, beskjeder om kreftsykdom og det å behandle kollegaer.

– Alle får kjenne på sine egne reaksjoner og erfare hvor vanskelig sånne møter kan være, sier Tyssen.

**Kulturelle forskjeller.** Tyssen synes at de som går på legestudiet i Oslo får et godt tilbud som forbereder dem på møtet med

krevende pasienter, men er bekymret over at det begynner å bli mange leger som har utdanning fra steder hvor de ikke får slik opplæring, og hvordan kulturelle forskjeller mellom pasient og lege kan påvirke kommunikasjonsprosessen i en negativ retning.

– Norske pasienter er for eksempel svært individualistiske i sin måte å tenke på sykdom og behandling, mens i deler av Asia er hele familien mer involvert. Dessuten er språk-testene mer krevende for leger som kommer utenfra EU-området, men det kan være store språklige barrierer også for leger fra EU-området. Dette har neppe vært vektlagt nok av sykehus og andre arbeidsgivere. Mange medisinske studenter jobber som legesekretærer og forteller at de



*«Det er viktig å kjenne på sin egen reaksjon i følelsesladede møter med pasienter. Man må for eksempel erkjenne at man blir sint, samtidig som man ikke skal agere på det»*

REIDAR TYSSEN

ofte må «oversette» klønete norsk når de skriver diktater fra leger som ikke behersker språket, så dette kan i verste fall gå ut over pasientsikkerheten, sier Tyssen.

**Kommunikasjon kan læres.** Kommunikasjonstrening for leger er et relativt nytt fenomen. Tilbudet har bare vært tilgjengelig de siste 20 årene i følge Pål Gulbrandsen som er professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri ved Universitetet i Oslo.

– Kommunikasjon er en ferdighet, ikke noe du kan lære uten å trene. De fleste av de som er gode på det i dag har et talent og vet ofte ikke hvorfor de får det bra til, sier han.

I spesialistutdanningen er det bare allmennleger og onkologer som har hatt obligatorisk kursing i kommunikasjon, men det foreligger forslag om å innføre det som ledd i utdanningen til alle kliniske spesialiteter. I Oslo ledes Skandinavias største kommunikasjonsforskningsmiljø av Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen. De har blant annet videreutviklet og testet et kursopplegg for ferdige leger som bygger på en amerikansk modell som kalles «Four Habits». Resultatene fra disse forsøkene ble publisert i 2008–11. Forskningsgruppen til Finset og Gulbrandsen har nylig evaluert langtidsvirkningen av disse studiene og resultatene har vært lovende nok til at gruppen har fått midler fra Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst til å gjennomføre flere i løpet av året.

Både Tyssen og Gulbrandsen sier at mange av de sakene som rapporteres til pasientombudet og tilsynsmyndigheten har grunnlag i at kommunikasjonsprosessen har



Pål Gulbrandsen, professor på Klinikk for helsetjensteforskning og psykiatri ved UiO og barne- og ungdomspsykiater ved Ahus, Betty van Roy, er begge opptatt av den viktige kommunikasjonen og de gode holdningene i møte med pasienter og pårørende.

FOTO: PAAL AUDESTAD



## Gode kommunikasjonsråd: «DE FIRE VANENE»

- Investér i begynnelsen av konsultasjonen ved å være imøtekommende, finne ut hvordan pasienten har det og hva de er bekymret over.
- Finn ut hvordan pasienten tenker om problemet, hvordan det påvirker pasientens liv og hva han ønsker å få ut av legevisitten.
- Vis empati ved å bekrefte og anerkjenne pasientens følelser og kunnskap og hjelp pasienten å sortere og identifisere følelsene
- Investér i slutten av konsultasjonen ved å bruke pasientens perspektiv for å presentere informasjon, forklar hvorfor man ønsker å gjøre noe, se hva pasienten synes om dette, om det er noe som kan hindre at behandlingen gjennomføres, åpne for spørsmål og lag tydelige planer for oppfølging.

Kilde: Pål Gulbrandsen

FOTO: PAAL AUDESTAD



«Kommunikasjon er en ferdighet, ikke noe du kan lære uten å trene. De fleste av de som er gode på det i dag har et talent og vet ofte ikke hvorfor de får det bra til»

PÅL GULBRANDSEN

## Vil du bli bedre til å kommunisere med pasientene?

### Kommunikasjonskurs basert på «De fire vanene»

**VÅREN 2014: 26. og 27. mars  
21. og 22. mai  
11. og 12. juni**

Høstens kurs annonseres om kort tid i Legeforeningens kurskatalog. De som ønsker plass kan sende epost til Bård Fossli Jensen: b.f.jensen@medisin.uio.no

### Kurs i kognitiv atferdsterapi for allmennleger

Bente Aschim har utviklet et kurs i kognitiv atferdsterapi for allmennleger sammen med Sverre Lundevall. Informasjon om kurset finnes både i Legeforeningens kurskatalog og via Norsk forening for kognitiv terapi ([www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)). Det ligger også filmer på Legeforeningens kurssider som viser hvordan samtaleteknikken brukes i praksis med pasienter (<http://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=64>).

gått galt. Hverken Pasientombudet i Oslo eller Helsetilsynet måler hvor hyppig dette er, men pasientombud Anne-Lise Kristensen sier til *Journalen* at kommunikasjon ofte er en viktig del i sakene som blir innklaget.

**Tid avgjør søksmål.** Vi må til Canada og USA for å finne mer systematiske studier av kommunikasjonens viktighet i feilbehandlingssøksmål. Wendy Levinson ved Universitetet i Toronto har publisert en rekke studier av hva som fører til at pasienter saksøker legene sine, og overraskende nok har faglige feil svært liten innflytelse på pasientens beslutning. Misnøye som en følge av kommunikasjonssammenbrudd sammen med feilbehandling er den viktigste årsaken.

Levinson har etter hvert blitt ganske god på å identifisere hvilke leger som kommer til å bli saksøkt og hvilke som ikke blir saksøkt når hun går igjennom lyd- eller videopptak av pasientkonsultasjoner. De konsultasjonene som førte til søksmål hadde en helt annen tone, både på stemmebruk og pasientinteraksjon. Legene som ikke ble saksøkt brukte også noe mer tid på å snakke med pasienten. Det skal ikke mye til, forskjellen var bare tre minutter i favør av de legene som ble saksøkt.

**Verdensmestre på symptomer.** – Vi har en pedagogisk oppgave og en faglig stolthet å ivareta når vi møter pasienter som er bestillere og bare ser på legen som en ekspeditør som skal skrive under henvisninger og resepter, sier Bente Aschim. Hun er fastlege ved Fagerborglegene.

Aschim synes det er flott at pasientene er blitt mer kunnskapsrike med årene og tar mer aktivt kontroll på sin egen helse. Samtidig peker hun på at det kan det være overveldende å møte en pasient som har svært bestemte meninger og som er så fokusert på disse at vedkommende overkjører legens faglige vurderinger totalt.

– Da er det viktig å ikke avvise pasi-

enten totalt, samtidig som pasienten også må lytte til legens vurdering. De er jo verdensmestre på egne symptomer, men det er vi som har den faglige utdanningen til å hjelpe dem å tolke disse symptomene, sier hun.

Aschim sier at man bør ta seg tid til å finne ut hva pasienten tenker om de bestillingene som han eller hun kommer med. Istedenfor å avslå disse bør legen stille spørsmål om hvorfor pasienten mener dette er den rette veien å gå og hva pasienten selv tenker om de symptomene eller den funksjonsnedsettelsen de opplever.

– En utfordrende pasient kan komme med utsagn som åpenbart kan være noe problematiske, som for eksempel en pasient som hevder at han får en allergisk reaksjon av elektrisitet. Istedenfor å si at sånn virker det ikke, kan man spørre hvordan allergi mot elektrisitet virker. Vis nysgjerrighet ved å spørre pasienten hvordan han har prøvd å behandle det, hvordan har behandlingene virket så langt og spør om pasienten er villig til å høre på hva du tenker om temaet. Nysgjerrighet er en aktiv handling i denne sammenhengen, sier Aschim, som også arbeider i en bistilling ved Vinderen DPS. Hun bruker kognitive adferdsterapiteknikker og sier at dette ikke bare hatt en virkning på hvordan hun jobber med pasienter, men også på hvordan hun forholder seg til rollen som fastlege.

– Jeg pleide å ta et personlig ansvar for at pasienter ikke kom seg videre, men nå tar jeg ikke så mye ansvar for det lengre. Det er ikke mitt ansvar at de ikke følger de rådene jeg gir. Jeg har sluttet å være en følelsesmessig container for alle andre. Jeg skal ikke være alt for alle andre, innimellom må man si til seg selv at dette er godt nok, sier hun.

**Omfattende legerolle.** Tyssen sier også at det er vanlig at leger tar alt ansvaret for at en kommunikasjonsprosess med en pasient ikke fungerer. Og i boken



Skam i det medisinske rom skriver professor emeritus ved Institutt for adferdsvitenskap, Tore Gude, om hvor omfattende legerollen er, med et moralsk credo som krever at man alltid setter pasienten først.

– Legene reagerer med at det må være noe galt med dem selv, men det er jo ikke alltid det er tilfelle, sier Tysen. Mange pasienter har en personlighet som gjør det svært krevende å forholde seg til dem.

**Bygge faglig nettverk.** Et av bolverkene som både Aschim og Tyssen trekker frem mot å ta alt innover seg, er å bygge et sterkt faglig nettverk rundt seg på jobben som man kan bruke i møte med de krevende pasientene. Men da er det viktig at også arbeidsgiver sørger for at det er mulighet for å skape et slikt nettverk.

Det kan for eksempel være ønskelig å ta med en kollega i pasientkonsultasjoner man vet kommer til å bli krevende. Aschim fremhever hvordan samtaler med kollegaer kan hjelpe leger til å ikke fire på faglige standarder selv om det på kort sikt

kan virke som minste motstands vei. Også Gulbrandsen sier at det å kompromisse på det faglige kan ha store kostnader på lengre sikt.

– **Be om unnskyldning.** Faglitteraturen anerkjenner hvor viktig det er å be om unnskyldning når ting går galt i forholdet mellom pasient og lege. I USA, hvor man har en helt annen kultur på dette med å saksøke leger har mange delstater nå lovfestet at det å be en pasient eller pårørende om unnskyldning ikke er en anerkjennelse av strafferettslig ansvar dersom en konflikt skal handle i retten.

Et viktig råd som både Aschim, Gulbrandsen og Tyssen peker på, er å be om unnskyldning når det er påkrevet, selv når legen ikke føler et personlig ansvar for eventuelle uretter som pasienten mener å ha opplevd.

– Leger er selv veldig sårbare fordi arbeidet de gjør er så viktig, det er så mye på spill. Det kan i blant gå prestisje i at ting har gått feil og det berører den profesjonelle identiteten din så dypt, sier Pål Gulbrandsen. ■

*«Jeg pleide å ta et personlig ansvar for at pasienter ikke kom seg videre, men nå tar jeg ikke så mye ansvar for det lengre»*

BENTE ASCHIM

## VG: – Ganske høy terskel for publisering

– Det er nok ikke den redaktørstyrte pressen jeg hadde vært mest redd for hvis jeg var en fagperson som hadde havnet i en konflikt. En blogg-post eller en status-oppdatering på sosiale medier følger ikke de samme spillereglene for personidentifisering og kan deles av flere tusen personer på kort tid, sier Tora Bakke Håndlykken.

Hun er seksjonsleder for nyheter i VG og tar regelmessig beslutninger om hvilke saker som havner i avisen, og hvilke som aldri ser dagens lys. Det er sjelden aviser identifiserer personer med navn når de skriver om tilsynssaker og konflikter mellom helsepersonale og pasienter. De nøyer seg som regel med å identifisere institusjonen.

Det er svært vanlig at pasienter ringer VG for å prosedere sin sak, men få av de havner i avisen. Journalistene må deretter dokumentere påstandene og det første skrittet er alltid at pasienten må gi avisen innsyn i sakene sine. Når journalisten har fått den nødvendige dokumentasjonen så vurderer de om saken skal dekkes og hvordan.

– Terskelen for at saken går helt til publisering er ganske høy. Det er ofte en ekstern tredjepart som har gjort en vurdering før vi skriver om det, som for eksempel Helsetilsynet eller helseinstitusjonen selv, sier hun.

LENE JOHANSEN

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

# – Maktesløshet kan skape kravstore pårørende

Det er gjerne foreldre til barn med sammensatte, kroniske og livstruende sykdommer, som kan stille de største kravene, sier barne- og ungdomspsykiater Betty van Roy.

KRISTIN MACK-BORANDER

– Pasienter og pårørende er mer rettighetsbevisst i dag. De står ikke lenger med lua i hånda, men forventer dialog?

– Nei, og egentlig synes jeg det er ganske flott fordi vi får en mer likeverdig relasjon mellom lege og pasient/pårørende. Men noen ganger er det vanskelig for foreldre å forstå at legen også må forvalte samfunnets ressurser, ikke bare prioritere det enkelte barnet. De gangene samfunnets kriterier kommer i konflikt med det foreldrene føler de har behov for, kan det bli vanskelig. Det hender foreldre argumenterer med at de vet om en lege som gav en pasient de og de rettighetene, og mener det samme derfor bør tilkomme dem. Til syvende og sist er det jo skjønnsspørsmål vi snakker om og det hender leger treffer forskjellige avgjørelser. Det er uheldig. Derfor jobber vi med å skape en mest mulig lik praksis. Der har vi nok et forbedringspotensial.

– I hvilke tilfeller kan legers skjønnsmessige avveining være utslagsgivende?

– Ta for eksempel et barn som begynner å bli bedre etter langvarig kreftbehandling. Når skal man si til foreldrene at det er på tide å redusere pleiepengene? Hvor streng eller hvor romslig skal man være? Vel så ofte tror jeg imidlertid problemet er at foreldrene får beskjeder for brått. Vi må forstå at overganger krever litt tid. Å få plutselig beskjed om at pleiepengene inndras, oppleves fort som en umulighet hvis man ikke har fått nødvendig tid til å forberede seg.

– God dialog, altså?

– Nettopp! Og forståelse for at kravstore pårørende sjelden handler om bare økonomi. Foreldre er ofte redde, slitne og føler

*«Midt i alt dette følelseskaoset blir rettigheter noe veldig konkret og målbart, og derfor lett å ty til»*

seg hjelpeløse. Midt i alt dette følelseskaoset blir rettigheter noe veldig konkret og målbart, og derfor lett å ty til. Det betyr ikke at det man kjemper for er uvesentlig og at alt egentlig handler om følelsesmessige forhold. Men jeg tror det er en blanding.

– Så bak pårørendes angreps- eller forsvarsposisjon kan det ligge mye redsel?

Ja, det tror jeg. Og maktesløshet. Hvis legen ikke imøtekommer ens ønsker, oppleves det fort som en avvisning; en følelse av ikke å bli forstått. Kanskje vil noen også føle det som en manglende anerkjennelse av den innsatsen man gjør for barnet sitt.

– Kan foreldres innbitte kamp om rettigheter også være en måte å holde sorgen over sitt syke barn unna på?

– Det er en aktuell tanke. Å fighte og å kunne se konkrete resultater av kampen man har kjempet, kan nok være en måte å holde erkjennelsen av at barnet er sykt og kanskje alltid vil være det, unna på.

– Hvordan møter man pårørende som er i konstant angrepsposisjon?

– Det er viktig å bevare en empatisk holdning, samtidig som man formidler sitt budskap på en rolig og ryddig måte. Det er ikke lett. Jeg tror alle leger en eller annen

gang har erfart at de ikke har lyktes i denne balansegangen. Det er mange feller å gå i. For eksempel er det fort gjort å avskrive foreldre som helt umulige å samarbeide med. De oppleves som så urimelige at det oppstår et ønske om å sette dem på plass. Da låser det seg. I stedet bør man prøve å ta et skritt tilbake og spørre seg hva dette egentlig handler om. For å få denne distansen kan det være nyttig å ha et tverrfaglig team å drøfte med. På Ahus er det i tillegg egne kurs i lege-pasient-kommunikasjon. Slike kurs løser nok ikke alt, men åpen kommunikasjon kan bidra til økt forståelse for at pårørendes urimelige krav ofte handler om mer enn bare de rettighetene det slås om.

– Rett og slett en påminnelse om at det er hele mennesker man møter?

– Ja, hele mennesker som alle bærer sin spesielle historie med seg. Dette gjør at noen for eksempel er ekstra lett krenkbare.

– Hvor ofte møter du pårørende som er vanskelige å samarbeide med?

– Jeg opplever at de fleste samarbeider godt. De vet at de er avhengige av behandlingsapparatet og ønsker å spille på lag. Det finnes selvsagt dem som er helt urimelige i sine forventninger, men de er i klart mindretall. ■

*«Hvis legen ikke imøtekommer ens ønsker, oppleves det fort som en avvisning; en følelse av ikke å bli forstått»*

*«Åpen kommunikasjon kan bidra til økt forståelse for at pårørendes urimelige krav ofte handler om mer enn bare de rettighetene det slås om»*

BETTY VAN ROY



# – Vi bør formidle uten moralisme

Når pasienter er uttalt kritiske er det ofte sterke følelser involvert, ikke bare hos pasienten, men også hos behandleren, sier psykolog Frida Gullestad Rø.

KRISTIN MACK-BORANDER

I sitt postdoktorprosjekt skal Gullestad Rø undersøke om mentalisering, dvs. evnen til å forstå følelser, tanker og motiver hos seg selv og andre, er viktig i vellykkete terapier.

– I møte med den krevende pasienten er det lett å føle at man ikke strekker til faglig og ikke når frem til pasienten. Da er det fort gjort at man i stedet for å bevare evnen til å tenke klart, kanskje også selv handler på bakgrunn av sterke følelser, sier hun.

– Og i slike situasjoner hvor vi reagerer følelsesmessig, fører nettopp til at vi mentaliserer dårligere. Som profesjonelle har vi et klart ansvar for ikke å la oss rive med av egne følelser, men i stedet prøve å forstå hvorfor pasienten handler som han gjør. Studier viser at en hovedårsak til pasientklager er mangelfull informasjon, altså ikke behandlingen per se, men kommunikasjonen. Man skal med andre ord ikke undervurdere betydningen av god kommunikasjon!

– Jeg har inntrykk av at undervisning i lege-pasient-kommunikasjon ofte kan bli litt enkel med råd som «vær empatisk» og «husk å lytte». Leger burde kanskje lært mer om mentalisering?

– Mentalisering er et litt nymotens ord, men samtidig et viktig begrep. Det å kunne registrere egne og andre følelser, og forstå at de er en reaksjon på noe, er nyttig i all kommunikasjon. Å være «empatisk» og «å lytte» blir litt diffust og vagt. Det å lytte handler for eksempel ikke bare om å sitte der passivt og høre på. Det er en aktiv handling. Man lytter på en måte som viser at man forstår følelsene og reaksjonene pasienten har.

– Så når det skjærer seg er det til en viss grad alltid et samspill mellom pasienten og behandleren?

– Ja, det stemmer. Således handler det ikke bare om den «vanskelige» pasienten, men også om hvordan vedkommende blir møtt. Når det er sagt, kommer man heller ikke



Frida Gullestad Rø jobber som psykolog på Bup vest, Diakonhjemmets sykehus. I tillegg er hun postdoktor ved Psykologisk institutt, UiO.

*«Det er viktig å huske at det er vi som fagfolk som primært forvalter kunnskapen om hva som er best behandling.»*

utenom individuelle psykologiske mekanismer hos den enkelte. Noen blir for eksempel fortere misfornøyd og forurettet enn andre. Det å bli rammet av sykdom gjør oss dessuten mer sårbare, noe som i seg selv vekker sterke følelser. Andre strever med å godta egen svakhet og sårbarhet. De kan ha et ubevisst ønske om å plassere ansvar og skyld og dette kan komme til uttrykk som sinne og misnøye med helsevesenet.

– Det er nærliggende å tenke at mange av pasientene med spesielt krevende atferd lider av personlighetsforstyrrelser. Kunne leger hatt fordel av å øke sin kunnskap om ulike former for personlighetspatologi?

– Jeg har mer tro på å øke legenes kunnskap om de psykologiske mekanismene som ligger bak ulike typer atferd, slik at de får en bedre forståelse for hva som skjer i samspillet i det konkrete møtet. Sårbarheten som vekkes hos pasienter i vanskelige situasjoner kan nok forsterke mindre heldige personlighetstrekk, og noen vil antagelig fylle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Men jeg tviler på om det å sette denne merkelappen fører legene så mye lenger. Det kan snarere bidra til at man plasserer alt ansvaret hos pasienten og avskriver vedkommende som manipulerende, ustabil eller liknende.

– Men hvordan bør man forholde seg i situasjoner hvor det er stort gap mellom pasientens forventninger og egne tanker om behandling?

– Det er viktig å huske at det er vi som fagfolk som primært forvalter kunnskapen om hva som er best behandling. Samtidig må pasienten inkluderes i denne prosessen. Vi bør formidle tydelig og klart, uten moralisme, hva vi tenker er riktig og god behandling. Blir pasienten skuffet over at man ikke har mer å tilby, må vi forsøke å romme denne følelsen; gjerne fortelle at man forstår at vedkommende er skuffet, men at det like fullt er slik realiteten er. Med andre ord – at man er tydelig på det faglige, men samtidig varm og rommende i møte med pasientens reaksjoner. ■

# Innsiktsfull popularisering over pasienthistorier

Boka «The examined life» av den engelske psykoanalytikeren Stephen Grosz foreligger nå i norsk utgave, godt oversatt av Agnete Øye. Boka er på 200 sider og inneholder 30 små historier samlet under overskriftene: Begynnelser, Om å lyve, Kjærlighet, Forandring, Å gi slipp. Den har fått glitrende anmeldelser. New York Times synes Grosz' tekst minner om en kombinasjon av Anton Tjsekhev (1860–1904) og Oliver Sacks (1933–). Forventningene var derfor høye da jeg tok fatt på lesningen.

*«Her møter vi pasientene, familiene, relasjonene og situasjonene fra 50 000 timer med terapeutisk arbeid»*

Historiene er hentet fra forfatterens egne erfaringer som psykoanalytiker gjennom 25 år. Her møter vi pasientene, familiene, relasjonene og situasjonene fra 50 000 timer med terapeutisk arbeid! Historiene er mangfoldige og preget av forfatterens ydmyke og følsomme arbeid. Siden det er autentiske historier, taler de kanskje mer direkte til leseren enn fiksjonstekster.

Vi møter til eksempel et barn med alvorlig utviklingsforstyrrelse («Hvordan sinne kan beskytte en mot sorg»), en vel 70 år gammel professor som kommer ut som homofil («Hjemme»), en ung kvinne med paranoide fantasier som Grosz forstår som en beskyttelse mot tanken om at ingen tenker på en («Hvordan paranoia kan lindre smerte og forhindre en katastrofe»), og så videre. Enkelte av Grosz sine



**STEPHEN GROSZ**

FORTELLINGER FRA LIVET.  
HVORDAN VI MISTER OG  
FINNER OSS SELV

Forlaget Press  
Utgivelsesår: 2014  
ISBN: 9788275477031  
Oversetter: Agnete Øye  
Innbundet  
Kr. 349,-

opplevelser utenfor terapirommet får også sine historier. I en historie møter forfatteren en venn som forteller om sin terapi («Om å være pasient»). I en annen følger vi forfatteren og hans gamle far på reise til Ungarn der faren vokste opp i enkle og strevsomme kår («Å reise tilbake»).

I alle historiene har analytikerens egne assosiasjoner, minner og refleksjoner plass, og han bruker viktige psykologiske erkjennelser fra litterære klassikere. Eksempelvis leser han Charles Dickens «En julefortelling» som en historie om en usedvanlig psykologisk forvandling: «Scrooge forandrer seg til slutt fordi spøkelsene river i stykker vrangforestillingen om at livet kan leves uten tap... Scrooge kan ikke gjøre om på fortiden sin, og han kan heller ikke ha noen visshet om fremtiden. Når han våkner juledags morgen og tenker på en ny måte, kan han forandre nåtiden – forandring kan bare skje her og nå. Dette er viktig fordi forsøk på å forandre fortiden kan gi oss en følelse av hjelpeløshet og nedtrykthet.»

Jeg har sjelden lest en så innsiktsfull popularisering og en så bevegende tekst om psykoanalytisk terapi og

*«Jeg har sjelden lest en så innsiktsfull popularisering og en så bevegende tekst om psykoanalytisk terapi og forståelse»*

*«Som anmelder i Journalen håper jeg den i hvert fall blir lest av alle leger som har pasienter i behandling»*

forståelse. Terapeuten tar oss med inn i menneskeliv der mening er vanskelig å etablere, avdekke eller konstruere. I Grosz sine terapier er lytting til, og utforskning av, undertekster i pasientenes fortellinger det sentrale. I pasientmøtene kommer stadig nye historier til overflaten, og ny mening skapes. Vi får en utdypet forståelse av hvordan pasienten formidler seg både med sin fortelling og sin væremåte, men også gjennom de følelser møtet skaper i analytikeren. Den møysommelige psykoanalysen fører tidvis til gjennombrudd og endring, men også til større grad av forsoning med livets begrensning og hva som ikke er mulig å få til.

Under lesningen ble jeg slått av hvordan Grosz kan illustrere svært kompliserte psyko-

analytiske fenomener uten å bruke teoretiske begreper og modeller. Han klarer på beundringsverdig vis å oversette komplisert psykoanalytisk teori utviklet gjennom årtier til vanlige ord. Splitting og projeksjon er unntakene, men også disse begrepene forklarer han elegant.

Det er få mennesker forunt å gå i psykoanalyse. Til det er den for ressurskrevende. Men innsiktene som psykoanalysen har etablert – om ubevisste prosesser, om forsvarsmekanismer, om ulike måter å erkjenne dyper lag i seg selv – blir anvendt i andre formater enn fire til fem terapitimer i uken. Da benevnes terapien for psykoanalytisk orientert eller psykodynamisk psykoterapi. Dette er terapiformer med god dokumentasjon av effekt og som bør ha sin naturlige plass i det offentlige helsetilbud. Den engelske boktittelen «The examined life» refererer til et utsagn fra Sokrates: «Det uuforskede liv er ikke verdt å leve» – utfordringen er å bli kjent med seg selv. Grosz sin bok bidrar til at en blir mer nysgjerrig på seg selv og på sine pasienter. En begeistret anmelder av boka foreslo at den burde være en selvfølgelig dåpssgave. Som anmelder i Journalen håper jeg den i hvert fall blir lest av alle leger som har pasienter i behandling.

Fortellinger fra livet bidrar til bedre forståelse av en selv som behandler, av den psykoanalytiske behandlingsmetode og av mennesker som på ulike vis strever med sine liv – og hvem gjør ikke det?

KARSTEN  
HYTTEN,  
Institutt for  
psykoterapi



## Styret

### LEDER

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

### NESTLEDER

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

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

Pernille Bruusgaard 22 84 46 60  
Senter for medisinsk etikk  
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 02180  
Helseetaten, avd. Aker  
bsletvold@gmail.com

Marit Kamøy, LSA 02180  
Bydel Ullern  
marit.kamoy@bun.oslo.kommune.no

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

Even Holt, PSL 22 02 68 10  
KAL-klinikken AS  
eveho@online.no

Ruth Foseide Flønning, Ylf 22 11 80 80  
Lis lege ved Medisinsk klinikk OUS  
ruttle@ous-hf.no

### SEKRETARIAT

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

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

### KURSKOMITÉ

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

### HELSETJENSETER FOR LEGER

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

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

Oslo legeforening er en lokalforening  
i Den norske legeforening.

## LEDEREN

# Spiller Oslo universitetssykehus i eliteserien?

Adecco er et kommersielt selskap som forventer overskudd på sin drift. I disse dager er det tre år siden selskapet mistet oppdraget med å drifte blant annet Midtåsenhjemmet i Oslo. Kommunen overtok selv driften. Bakgrunnen var mange og alvorlige brudd på arbeidsmiljøloven.

Oslo universitetssykehus hadde i fjor registrert over 32000 brudd på arbeidsmiljøloven. Det er ca 88 brudd per dag – og et brudd per ansatt. Det er jo vanskelig å vurdere om det er mye eller lite for en koloss som OUS. Det dreier seg i stor grad om overtid og beordring. Spesialsykepleiere og ambulanspersonell er mest utsatt.

*«Min uærbødige påstand er at endel av disse bruddene på arbeidsmiljøloven kunne vært unngått med bedre planlegging og fremfor alt bedre bemanning.»*

OUS har et sengebelegg på om lag 85 % og det er ønsket at dette bør opp i 90 %. Dersom belegget i snitt er 90 %, betyr det at det svært ofte er større enn 90 %. Jeg vet ikke hvilket nivå sykehuset er bemannet for, men dersom det er bemannet for 90 %, blir jo alt belegg over 90 % et problem.

Arbeidsmiljøloven er basert på samarbeid mellom partene og har ganske stor grad av fleksibilitet når overtid og merarbeid avtales mellom partene.

Legeforeningen har inngått slike avtaler. Likevel er det begrensninger. I noen grad kan arbeidstaker si seg villig til å la seg pålegge arbeidstid utover lovkrav, men bare til en viss grense. Dersom arbeidstaker sier seg villig, vil noen av AML-bruddene ikke bli registrert, men det er jo kosmetikk – arbeidstakere pålegges overtid for å ivareta ordinær drift. Når man ønsker enda mer arbeid per ansatt, må tillitsvalgte og organisasjonene inn i bildet. Etter det jeg har lest, har f.eks. Norsk sykepleierforbund vært kontaktet med tanke på slike avtaler. Eier må også innnta en mye mer aktiv

holdning for å skaffe det fagpersonellet man har for lite av. Gode utdanningsvilkår, evt. mot binding, og god avlønning pleier å hjelpe.

Min uærbødige påstand er at endel av disse bruddene på arbeidsmiljøloven kunne vært unngått med bedre planlegging og fremfor alt bedre bemanning.

Det er fristende å trekke fram OUS sin strategi. Sykehuset skal ta utgangspunkt i pasientens perspektiv og ha

- et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt
- et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Man må kunne forvente at OUS med Staten som eier (via Helse Sør-Øst) klarer å forholde seg til gjeldende lover – også arbeidsmiljøloven. Det blir underlig når man ber om endring i denne for å drifte sykehuset. Andre bedrifter må innrette driften etter loven – ikke omvendt. Loven er der for å beskytte arbeidstakere, det innebærer også at man skal har respekt for arbeidstakernes fritid.

Det er jo et interessant tankeeksperiment at eier finner driften så uansvarlig i forhold til norsk lov at eier intervensjoner og lar noen andre overta driftsansvaret. Det kommer ikke til å skje, dels fordi det ikke er noen andre som kan drifte, og dels fordi det vil være en innrømmelse av at det ikke er mulig å drive lovlig innen de rammer man bevilger.

I år har første divisjon skiftet navn – sponsoravtalen opphørte. Eliteserien består – nå får OUS passe på så de ikke kommer i nedrykksposisjon!



*Svein Aarseth*  
SVEIN AARSETH

Oslo legeforening inviterer til  
**DEBATTMØTE**

i Litteraturhuset,  
sal Wergeland

MANDAG 7. APRIL 2014 KL 19:00

**Oslosykehusene  
– hva nå?**

Møteleder: Lottelise Folge

Gratis adgang

**OSLO-LEGEN 2014**

Oslo-legen blir utnevnt på årsmøtet i august.  
Begrunnet forslag til kandidater sendes  
unni.broter@legeforeningen.no  
innen 19. mai 2014.

**Retningslinjer som legges til grunn er:**

1. Mottakeren må være medlem av Oslo legeforening
2. Mottakeren må ha utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet ha synliggjort legene og legerollen på en positiv måte.
3. Nåværende medlemmer av Oslo legeforsknings styre er ikke aktuelle
4. Mottakeren bør ha et spesielt «Oslo-fokus» med hensyn til sitt virke, og være kjent ut over en indre krets
5. Svært kjente kandidater som også har mottatt andre utmerkelse, er ikke prioritert.

**MØTEKALENDEREN**

1

Her presenterer vi utvalgte større arrangementer av antatt interesse for våre lesere. Arrangementer i regi av Oslo legeforening står med uthevet skrift.

*Mars*

**20.-23. Styreseminar Oslo legeforening**

**25.-27.** Ylfs vårkurs, årsmøteseminar og årsmøte, Stavanger

**26.-27.** Norsk patologforenings årsmøte, Oslo

*April*

**2.-4.** BUP-dagene, Haugesund

**3.-4.** Norsk overlegeforenings vårkurs, Tromsø

**7. Debattmøte, Litteraturhuset, (se egen annonse)**

**10. Styremøte i Legenes hus**

*Mai*

**5.-9.** Allmennt medisinsk vårmøte, Oslo/Bærum

**7.-9.** NFAMs /Namfs vårkonferanse, Larkollen

**13. Styremøte Oslo legeforening, i Legenes hus**

**17. Arrangement i Legenes hus (se egen annonse)**

**20.-22.** Landsstyremøte på Soria Moria

Send en epost til unni.broter@legeforeningen.no dersom du har forslag til et arrangement som bør komme med på kalenderen. Ønsker du eller foreningen din å annonsere for et arrangement? Kontakt vår annonseakkvisitør (se kolofon s. 3). **Frist nr. 2/2014: 13. mai**

*17. mai 2014*  
**I LEGENES HUS**

**Vi inviterer også i år til  
åpent hus fra kl 12-14.**

Medlemmer og ansatte i  
Legenes hus er velkommen  
med familie!

## Oslo legeforing arrangerer møteserie for allmennleger i Oslo og Akershus vår og høst 2014



**Tidspunkt for alle møtene:  
17.30 - 20.00**

(Enkel servering fra kl. 17.00)

**Sted:** Kantinen i Legenes hus,  
Akersgaten 2  
(inngang fra Christiania Torv)

Møtene er godkjent som møteserie til videre- og etterutdanningen i allmenne medisin tellende med 3 poeng per gang, totalt 12 poeng.

### 12. mars:

HELFO: Takstbruk og takstkontroll

### 2. april:

Ny vergemålslov. Orientering om loven, legens rolle og hvorledes verge jobber. Hva innebærer oppdraget? Omsorgsplikt versus taushetsplikt.

### Høst (datoer fastsettes senere):

NAV: Fastlegenes funksjon i oppfølging av personer med AAP

og

NAV: Fastlegenes funksjon i oppfølging av personer som søker uførepensjon

### Påmelding:

Se vår nettside under utdanning/kurs:  
[www.legeforingen.no/oslo](http://www.legeforingen.no/oslo)

## SAMARBEIDSUTVALG FOR LEGEVAKT I OSLO

(Rammeavtalen 12.5.2) har følgende medlemmer fra Oslo legeforing: Ellen Fagerberg, Abildsø legekantor Geir Sneen, Lille Grensen legesenter og

## «NYHETS BREV TIL FASTLEGER»

Sendes per epost fra Oslo legeforing. Ønsker du å stå på mottakerlisten, kontakt Oslo legeforing



**Vi er på nett!**

Journalen har fått nye nettsider:  
[www.fagbladetjournalen.no](http://www.fagbladetjournalen.no)

Her kan du lese, dele og kommentere våre saker.

Vi gir deg også helsenyheter på Facebook og Twitter: @journalen.



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



## – Grov systemfeil i Helsetilsynets metodikk

Det kan arte seg som det rene forhør når en lang rekke medarbeidere fra Helsetilsynet skal intervju en enkelt helsearbeider, skriver Einar Braaten.

**U**te i kommunene merker vi et økende press fra brukere som klager på hvilke tjenester de får, servicen de får og hvordan helsepersonellet oppfører seg. Veien fra å ikke være fornøyd til å klage til Fylkesmannen og skrive i avisa er blitt kortere.

De fleste ledere jeg kjenner hopper litt i stolen når brevet fra tilsynet dukker opp i posten. Er vi ikke flinke, skjuler vi noe? Beskjeden går ned gjennom linja også til de som skal intervjues av den tilsynsgruppen som kommer. Trenger vi forberede de ansatte? Er dette tøft, vanskelig, ubehagelig?

Straks tilsynsrapportene inneholder avvik tar mediene fatt i det og skriver om det. Det er ubehagelig. Så derfor hiver man seg rundt, går gjennom rutine og dokumentasjonen. De prioriteringene som var gjort i årshjul, tiltaksplaner og daglig drift endres, som regel på toppen av alt vi driver med til vanlig. Heldigvis, mener jeg, for ellers ville det gått kraftig ut over tjenesteproduksjonen!

**Vi har konkrete erfaringer** for at intervjuene der seks til sju personer fra tilsynet møter en enkelt ansatt oppfattes mest som et forhør. Der blir helsearbeider stilt kritiske spørsmål som får dem til å tenke at de gjør en dårlig jobb som går ut over pasientene.

Jeg mener en at årsak til at tilsynet oppleves så ubehagelig for ansatte er at deres fokus er annerledes enn hva det er for tilsynspersonene i intervjugruppen:

- Helsearbeiderne har et stort pasientfokus hvor hele hverdagen deres dreier seg om å gjøre det beste for sine pasienter. Den ansatte sitter alene i rommet, er opptatt av brukernes behov og at vedkommende ikke har kapasitet til å nå over alle.
- Tilsynet sitter samlet i ei gruppe. De har gått grundig gjennom dokumenter, rutiner og prosedyrer. Deres hovedfokus er på om opplysningene de får gjennom papirene fyller kravene i lovverket. Det blir et ensidig fokus på det som avdekkes som avvik fra regelverket.



**EINAR BRAATEN** er kommuneoverlege i Øvre Eiker og Nedre Eiker kommune. Spesialist i samfunnsmedisin, interessert i kommunikasjon, utvikling av helsetjenester, beredskap og folkehelsearbeid. På sin egen blogg, [www.kommunelegen.com](http://www.kommunelegen.com), har han også skrevet om dette temaet.

*«Veien fra å ikke være fornøyd til å klage til Fylkesmannen og skrive i avisa er blitt kortere»*

**Ute i kommunene** arbeider vi seriøst med å håndtere klager. Vi jobber med hvordan de hardt pressede ansatte takler kritikk, vi jobber med rutiner og prosedyrer for avvikshåndtering og tilbakemeldinger. Vi opparbeider kompetanse blant lederne for å kunne håndtere klager og få avklart dem på lavest mulig tjenestenivå.

Det er en grov systemfeil med tilsynsmetodikken når arbeidsgivere må jobbe med å bygge opp igjen flinke ansatte som går helt i kjelleren etter tilsynsbesøket. Allikevel er systemrevisjonene både viktige og nyttige. «Avvikene må lukkes», mange er små og lukkes raskt, andre er større og setter i gang viktige diskusjoner og gjennomgang av våre rutiner.

**Helsetilsynets holdning** til at alle brev i tilsynssaker skal være offentlige fører til at innklaget helsepersonell føler seg uhent i media. Det er svært ubehagelig for de

som er innklaget også fordi saken kommer i media lenge før det foreligger noen avgjørelse. Mediene er sjeldent interessert i å publisere resultatene av saker som går i helsepersonellens favør. Etter min mening har ikke tilsynet noe vondt av å merke sjøl hvor ubehagelig det er å bli framstilt i media i saker hvor allmennheten gjør seg opp meninger gjennom mediene.

Jeg mener juss og medisinfag er to viktige faglige tyngdepunkt i helsepersonells behandling av pasienter. Våre medisinskfaglige vurderinger er helt avgjørende for pasientenes behandlinger. Vi blir stadig flinkere til å behandle vanskeligere og alvorligere sykdommer. Behandlingsregimene blir mer og mer kompliserte og sammensatte.

Jeg lærte en gang at lovverket kun var en formalisering av det generelle ønsket om at vi skulle gjøre det beste for pasienten. Allikevel opplever jeg at jussen får sterkere og sterkere innvirkning på medisinsk behandling. Oppfylging av regelverkets tolkes katolsk på bekostning av pasientens beste, spesielt innen de medisinskfaglige områdene hvor vi beveger oss i et grenseland. Ute i kommunene merker vi dette spesielt fordi vi er kommet langt i medikamentell behandling av demente, men også overfor psykisk utviklingshemmede. Dette er områder hvor vi har fått lovverk som skal beskytte pasientene mot tvangsbehandling uten samtykke.

**Vi må ikke glemme** at lovverket ble laget til det beste for pasienten. Hvis jussen legger last til pasientens helse må vi ta ansvaret for å gi riktig medisinsk behandling på tross av juridisk faglig vurdering. Noen ganger er det best for en pasient som ikke forstår noen ting at vi bare behandler dem.

Vi beveger oss inn i en framtid med nye behandlingsmuligheter og hjelpemidler. Velferdsteknologien vil eksplodere i årene som kommer og helt sikkert presse lovverket. Da blir det spesielt viktig at tilsynsmyndighetene har solid kontakt med det medisinske og pleiefaglige fagmiljøet i sin tolkning av lovverket.

### VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

Kronikker skal være på 4500 tegn med mellomrom og leveres med portrett av kronikkforfatteren. Kommentar/leserinnlegg skal være på 2500 tegn. Ta kontakt med redaktøren (se kolofon s. 3). Kronikker som kommer på trykk honoreres med en boksjekk.

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

# «Logikken er at hvis du behandler min fiende så er du min fiende»

Morten Rostrup er der det skjer. Nå er han i Ukraina.

– Det er bare en kort tur, denne gang.

Noen dager senere vil feltarbeideren i Leger uten grenser være tilbake som overlege ved akuttmedisinsk avdeling på Ullevål. Der er han størstedelen av arbeidstiden, når han ikke arbeider for Leger uten grenser.

*Journalen* får til slutt telefonkontakt midt i en hektisk møtevirksomhet, bare dager etter de voldsomme opptøyene i Kiev. Morten Rostrup snakker fort, men ikke hektisk. Han er et ideelt og håpløst intervjuobjekt på en og samme tid. Velformulerte og avsløpte setninger kommer i en jevn strøm, helt uten tenkepauser eller fyllord.

– Hvordan vil du beskrive situasjonen i Ukraina nå?

– Alle er veldig preget etter opprøret som kulminerte med de mange drepte og sårede på La Maidan-plassen (Uavhengighetsplassen, red.anm). Det har vært en tøff periode og det som har skjedd har gjort sterkt inntrykk på folk. Situasjonen er fortsatt uavklart, stemningen er avventende. Mange er bekymret nå for hva som skjer på Krim-halvøya.

Rostrup har vært rundt på sykehusene og sett de hardest skadde på nært hold. Det er ukrainerne som står for det akuttmedisinske arbeidet.

– Hva gjør du konkret?

– Jeg er medisinsk koordinator – og forsøker å få oversikt og kartlegge de medisinske behovet, ikke minst de psykiske. Leger uten grenser har bragt ned psykologer for å bistå lokalt helsepersonell med posttraumatisk behandling. Jeg deltar i møter med psykologer, og følger situasjonen nøye. Noe av arbeidet består også i å knytte kontakter med leger og sykehus rundt i landet, så vi kan støtte dem om det blir aktuelt senere. – Arbeidet med skadde og pårørende har vært en dugnad. Mange helsearbeidere er fullstendig utslitte av arbeidet døgn etter døgn, og sterkt preget, slik at våre psykologer også må ta hånd om de som tar hånd om de skadde.

– Du har vært opptatt av at hjelpearbeidere selv kan bli angrepet?

– Det blir en stadig mer aktuell problemstilling. Tidligere var det respekt for humanitært arbeid, leger og sykehus. Et sykehus var et av de tryggeste stedene man kunne oppholde seg. Stadig oftere risikerer man å bli drept der. Det så vi for eksempel i Libya under Gaddafi. Det var målrettede angrep



FOTO: BRUNO DE COCK

## MORTEN ROSTRUP

- ▶Født 7. mars 1958
- ▶Spesialist i indremedisin.
- ▶Overlege ved akuttmedisinsk avdeling ved Ullevål sykehus siden 1991
- ▶Var med å starte Leger Uten Grenser i Norge i 1996.
- ▶Fra 2000 til 2004: Internasjonal president for Leger Uten Grenser
- ▶Fra 1996 til 2014: Over 20 feltoppdrag i bl.a. Rwanda, Tanzania, Angola, Sudan, Kosovo, Liberia, Afghanistan, Irak, Indonesia, Tsjad, Haiti, Libya, Egypt og Ukraina.

på sykehusene. Noe av logikken er at hvis du behandler min fiende så er du min fiende. Og klarer du ikke å drepe fienden, så gjelder det å hindre at han får medisinsk behandling så han likevel dør. Derfor ser vi også at mange var redde for å komme på sykehusene, det kan være politisk der, og man risikerer å bli arrestert. Ved angrep på sykehusene i Sør-Sudan så vi at leger rømte sammen med pasientene sine ut i skogen. Pasienter ble drept i sengene sine. Vi ser også en økt tendens til kidnapping, både av journalister og helsearbeidere.

– Er du redd?

– Av og til så blir man redd. Det gjaldt for eksempel situasjonen i Libya, da jeg var der. Når man hører rakettenes hviner, og lurer på om den neste raketten skal treffe eller ikke, så blir man selvfølgelig redd. Men man lærer å mestre vanskelige situasjoner, og stort sett fungerer det. I Bagdad ble det bombet hele

tiden, men bombene traff veldig spesifikke mål, så vi følte oss relativt trygge.

– Hva er din motivasjon?

– Flere ting. Rent konkret kan jeg gjøre noe for andre mennesker i konfliktsituasjoner. Det er veldig givende. Og jeg liker utfordringer og å jobbe i team med lokale helsearbeidere. Det utvider horisonten. Og det gir alltid en god følelse å kunne gjøre noe konkret og hjelpe pasientene våre, det gjelder oss alle.

– Du er opptatt av glemte konflikter, og at pressen bare klarer å håndtere en konflikt av gangen. Hvilke konflikter vil vi høre mindre til nå, som følge av situasjonen i Ukraina?

– Situasjonen er veldig vanskelig i Den sentralafrikanske republikk som er kommet inn i en forferdelig voldsspiral. Mediene sier ofte at folk ikke vil høre, at de ikke absorberer mer. Jeg mener at mediene har et humanitært ansvar, og et ansvar for å bevege opinionen og politikere. Humanitære kriser har ofte politiske årsaker – og krever politiske løsninger.

– Du har valgt en helt annen linje enn Erik Fosse og Mads Gilbert?

– Noen er både politiske aktivister og leger. For meg er politisk engasjement ingen motivasjon for å hjelpe mennesker i kriser. Alle har rett til hjelp uansett på hvilken side av konfliktene de er på. Dette er et grunnleggende humanitært prinsipp.

En diskusjon, der også Rostrup deltar, utvikler seg i bakgrunnen.

– Du, nå må jeg avslutte her.

– Før du legger på, noe helt annet. Du er jo også kjent for å arrangere de såkalte CAR-festene på Ullevål?

– Ha, ha. Ja..., de har ikke vært arrangert på et par-tre år, men det har vært veldig vellykket altså. Du må gjerne komme og se selv, jeg kan sende deg invitasjon.

– Kan vi fortelle leserne hva CAR står for?

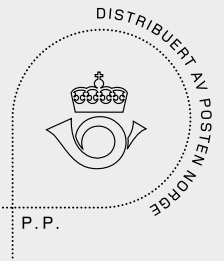
– Jo..., altså, du kan godt gjøre det. Jeg må stikke nå. Kan du ikke sende meg sitatene?

Noen minutter senere sender han SMS: Fint om du sender sitatene. Snakket for mye :-)

PER HELGE MÅSEIDE

Returadresse:  
Oslo legeforening  
Postboks 178 Sentrum  
0102 Oslo

B-Economique  
NORGE



P.P.

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