

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 1/2011

Jakten på **hendene**

Hvor kommer framtidens helsepersonell fra?

SIDE 4-8 ►

**Leger syke av
hovedstadsprosess** Side 12

**Barneombudet savner selv-
ransakelse i Christoffer-saken** Side 10

Ipad for leger? Side 9

Helsetilsynet til Afghanistan Side 14

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.

REDAKSJONEN



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



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



KRISTIN MACK-BORANDER
JOURNALIST
krimack@live.no



CHARLOTTE LUNDE
JOURNALIST
charlottelunde@mac.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 2/2011 er 4. mai 2011.

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

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

BESØKSADRESSE:
Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv)
0107 Oslo
Tlf: 23 10 92 40
Faks: 23 10 92 44

TRYKK: Merkur-Trykk AS



HJEMMESIDER PÅ INTERNETT
www.legeforeningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

FORSIDEILLUSTRASJON
Istockphoto

Redaksjonen avsluttet 20. februar

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



OPPLAGSKONTROLLERT

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

REDAKTØREN

PER HELGE
MÅSEIDE



Gratis og betingelsesløs helsehjelp til papirløse barn!

Departementet vil begrense helsetjenestene til papirløse barn, og la dem ta hele regningen.

BARNEOMBUDET HAR SKREVET en svært tankevekkende omtale av boken om Christoffer, gutten som ble mishandlet til døde, bare åtte år gammel (s. 10). «Christoffers død, og boken om ham, viser hvor utrolig sårbare barn blir, når de er helt alene i mylderet», skriver Reidar Hjermand og lister opp de mange som burde ha sett og grepet inn.

Noen barn ser vi ikke i det hele tatt – de lever i skjul.

I DAG (25. FEBRUAR) går høringsfristen ut for et forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å klargjøre papirløses rett til helsehjelp. Forslaget lider under en rekke underligheter og svakheter. En av dem er at helsepersonell skal dyttes inn i rollen som utlendingsmyndighetens forlengede arm.

Alle papirløse skal ha rett til øyeblikkelig hjelp, men omfanget av helsehjelp ut over dette skal være begrenset og blant annet avhenge av tiden til utreise. Helsepersonell skal derfor spørre ut pasienten om hjemreisetidspunkt, noe som bryter med enhver legeetik: «Når tenker de at de vil bli returnert til deres hjemland, hr. Hassan? Kommer politiet allerede i overmorgen, tror De? Oj, da får vi velge et annet, og mer bredspektret antibiotikum, siden det jo ikke kan bli snakk om noen kontroll».

SIDEN PAPIRLØSE IKKE HAR rettigheter i forhold til trygden kan de få servert hele regningen (som jo kan være langt mer enn egenandelen). Dette vil også gjelde barn. Likevel skal ingen nektes hjelp hvis de ikke kan betale, mener departementet, da er det bare å la være å innkreve betaling...

Alle leger har råd til dette, men å la syke bønnfalle om å slippe å betale er å frata dem deres verdighet. Samtidig velter myndighetene regningen over på frivillige aktører som har tatt på seg det ansvaret de

«Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester.»

Fra FNs barnekonvensjon.
Står over norsk lov.

ikke selv vil ta, slik som Kirkens Bymisjon og Røde Kors.

PAPIRLØSE BARN skal få langt flere rettigheter med tanke på «nødvendig helsehjelp» enn voksne. Men helsehjelp til barn dreier seg om å behandle akutte, og til dels livstruende tilstander til alle døgnets tider, og å oppdage og behandle kroniske lidelser for å forhindre framtidige følgeskader. Mange trenger tett oppfølging og hyppig legekontakt, helst med samme lege.

Jo flere skranke myndighetene setter opp for at barn og deres foresatte søker helsehjelp (og de er mange nok allerede; språk, kultur, redsel for utkastning), jo større er selvsagt faren for at hjelpen kommer for sent, eller at manglende hjelp fører til varige skader.

Departementets underlige argumentasjon om at FNs barnekonvensjon av ressurs hensyn skal gjelde litt mindre for papirløse enn for andre barn, bør få Fridtjof Nansen til å slå saltomortale i graven.

PAPIRLØSE BARN ER IKKE SKYLD i sin situasjon. Derfor er det uakseptabelt at de får innskrenket tilgang til helsehjelp, uansett graden av dette, at de nektes fastlege, og at hele regningen – så sant de da har råd – skal belastes dem selv.

Det er ennå ikke for sent for regjeringen å snu.

■ **«ELDRETSUNAMI»:** I 2050 må helsepersonellinnsatsen økes med nesten 50% bare for å dekke behovet som følger av endret befolkningssammensetning, viser tall fra Statistisk sentralbyrå.

■ **«IMPORT-PLEIERE»:** Seks av ti helsefagarbeidere som fikk norsk autorisasjon i 2010 var utdannet i utlandet. – Opprettelsen av utdanning som helsefagarbeider har så langt ikke vært vellykket, sier fungerende direktør i SAFH, Jørgen Holmboe.

Avhengig av helseimport

Tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år, samtidig som det blir færre yrkesaktive bak hver pensjonist. Gjør klar for eldrebølge nummer to. Det er nå det begynner.

AV KRISTIN MACK-BORANDER

Den sterkeste tilveksten skjer fra 2020 og utover, når de store etterkrigskullene inntar sykehjemmene.

Da vil 17% av befolkningen jobbe i helsesektoren. Etter Norges første eldrebølge, fra 1950 til 1990, har det vært en stillstand i veksten av eldre fram til i dag. Helsepersonellutfordringene gjelder særlig yrkesgrupper med kort utdanning. Mens det om tjue år vil være tilstrekkelig, eller noe overskudd på leger og annet helsepersonell med lang utdanning, vil det være et underskudd på helsefagarbeidere med cirka 40.000 årsverk ut fra Statistisk sentralbyrå sine beregninger.

Hvilke tiltak iverksetter så myndighetene for å møte knappheten på helse- og omsorgsarbeidere, og virker de?

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden fram mot 2020 til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet. På bakgrunn av dette har regjeringen utformet en *Omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015*.

Et av de viktigste virkemidlene for å sikre tilstrekkelig helse- og sosialpersonell, er utdannings- og rekrutteringstiltak.

– Det har i mange år vært en fallende andel som har valgt helse- og sosiallinjen i videregående skole, men i 2009 snudde den

nedadgående kurven. Økningen forsterket seg i 2010, og nå venter vi spent på tallene for 2011. Det ser ut til at engasjerende og informative kampanjer rettet mot ungdommen virker, sier avdelingsdirektør i avdeling for utdanning og helsepersonell i Helsedirektoratet, Otto Christian Rø. – Det er imidlertid grenser for hvor stor del av ungdomskullene som kan rekrutteres, derfor ønsker man at ufaglærte som allerede jobber i helsesektoren også tar fagbrev som helsefagarbeidere, tilføyer han.

– Utdanning av ufaglærte som allerede jobber i helsesektoren vil gi kompetanseheving, men det gir vel ingen økning i antall hender, og det er vel det som er problemet?

– Det er riktig. På den annen side er det slik at fleksible og godt tilrettelagte ordninger for kvalifisering til fagbrev, i neste omgang vil føre til mer interesse hos andre, og bedre rekrutteringen. – En betydelig andel av de som arbeider i norsk helsetjeneste, er innvandrere. Voksne uten helse- og sosialfaglig utdanning kan bli realkompetansevurdert, og slik skaffe seg nødvendige kurs og fem års obligatorisk arbeidserfaring, for å få fagbrev. Det pågår en diskusjon om dagens krav for slike voksenkvalifiseringsløp er for rigide, sier Rø.

Styrket kompetanse. I følge «Omsorgsplan 2015» er styrking av den faglige kompetansen hos de ansatte en av de viktigste strategiene for å sikre kvalitet på tjenestetilbudet og skape god ressursutnyttelse. Det framheves at gode fagmiljøer motvirker høyt sykefravær, som er et stort problem. I tillegg jobbes det med å finne ut hvordan man kan utnytte annet utdannet personell inn mot helsesektoren på en god måte, for eksempel pedagoger eller teknologiske fagfolk.

Myndighetene mener det er grunn til å anta at sterk etterspørsel etter helsepersonell-

ressurser internasjonalt, vil påvirke status og arbeidsvilkår for helse- og sosialpersonell, og gjøre det mer attraktivt for både menn og kvinner å ta arbeid i omsorgssektoren.

– Ville ikke høyere lønn vært et vel så potent virkemiddel når det gjelder rekruttering til helsefagarbeideryrket?

– Lønn ligger ikke under Helsedirektoratets ansvarsområde. Men at lønn er et effektivt virkemiddel, er det ingen tvil om. Ni av ti ansatte i pleiesektoren er kvinner. Det betyr at likelønnspolitiske tiltak vil kunne virke gunstig. Seniorpolitiske tiltak, for eksempel pensjonsreformens incentiver som gjør at det lønner seg å bli værende i jobb, er også et viktig grep, sier Rø.

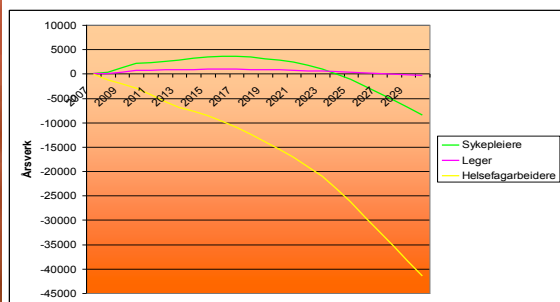
Færre på deltid. Helseministeren har pålagt helseforetakene å redusere andelen ansatte i deltidsstillinger med 20 prosent i løpet av 2011. Det er fortsatt en del undersysselsetting i form av uønskede deltidsstillinger i helsesektoren, særlig blant kortidsutdannede og ufaglærte. En vesentlig del av årsverksveksten i pleie- og omsorgssektoren de siste årene skyldes flere med økt stillingsbrøk. Rø påpeker at mange i helse- og omsorgsarbeidere nettopp ønsker fleksibiliteten til å jobbe deltid, slik at det er usikkert hvor mye effekt det har å øke antallet fulltidsstillinger. Han mener imidlertid at det framdeles er et visst potensiale å hente her.

Til tross for en rekke tiltak på flere ulike områder, er helsepolitikkerne tydelige på at framtidens omsorgsutfordringer ikke kan overlates til helse- og sosialtjenesten alene. Utfordringene må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, engasjement fra enkeltpersoner og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Man prøver derfor å finne tiltak for å mobilisere det sivile samfunnet. ■

■ **STRAMMER GREPET:**
Helsedirektoratet foreslår nå en
atskillig strengere og mer omfat-
tende godkjenningsordning for alle
helsepersonellgrupper utdannet
i land utenfor EØS-området.



Sykepleiere, leger og
helsefagarbeidere fram mot år 2030



Kilde: SSB og Helsedirektoratet

Om tjue år vil det, ut fra Statistisk sentralbyrå sine beregninger, være et underskudd på helsefagarbeidere med cirka 40 000 årsverk.

ILLUSTRASJONSFOTO: ISTOCKPHOTO

Færre enn hver tredje lege utdannes i Norge

Til tross for intens innsats for å øke antallet helsefagarbeidere viser nye tall som *Journalen* har innhentet fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) at bare 41 % av helsefagarbeiderne som i fjor fikk norsk autorisasjon også var utdannet i Norge.

AV PER HELGE MÅSEIDE

Legene er i enda større grad «importvare»: Kun 481 av 1571 leger som fikk norsk autorisasjon var utdannet i Norge. En noe større gruppe, 503 leger, hadde sin utdanning fra Norden. Like mange var utdannet i resten av EØS-området som i Norge.

– Befolkningen må venne seg til at vi er et internasjonalt samfunn og slutte å tro at helsepersonell stort sett er norske og har den samme utdanningen, sier fungerende direktør i SAFH, Jørgen Holmboe.

Bare 740 av 1794 helsefagarbeidere autorisert i 2010 var norske statsborgere og utdannet i Norge. **Jørgen Holmboe karakteriserer tallene som «alvorlige»:**

– **Antallet helsefagarbeidere utdannet i Norge har ikke kompensert for bortfallet av hjelpepleiere. Opprettelsen av utdanning som helsefagarbeider har så langt ikke vært vellykket, sier han.**

Norske helsemyndigheter vet ikke eksakt hvor mange sykepleiere og helsefagarbeidere med norsk autorisasjon som faktisk oppholder seg og arbeider i Norge.

– De fleste søker autorisasjon fra hjemlandet sitt, og vi vet ikke hvor mange av dem som virkelig kommer hit, eller som i dag arbeider her, sier Jørgen Holmboe.

Helsefagarbeidere fra Filippinene. Den største gruppen helsefagarbeidere med utenlandsk statsborgerskap er filippinske. Alle de 655 filippinske helsefagarbeiderne, bortsett fra én, har også filippinsk statsborgerskap. Deretter kommer helsefagarbeidere fra Balkan; 121 serbiske, 26 fra Bosnia-Hercegovnia og 12 fra

rest-Jugoslavia. 39 er indiske og 27 er russiske.

Lett å få arbeidstillatelse. Selv om norske utlendingsmyndigheter generelt fører en restriktiv innvandringspolitikk har man tilrettelagt for at helsearbeidere fra utlandet lett kan få norsk arbeidstillatelse. Så sant den potensielle arbeidsgiveren dokumenterer jobbtilbudet på et eget skjema, kommer fagutdannet helsepersonell, inn under en egen kvoteordning for utenlandske fagarbeidere i henhold til Utlendingsforskriften § 3.

– Kravet om fagutdanning tilsvarer en treårig yrkesrettet utdanning, noe som i praksis vil omfatte all helsepersonellutdanning, opplyser Holmboe.

Kvoten for alle typer utenlandske fagarbeidere, i ordningen som har vært praktisert siden 2002, er imidlertid aldri blitt fylt opp.

– Det er satt et tak på 5000 arbeidere, hvorav helsepersonell i praksis utgjør mer en halvparten, opplyser Holmboe.

Importleger. Selv om flertallet nye leger i Norge importeres, er likevel over halvparten av legene som får norsk autorisasjon også norske statsborgere. Som kjent tar et betydelig antall norske statsborgere legeutdanningen sin utenfor Norge, for så å returnere til hjemlandet hvor de får norsk autorisasjon.

Fortsatt er Norge så vidt det er selvforsynt med sykepleiere; rundt 55 % av sykepleierne var både norske statsborgere og utdannet i Norge, i følge Holmboe. Deretter kommer sykepleiere fra Sverige; 1617 av 5656 autoriserte sykepleiere siste år var svenske statsborgere. ■

Hjelpepleie med helsen

850 hjelpepleiere brøt avtalen med helsemyndighetene om å ta obligatoriske nasjonale prøver i løpet av en to års prøvetid.

AV PER HELGE MÅSEIDE

Rundt 200 av hjelpepleierne fikk likevel beholde sine autorisasjoner – som helsefagarbeidere.

Det var i treårsperioden fra 2006–2009 at rundt 1000 hjelpepleiere fra såkalt «3.land» utenfor EØS-området fikk autorisasjon av norske helsemyndigheter under den uttrykkelige forutsetningen av at de i løpet av to år skulle avlegge, og bestå, nasjonale prøver for helsepersonell.

Hjelpepleiere var på dette tidspunktet omfattet av samme type krav som fortsatt stilles til leger, tannleger, farmasøyter og sykepleiere som søker om norsk autorisasjon.

Rundt 850 hjelpepleiere lot likevel være å ta de nasjonale prøvene, i følge Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Dermed burde de i utgangspunktet mistet sin autorisasjon, som i mange tilfeller også utgjorde grunnla-

Vil ha strengere godkjenningssystem

Helsedirektoratet foreslår nå en atskillig strengere og mer omfattende godkjenningssystem for alle helsepersonellgrupper utdannet i land utenfor EØS-området.

AV PER HELGE MÅSEIDE

re brøt avtale myndighetene

get for arbeids- og oppholdstillatelse i Norge, eller norsk statsborgerskap. Det skjedde ikke. Men helsemyndighetene fant en løsning på problemet: hjelpepleierne kunne i stedet søke autorisasjon som helsefagarbeider, en utdanning som fra 1. januar 2010 erstatter dagens hjelpepleiere og omsorgsarbeider. Helsefagarbeidere omfattes nemlig ikke av tilleggskrav-forskriften. På denne måten slapp hjelpepleierne unna det opprinnelige kravet om nasjonale prøver, som altså var forutsetningen for deres autorisasjon.

I ettertid angret Statens autorisasjonskontor for helsepersonell på at de godkjente hjelpepleierne uten at de hadde avlagt og bestått de nasjonale prøver.

– Det var en feil beslutning, og den er stoppet, sier fungerende direktør i SAFH, Jørgen Holmboe. Han overtok som direktør i mai 2010, etter at den daværende direktøren sluttet.

– **Hvorfor gjorde dere dette, på den måten?**

– Hensikten var å gjøre det enklere både for søkerne, deres arbeidsgivere og autorisasjonsmyndighetene, sier Holmboe, og forklarer at hjelpepleierne ellers

Dersom forslaget blir vedtatt må også helsefagarbeidere på ny avlegge nasjonale prøver.

Den nye ordningen foreslås innført fra 2012, mens enkeltelementer, som strengere språkkrav, kan bli innført allerede i innværende år, framgår det av en utredning som Helsedirektoratet nylig har oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet ba allerede i januar 2009 Helsedirektoratet gå gjennom «godkjenningsordninger og kvalifiseringstiltak for helsepersonell med utdanning utenfor EØS som søker autorisasjon i Norge, og foreslå nødvendige endringer med sikte på at ryddig og forutsigbart system...».

En rekke svakheter. Det er en rekke svakheter med dagens ordning som gjør at direktoratet nå foreslår å innskjerpe kravene til helsepersonell utdannet utenfor EØS. Blant annet er vurderingsprosessen for lite omfattende, samtidig som rettssikkerheten til søkerne er for dårlig.

Ny modell for profesjonsgodkjenning av helsepersonell utdannet utenfor EØS

NIVA 3	AUTORISASJON Rett til autorisasjon
NIVA 2	KVALIFISERING FOR YRKES- UTØVELSE I NORGE Steg 4: Godkjent arbeidspraksis Steg 3: Bestått Kurs i nasjonale fag Steg 2: Bestått fagtest Steg 1: Dokumenterte norskkunnskaper
NIVA 1	ANERKJENNELSE AV UTDANNINGSKVALIFIKASJONER

Fra Helsedirektoratets forslag til ny ordning for godkjenning av helsepersonell utdannet i land utenfor EØS

hadde måttet søke i to omganger; først om lisens, og deretter om autorisasjon.

Den såkalte tilleggskravforskriften til Helsepersonellovens § 48 stiller krav om gjennomført kurs i oppbygging og organisering av helsetjenesten, legemiddelhåndtering og kulturforståelse og nasjonale satsningsområder. Kurset i nasjonale fag for hjelpepleiere var på 10 dager, pluss fem skriftlige oppgaver med eksamen. Kurset ble arrangert flere steder i landet, og kunne også organiseres av arbeidsgivere.

Helsedirektoratet støtter seg både på en rapport fra Universitets- og høyskolerådet (UHR), og møter med universiteter og høyskoler, når det konkluderer med at både informasjonen til søkerne, håndtering av søknadene og innhenting av sakkyndig bistand ikke er tilfredsstillende. Eksempelvis er flere avtaler mellom SAFH og utdanningsinstitusjonene for såkalte «jenvgodhetsvurdering» av utdanningsinstitusjoner 10 år gamle.

Kort fortalt er prinsippene i den nye ordningen at søkerne må gjennom en langt mer omfattende godkjenningssprosedyre: Først må utdanningen anerkjennes, deretter må søkeren både dokumentere kunnskaper i norsk, bestå en fagtest og kurs i nasjonale fag og få godkjent arbeidspraksis av mellom tre og seks måneders varighet (se illustrasjon).

Det foreslås også at autorisasjon kan gis på bakgrunn av en ett-årig utdanning, på toppen av fagutdanningen, etter en svensk modell. ■



Norge skal ikke aktivt rekruttere helsepersonell fra land som har større behov for disse fagfolkene selv, sier utviklingsminister Erik Solheim (SV)

– Selvpålagt import-restriksjon

AV KRISTIN MACK-BORANDER

Mangelen på helsepersonell er et internasjonalt problem. I 2010 vedtok Verdens helseorganisasjon (WHO) en internasjonal kode for etisk rekruttering av helsepersonell.

Utviklingsminister Erik Solheim er med i en internasjonal arbeidsgruppe som diskuterer utfordringene rundt internasjonal migrasjon av helsearbeidere. Gruppen ledes av Mary Robinson, leder for organisasjonen Ethical Globalization Initiative.

– Har det kommet noe konkret ut av arbeidet, eller er dere fortsatt på forslagsstadiet?

– De mest konkrete resultatene foreløpig er at Norge har bestemt at vi skal være med på WHO-retningslinjene, og at vi har besluttet en selvpålagt restriksjon om ikke å drive aktiv rekruttering fra land som trenger kompetansen mer enn oss, sier Solheim.

– En ting er nå, men når helsepersonellmangelen virkelig strammer seg til, fra 2020 og utover – er det fortsatt slik at Norge ikke skal drive aktiv rekruttering?

– Ja, det er det. Det vil alltid være slik at mennesker migrerer for å søke et bedre liv for seg og sin familie, men Norge skal ikke bidra til dette med aktiv rekruttering av helsearbeidere fra fattige land, sier Solheim.

I tråd med sentrale prinsipper i den globale koden medlemslandene i WHO er enige om, mener Solheim at Norge selv må ta ansvar for å utdanne det helsepersonell vi ser at vi vil trenge fremover. I tillegg plikter rike land som nyter godt av velutdannet helsepersonell fra fattige land, å kompensere for skadene.

– En måte dette kan skje på, er for eksempel å betale for utdannelsen til helsepersonell som kommer hit. Slik unngår man at fattige land står igjen med regningen, sier Solheim. ■

– Befolkningsveksten må øke!

Selv om Norge ligger på europatoppen når det gjelder antall barnefødsler, er hovedproblemet at det fødes for få barn i Norge, mener professor Tor Inge Romøren.

AV KRISTIN MACK-BORANDER

I følge Statistisk sentralbyrås prognoser trengs det 4.500 nye årsverk med helsefagarbeidere per år for å dekke behovet. Er ikke tallenes tale egentlig ganske klare – regnestykket går rett og slett ikke opp?

– Det kan nok være grunn til å ha en slik bekymring. Tallene må tas på alvor, men hvis vi klarer å kombinere summen av regjeringens tiltak på en god måte, så tror jeg vi skal få dette til, sier Rø.

Professor ved Høyskolen i Gjøvik og forsker ved NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring), Tor Inge Romøren, er ikke like overbevist. – Det går en grense for hvor mye arbeidskraft som kan sluses inn i helse- og omsorgssektoren, uten at det går ut over andre sektorer, sier han.

For få barn. – Selv om Norge ligger på europatoppen når det gjelder antall barnefødsler, er hovedproblemet at det fødes for få barn i Norge, men

det er det bare Kåre Willoch og jeg som tør å si. For politikerne er dette som å banne i kirka, sett i et likestillingsperspektiv. Men poenget er at flere pleie- og omsorgsarbeidere er i kvinnes egen interesse. Statistikken viser at det er de som blir gamle og skrøpelige. Vi menn bare dør, vi. Og de av oss som blir ordentlig gamle har bedre helse enn kvinner, og er dermed avhengig av pleie i et kortere tidsrom. Jeg ser ingen annen råd enn å få opp barnetallet. Det tar ikke mer enn 20–25 år å produsere en helsearbeider, og vi rekker det før toppen av neste eldrebølge, sier Romøren.

Abortfremmende politikk. – Norge fører en sterkt abortfremmende politikk. Den rød-grønne regjeringen belønner kvinner for å få barn sent, mens det økonomiske tapet ved å bli mor i ung alder, bare øker og øker, sier tidligere statsminister Kåre Willoch.

– Handler ikke dette om likestillingspolitikk?

– Dette er en utløper av noe regjeringen tror er likestillingspolitikk. Motivet har sikkert med likestilling å gjøre, men virkningen er ofte en helt annen. Jeg har snakket med politikere i de rød-grønne partiene som er enig i at engangsstønaden for dem som får barn før de har vært seks måneder i arbeidslivet er for lav, men som velger å prioritere mer pappapermisjon i stedet. Pappapermisjon til de rikeste

går altså foran rettferdighet for de fattigste. Dette er en påfallende anti-sosial politikk. Stortinget velger å snu seg vekk fra skadevirkningene. Å se i øynene at politikken øker antallet fattige barn, er for ubekvent.

«Norge fører en sterkt abortfremmende politikk!

KÅRE WILLOCH

Utvidet familiepolitikk. – Antallet fødsler har gått litt opp for hvert år siden midt på 1990-tallet. I 2009 ble det født 1,98 barn per kvinne. Men vi kan selvsagt ikke være fornøyd før vi er oppe i 2,1 barn per kvinne; det er først da vi begynner å reproducere oss, sier leder i Stortingets familie- og kulturkomité, Gunn Karin Gjøl (Ap). I motsetning til Willoch, mener Gjøl det er viktig å se på andre løsninger enn å øke engangsstønaden, for eksempel å utvide foreldrepermisjonen til å gjelde flere som i dag ikke får foreldrepermisjon. – Vi må ikke få et samfunn som i England, hvor et stort antall unge mødre går på trygd. Det hjelper ikke helse- og omsorgssektoren hvis kvinner som føder barn havner på trygd, i stedet for å jobbe, sier hun. ■

JOURNALEN I NYHETENE

Temasaken i *Journalen* nr 4 2010 om legerollen, med intervjuer av Per Fugelli og Per Vaglum, ble omtalt i *Bergens Tidende* 19. november, i *Klassekampen* 31. desember og i *Aftenposten* 8. og 17. februar.



Nettbrett: Noe for oss?

MARTIN AASBRENN



(F. 1982)

► 2003-2004 lokalleder i MedHum

► 2006 Høgskolelektor Diakonhjemmet høgskole Pedagogisk konsulent, sykepleierutdannelsen

► 2006-2009 Vikar allmennpraksis, Fredrikstad

► 2008 Cand. med. Universitetet i Oslo

► 2008 Medforfatter på nettbasert kurs i Anatomi, fysiologi, biokjemi og ernæring for NKS fjernundervisning

► Fra 2009 Turnuslege, Tynset sykehus og Foll-dal kommune

► 2009 Medforfatter, «Mikrober, helse og sykdom», Gyldendal

Mange leger har nok fått iPad eller andre nettbrett til jul.

Jeg drømmer om å ha noe liknende på jobb.

Innloggingstiden på datamaskinene på et sykehus kan være lang. Når vi skal logge oss helt ut mellom hver gang vi bruker maskinene, kan det bli mange runder med fem minutter ventetid foran en datamaskin hver dag.

Her er situasjonen der jeg savner nettbrettet mest: Vi går visitt. Under samtalen med pasienten dukker det opp noe jeg vil slå opp i journalen eller vise pasienten. Det kan være å vise hvordan det ser ut på røntgenbildet etter operasjonen, slå opp hva kreatininnivået egentlig var, eller finne ut hvilken dag forrige CRP ble tatt. Sist jeg tok tiden brukte jeg syv minutter på dette: Opp til maskinen, vente på innlogging hele veien til journalsystemet, notere svaret, gå inn til pasienten igjen.

Til sammenlikning: Å vise pasienten et bilde av barna eller et kart over Tanzania ved sengekanten tar i gjennomsnitt syv sekunder: Skru på telefonen, klikke på ikonet «bilder» eller «kart», og bla fram til det jeg vil vise.

Jeg synes forskjellen i brukervennlighet mellom de private datasystemene og jobbsystemene blir stadig mer frustrerende. **Hva synes dere?**

Kjenner dere eksempler på steder med gode, raske IT-løsninger? Tips eller kritiser gjerne, for eksempel på medisiner.blogspot.com [1] der dette innlegget ligger med kommentarfelt.

Martin

Bli med å diskutere fagblogger videre! Du finner meg på twitter.com/maasbrenn og medisiner.blogspot.com



TRE LEGETIPS TIL NETTBRETT:


IRADIOLOGY

Nettbrettskjermene er store nok til at det går an å øve seg på røntgentolkning på dem.

UpToDate kan legges til på hjemskjermen.

Nettsiden er godt tilpasset både mobiltelefon og nettbrett, og har svar på mye.

GOODREADER

Har du en bunke dokumenter du ofte slår opp i på jobb? I år legger jeg inn marevandoser-ing, MMS-skjemaet og tekster om antibiotikavalg som PDF på telefon og nettbrettet for å spare vekt. GoodReader er det beste systemet jeg har funnet for PDF-lesing på nettbrettet. 

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

Arven etter Christoffer

Norge forandret seg da Christoffer døde. Det var nesten som om vi våknet etter en vond drøm, en drøm som viste seg å være virkelig.

Dette er ikke en anmeldelse av boken *Jeg tenker nok at du skjønner det sjøl* av Jon Gangdal. Dette er min fortelling om hvorfor det er så viktig at noen tør å dykke dypt i en sak der barn er krenket på det groveste, slik at vi får øynene opp for at overgrep mot barn faktisk skjer, slik at vi kan oppdage dem neste gang – før det er altfor sent.

Det er nok mange fagpersoner og privatpersoner i Vestfold som kjenner på en klump i magen nå som Christoffer er borte. «Hva kunne jeg gjort annerledes? Hva var det jeg ikke så?» En av dem kjenner vi. Mormor Ragnhild er den eneste som har stått frem med sin egen selvransakelse. Men hva med de andre? Hva med BUPA, barnevernet, skolen og sykehuset? Mennesker leder disse etatene, og jeg skulle gjerne visst hvorfor de ikke står frem og gir ansikt til dem som kunne sett, men som ikke så, en gutt i alvorlig krise, en gutt i livsfare. Jeg venter ikke at én etter én skal stå frem og påta seg skyld, men jeg hadde forventet at etatene som i tur og orden var sammen med Christoffer mens han ennå levde, i ettertid gransket seg selv og viste oss at de i hvert fall har ønsket å lære av Christoffers død, slik mormor Ragnhild har gjort.

Ragnhild har valgt å ikke gå til grunne av skam og skyldfølelse, men heller bruke sin dyrekjøpte lærdom til å minne andre på at de må være oppmerksomme på tegn på at barn ikke har det bra. Dette kunne de offentlige etatene også gjort. Hvordan kan vi ellers være sikre på at de ikke vil overse et mishandlet barn også i fremtiden? Jon Gangdal har skrevet en bok som forteller oss om et system som ikke fungerte. Christoffer falt utenfor sikker-



JON GANGDAL

JEG TENKER NOK DU SKJØNNER DET SJØL
HISTORIEN OM CHRISTOFFER

Kagge forlag, 2010

ISBN: 978-82-48-90966-8

Veil. pris: 349,-

« Christoffer kommer nok aldri på sokkel, men boken om ham blir hans monument.

hetsnettet som skulle fanget ham opp.

Mens du leser dette lever en annen gutt et annet sted i Norge under liknende, forferdelige kår som Christoffer levde. Dette er en gutt som ennå ikke er oppdaget. Dette er en gutt som kanskje går på en skole der helsesøster bare er tilstede annenhver uke. Kanskje bor han bare noen steinkast unna barnevernets kontor, men han vet ikke at det finnes, og han kjenner ikke til at nettopp hans livssituasjon kvalifiserer til barnevernstiltak. Og det er mange barn som ham, men vi vet ikke hvor mange, fordi vi ikke har oppdaget dem ennå. Jeg tror vi har mye å vinne på å skolere barn i hele Norge slik at de kjenner til samfunnets grunnleggende støttestøtter, og sine egne grunnleggende rettigheter til et trygt og godt liv.

Jon Gangdal beskriver et system med store mangler, et system der en gutts tydelige symp-

tomer på omsorgssvikt blir behandlet med feil medisin. Ikke av vond vilje, men kanskje fordi altfor mange mennesker ikke har våget å tenke det utenkelige. Vi har ennå et samfunn der den ene handa ikke vet hva den andre gjør, de ulike etatene som jobber for og med barn snakker ikke nok sammen. Hadde Gangdal vært enda mer grundig enn han har vært, kan det hende at han hadde funnet ut at enda flere hadde bekymret seg for Christoffer uten å gjøre noe med sin bekymring. Hva med tannlegen? Hva med damen i butikken? Og hva med Christoffers egne kompisser? Det er mange som kan utgjøre barnas sikkerhetsnett. De må bare vite om det selv.

Avdøde polfarere, politikere og kunstnere står på sokler rundt om i Norge, fordi de på sin måte har bidratt til å forandre samfunnet. Christoffer kommer nok aldri på sokkel, men boken om ham blir hans monument. Christoffers død, og boken om ham, viser hvor utrolig sårbare barn blir, når de er helt alene i mylderet.



REIDAR HJERMANN
Barneombud

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

Styret

LEDER

Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekontor

svein.aarseth@legeforeningen.no

NESTLEDER

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

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

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

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

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

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

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

Oscar Løvdaal, PSL 23 07 26 00
Oslo Øre-Nese-Hals
oscar@oslo-onh.no

Kristian Fosså, Ylf 22 11 80 80
Klinikk for diagnostikk og
intervensjon ved OUS, Rikshospitalet.
kristian.fossa@rikshospitalet.no

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

SEKRETARIAT

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

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

KURSKOMITÉ

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

HELSETJENESTER FOR LEGER

Ellen Scheel 22 51 11 00
«Lege-lege»-ordningen
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Sven Haaverstad 23 15 61 00
Støttekollega-ordningen
Schouslegene
sven.haaverstad@oslologene.no

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

Empati – læres eller avlæres?

I FORRIGE NUMMER av Journalen tok Per Fugelli og Per Vaglum opp temaer knyttet til hva man med et fellesbegrep kan omtale som legers empati: «Den menneskelige lege har utvandret fra sykehuse» – spissformulerte Fugelli.

For noen fag, bla. allmennmedisin og psykiatri er evnen til å forstå pasienten – og kunne sette seg inn i hennes situasjon og kunne kommunisere godt – selve hovedverktøyet i det kliniske arbeidet. Andre fag innen spesialisthelsetjenesten er blitt betydelig teknifisert,

«Det framstår som om det å være empatisk er en kostnad for den enkelte lege. Slik er det ikke.

og andre ferdigheter blir viktigere i diagnostikk og behandling. Men – for pasienten – hennes opplevelse av kontakten med helsetjenesten – og antakelig også for effekten av behandlingen – er det å møte et empatisk menneske fortsatt viktig – ikke minst der sykdommen vil sette sine spor og endre leveutsiktene.

REIDAR PEDERSEN forsvarte sist høst sin doktorgrad der nettopp dette tema ble belyst. Det kan spørres om medisinstudenten gjennom studiet utvikler sine empatiske ferdigheter. Noen hevder at mer humanistiske fag i medisinstudiet kan bidra til å fremme empati. På den annen side: En kommer også ganske langt med å behandle så vel pasienter og medarbeidere med respekt og å anvende vanlig høflighet eller dannelses. Dette omtaler Erlend

Hem som «Etikettebasert medisin» i en leder i Tidsskriftet i 2009.

EN MEDISINSTUDENT skriver i en nettdebatt i Dagens Medisin, relatert til omtale av Pedersens doktorarbeide: «Jeg stiller heller spørsmålet, vil man selv overleve i en legeutdanning og i en legejobb dersom man er en person som har mye empati? ...jeg vet ikke.»

Det framstår som om det å være empatisk er en kostnad for den enkelte lege. Slik er det ikke. På den annen side vil vi (forhåpentligvis) oppleve å bli berørt av personer og skjebner vi møter. Det må vi kunne forholde oss profesjonelt til.

I DISSE DAGER er en endring av prioriteringsforskriften med sikte på å regulere papirløse migranters rett til helsetjeneste ute på høring. Hvorledes denne gruppen skal møtes i helsetjenesten vil kunne framstå som en test på vår empati.

Empati bør fortsatt være en kjerneverdi i helsepersonells møte med pasienter, og alle tiltak i grunn-, videre- og etterutdanning og i organisasjon av helsetjenesten som fremmer denne verdien, bør verdsettes og stimuleres.



Svein Aarseth

SVEIN AARSETH
LEDER OSLO LEGEFORENING ▶

Omorganisering skaper syke leger

– Vi ser klart en økt sykkelighet blant leger ansatt i Oslo universitetssykehus, forteller Ellen Scheel, ansvarlig for Oslo legeforenings allmennlegetjeneste for leger.

CHARLOTTE LUNDE
KRISTIN MACK-BORANDER

Allmennlegetjenesten for leger, «legeleger», vil trappe opp tilbudet nettopp med tanke på at hovedstadsprosessen skaper økt behov for legetjenester for leger.

Leger sykmeldes. – Vi som fastleger får kolleger i en situasjonen der de må sykmeldes på grunn av ulike stress symptomer som søvnmangel, konsentrasjonsvansker og liknende. Jeg har ikke konkrete tall, men vi har 22 leger som jobber i denne ordningen i Oslo, og mange av dem opplever økt pågang og sykkelighet blant sykehusleger i Oslo som en konsekvens av omorganiseringen av Oslo universitetssykehus, sier Scheel.

– Det dreier seg i hovedsak om arbeidsbelastninger som knyttes til usikkerhet rundt arbeidssituasjon. Noen føler sin posisjon truet, enkelte yngre leger får ikke fortsette og det kan også handle om slitasje i forbindelse med arbeidskonflikter.

Fagkompetanse satt på siden. Legeforeningen har også et eget akutt rådgivningstilbud for leger, der leger kan oppsøke en av tre støttekollegaer, som henviser til videre hjelp der det er behov for det. Også her har det vært større pågang og mer pågang fra leger ansatt i Oslo universitetssykehus.

– Vi tilbyr akutte rådgivningssamtaler til kolleger i en vanskelig situasjon og opplever at vi har flere som har problemer knyttet til sammenslåingsprosessen i Oslosykehusene. For det meste er det eldre kolleger som opplever at deres fagkompetanse blir satt på sidelinjen og at de blir fratatt ansvar. Mange av dem har også mistet retten til å fungere utad på sine fagfelt slik de har vært

vant til. Det å bli fratatt «fagligheten» sin, er noe av det verste man kan gjøre mot folk. For mange er det er verre enn å miste økonomiske privilegier, forteller lege Svein Haaverstad som er ansvarlig for støttekollegaordningen som i Oslo teller to allmennleger og en psykiater. Til daglig jobber han som allmennlege. Han vil ikke uttale seg om han tror arbeidsmiljøbelastningen som mange leger nå opplever vil kunne ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

– Det har jeg ikke grunnlag for å si noe om, men man kan jo tenke seg at dette har negative konsekvenser i den forstand at kompetansen som er hos leger som settes på sidelinjen, nå ikke vil komme pasientene til gode, sier Haaverstad.

Villa Sana. – De store omorganiseringsprosessene i hovedstaden er et hyppig tema blant våre besøkende fra Oslo-området nå. Det kan være hovedgrunnen til kontakt for enkelte, eller en viktig medvirkende faktor til at leger henvender seg til oss, sier lege og forsker Karin Rø, som er tilknyttet Villa Sana og Modum Bad. ■



ILLUSTRASJON: ANDERS NEDERHOED / SVOVEL.NO

– Stor frustrasjon

Bedriftslege Odd Reidar Lie ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, synes ikke han har lagt merke til noen markant økt sykkelighet blant legene på OUS.

– Jeg synes vi ikke ser noen markant økt sykkelighet, og vi har ikke noen tall som tilsier at dette har økt, men jeg er klar over at det er stor frustrasjon blant legene på grunn av omleggingen, sier Lie. Som bedriftslege sykmelder han ikke selv, men følger med på ansattes situasjon i forbindelse med sykefravær.

– Vi merker at det er stor frustrasjon blant flere grupper ansatte, ikke bare legene, over usikkerhet og problemer knyttet til omorganisering, og den arbeidsbelastning det medfører i forhold til de ressurser som stilles til disposisjon, sier Lie.

HELSEHJELP FOR LEGER:

- ▶ **STØTTEKOLLEGA:** Tilbud om kollegial samtale i en vanskelig situasjon som ved akutte livskriser og sykdom, ved rusproblemer, i klagesaker eller ved problemer i arbeidet.
- ▶ **LEGE-LEGER:** Tilbud til leger og medisinstudenter om en legekontakt utenom fastlegeordningen. Allmennpraktikere med erfaring i arbeid med kolleger er tilknyttet ordningen.
- ▶ **VILLA SANA:** Ressurssenteret er et samarbeid mellom Legeforeningen og Modum Bad, og er et tilbud til leger som trenger hjelp og støtte i kriser. Senteret skal gi hjelp til selvhjelp for å forebygge utbrenthet og psykisk sykdom som angst og depresjon.

Les mer på : www.legeforeningen.no/oslo
www.modum-bad.no/ressurssenteret_villa_sana

Samfunnsmedisinsk vaktordning i Oslo fra uke 8

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har vedtatt å etablere en samfunnsmedisinsk vaktordning for Oslo. Ordningen skal administreres av Helse- og velferds-etaten, og startet 21. februar.

Formål m.v.

Ordningens formål er å sikre tilgjengelighet til samfunnsmedisinsk og smittevernmessig kompetanse i kommunen utenom vanlig arbeidstid. Ordningen vil dekke tidsrommet kl 16–08 på ukedager, samt hele døgnet i helger og høytidsdager. Deltakere i ordningen vil være bydelsoverleger og smittevernoverlegen.

Kontakt med vakthavende

Helsepersonell og andre samarbeidspartnere som ønsker kontakt med vakthavende samfunnsmedisiner, kan ringe Legevaktssentralens nummer for helsepersonell. Man vil der få oppgitt navn og telefonnummer til vakthavende lege. Legen har hjemmevakt, men skal kunne møte frem i løpet av en

time hvis det er påkrevet.

Nærmere om saker der vakthavende kan kontaktes

- Varlingsmeldinger om smittsom sykdom (enkeltilfeller og utbrudd)
- Ønske om råd mht smittsom sykdom
- Smittsom sykdom på skip
- «Pulveralarm»
- Forurensning/fare for forurensning av drikkevann
- Forurensning/fare for forurensning av badevann
- Andre større, akutte forurensninger (luft, kjemikalier etc)
- Store ulykker

Saker der andre skal kontaktes

Saker etter psykisk helsevernloven (akutt psykiatri) skal fortsatt ivaretas av overlege ved Legevakten

Spørsmål om ordningen
Kontakt Kari E. Sletnes,
tlf 95 26 67 20 eller
Tore W. Steen, tlf 95 26 66 60.

Ny TT-praksis

Oslo legeforening har reagert på kommunal praksis med å innhente svært sensitive pasientopplysninger.

Ved en tilfeldighet oppdaget vi for et drøyt år siden at Oslo kommune hadde innført et nytt legeerklærings skjema ved søknad om TT-kort. Skjemaet ba om «oppdatert informasjon fra spesialist dersom årsaken er psykisk, samt at man skulle legge ved epikrise dersom søkeren har vært hos spesialist. Vi tilskrev Oslo kommune som mente dette kravet var nødvendig for å få utført saksbehandling. Vi har så bedt Datatilsynet vurdere Oslo kommunes praksis, og de har i brev datert 11.februar i år varslet Oslo kommune om at de vil bli pålagt å opphøre sin praksis med å innhente epikriser.

SVEIN AARSETH
Leder Oslo legeforening.

Arne Laudal Refsum stiller ikke

Leder i Overlegeforeningen, Arne Laudal Refsum, har gitt beskjed om at han ikke stiller til valg som president i Legeforeningen ved landsstyremøtet i mai. Han stiller heller ikke til gjenvalg til Sentralstyret, hvor han har sittet i to perioder.

Refsum tok over som visepresident etter Bård Lilleeng, som gikk av i desember 2008 for å tiltre en lederstilling i Helse Sør-Øst. Per dags dato er kun én kandidat til presidentvervet, leder i Yngre legers forening, Hege Gjessing. Hun ble intervjuet i forrige nummer av *Journalen*.

Refsum har tidligere vært nestleder i Oslo legeforening. (PHM).

Mentoransvarlig i Norsk medisinstudentforening

Medisinstudentene i Oslo trenger flere mentorer. Naresh Sugandiran er mentoransvarlig i Nmf Oslo. Leger som ønsker å bli mentorer og andre som har spørsmål knyttet til ordningen kan kontakte ham på e-post: nagulendran.sugandiran@studmed.uio.no.

AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFØRENING

Mars

Onsdag 2. Møte i kantinen i Legenes hus for sykehjemsleger i Oslo kommune

Fredag 4.–mandag 7.

Klinisk emnekurs i ekstremitetsmedisin

Torsdag 17.

Temamøte i kantinen i Legenes hus kl. 17.00 – fastlegenes og sykehjemslegenestillitsvalgte og bydelsoverlegen. «Samhandlingsreformen i praksis».

April

Onsdag 6. april

Styremøte

Torsdag 7.

Obligatorisk kurs i akuttmedisin for allmennleger, teoretisk. Praksisdeler fordeles over 4 lørdager i april og mai.

Mai

Tirsdag 17. 17. mai arrangement i Legenes hus

Torsdag 19. Styremøte.

Mandag 23. Utsendelse av *Journalen* 2/2011

Onsdag 25. Legeforeningens 125 årsjubileum

Onsdag 25.–fredag 27. Landsstyremøte på Soria Moria

Nye retningslinjer for håndtering av trussel- og voldssituasjoner

Stadig flere helse- og sosialtjenester ytes i dag ambulant i brukers hjem. I en del hjem oppbevares det våpen, både illegale og legale våpen som ikke er forsvarlig sikret og innelåst.

En del brukere, eller pårørende bruker bor sammen med, utgjør en særlig fare ved at de er psykisk ustabile og/eller bruker rusmidler. Ethvert våpen som oppbevares i brukers hjem utgjør en potensiell alvorlig risiko for de ansatte.

For å sikre de ansatte i deres arbeidssituasjon er det utviklet en felles retningslinje for ansattes håndtering av trussel- og voldssituasjoner i arbeid med brukere som besitter våpen i sitt hjem.

Retningslinjen er utarbeidet for Byrådsavdeling helse og inkludering i Bergen kommune av en arbeidsgruppe ledet av Arbeidsmiljøavdelingen, kommunens bedriftshelsetjeneste. Den omfatter alle hjemmebaserte tjenester innenfor helse- og sosialsektoren.

Lovgrunnlaget for retningslinjen er Arbeidsmiljøloven § 4-3, 4. ledd presiserer at kravet til et forsvarlig arbeidsmiljø innebærer at «Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre».

Hovedregelen i retningslinjen er at det ikke skal oppbevares skytevåpen i brukers hjem når bruker mottar tjenester fra ansatte i Bergen kommune. Videre skal

ikke stikkende våpen, kniver og andre særlig farlige gjenstander forekomme på en slik måte at de oppfattes som en trussel eller fare for personalets sikkerhet. Aggressive hunder, og andre aggressive og truende dyr skal holdes adskilt fra rommet der ansatt skal utføre tjenesten overfor bruker.

Hvis bruker oppfattes som truende og/eller fremsetter trusler, skal det gjennomføres en kartlegging og risikovurdering når vedtak om tjenester i hjemmet fattes, og av brukere som allerede mottar tjenester i hjemmet. Videre skal tiltak iverksettes for å få fjernet våpen. Det må oftest gjøres i samarbeid med politiet.

Retningslinjen inneholder en beskrivelse av både helsepersonells og sosial- og barnevernpersonells taushetsplikt og opplysningsrett/opplysningsplikt.

I retningslinjen beskrives hvilke tiltak som skal iverksettes når ansatte vurderer at det kan oppstå truende situasjoner i forbindelse med at det oppdages våpen i brukers hjem. Videre beskrives hvordan ansatte skal forholde seg i akutte og truende situasjoner i forbindelse med våpen. Retningslinjen omhandler også hvilken oppfølging som skal gjøres i etterkant av en hendelse.

RIGMOR FARSUND MOE

Spesialkonsulent / sykepleier, Arbeidsmiljøavdelingen, Bergen kommune

Referanse

Prosedyre for Byrådsavdeling helse- og inkludering om "Anmeldelse av straffbare handlinger".

Tilsyn med helse-tjenester i Afghanistan

Før sommeren vil Statens helsetilsyn reise til Afghanistan for å føre tilsyn med helsetilbudet til norske soldater.

AV PER HELGE MÅSEIDE
CHARLOTTE LUNDE

– Vi planlegger et tilsynsbesøk med de akuttmedisinske helsetjenestene til norske soldater i aktiv tjeneste i Afghanistan, sier direktør i Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen. Tilsynet skjer i henhold til en egen avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet fra 2009. Avtalen er kommet i stand fordi norsk helselovgivning ikke omfatter helsetjenester utenfor landets grenser.

– I hvilken grad har tilsynet sammenheng med avdekkingen av et manglende helsetilbud til norske soldater etter hjemkomst, og den manglende oversikten over dette?

– Vi følger selvsagt med i mediene, men dette tilsynet har et noe annet fokus, siden temaet er akuttmedisinske tjenester, sier Hanssen. Han understreker at valg av tilsynsområde er basert på egne, uavhengige risiko- og sårbarhetsvurderinger.

Dialog med Forsvaret. Helsetilsynet har i len-

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



Remi Henriksen får vaksinerings av Gry Hege Johanesen og Åshild Fatland i Mazar E Sharif, Afghanistan. FOTO: FORSVARET

gre tid vært i tett dialog med Forsvaret om utformingen av det forestående tilsynet, og Hanssen bekrefter at helsetilbudet for norske soldater etter hjemkomst også har vært diskutert.

– Det er veldig viktig at norske soldater får best mulige helsetjenester både når de er ute og når de kommer hjem. Vi er blant annet opptatt av at den kompetansen som Forsvarets egne helsetjenester innehar, etter hjemkomst kan overføres til sivile helsetjenester, enten de er somatiske eller psykiatriske. Her har vi felles interesser med Forsvaret, sier Hanssen.

Tilsynet vil foregå ved at Statens helsetilsyn først innhenter informasjon om hvordan helsetjenestene er organisert og skal fungere, før flere



Lars E. Hanssen, direktør i Statens helsetilsyn.

medarbeidere reiser til Afghanistan for å kontrollere at opplysningene stemmer.

Lærende organisasjon.

Lars E. Hanssen presiserer at det faktum at Helsetilsynet ikke har tidligere erfaringer fra denne type tilsyn, gjør at han er ydmyk overfor den nye oppgaven, sam-

tidig som han ønsker at tilsynet ser på seg selv som en lærende organisasjon.

– Det er bra at vi kan gjøre nytte for oss og at våre råd er etterspurte, sier direktøren.

Hanssen har bakgrunn både fra Nato Defense College i Roma, Forsvarets høyskole og som tidligere leder av Beredskapsrådet for landets sivile og militære helsestell. ■

SIDEBLIKK



FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

Den vanskelige balansegangen

«Du må trene, det er sunt!»
«Går du Birken får du hjerteflimmer!»

De to utsagnene er tilsynelatende selvmotsigende og illustrerer helseopplysningens mange dilemmaer: For hvem er trening sunt og for hvem er hardtrening farlig?

Jostein Grimsmos arbeider om flimmer hos Birkebeinere var en mediasak for ett år siden. Debatten fikk en slagside mot at alle Birkebeinere får flimmer. Det er galt nå, og var galt da.

Grimsmo har nå disputert. Den lange oppfølgings-tiden gjør arbeidet spesielt verdifullt. Sammenholdt med mange andre studier er budskapet nå klarere: Mange studier av trening og fysisk aktivitet viser klart fordelene ved trening for alle – i alle aldre. Fysisk aktivitet er hjørnesteinen i folkehelseprogrammene verden over.

En studie på norske topplangrensløpere i 20–30 årsalderen viste som forventet en øket hjertestørrelse. Denne gikk tilbake når de hadde lagt opp, men fortsatt trente moderat. Det var ingen økt flimmer-tendens i denne gruppen etter 20 år. Konklusjon: «Unge» hjerter tåler hard trening uten å få flimmer.

Grimsmo fant at øket hyppighet av flimmer hos eldre Birkebeinere. De som i 1976 og 81 hadde lavest hvilepuls (en kjent treningseffekt) hadde størst risiko. Mange hadde fått forstørrede forkamre av treningen og det var også et forvarsel om flimmer. «Gamle» hjerter tåler ikke hardtrening slik som de «unge». Grensen er vanskelig å angi men ligger sannsynligvis midt i 50-årene – med individuelle variasjoner.

Grimsmos veileder, Harald Arnesen, formulerer seg slik: De som har en kompetitiv legning bør finne en tidligere alder for å leve den ut. Birkebeinere kan ikke «omvendes». De må få leve sine liv, men de må vite hva de gjør og de må bli undersøkt med jevne mellomrom.

Trening er sunt for alle. Hardtrening er risikabelt for gamle.

SVERRE HALVORSEN

«Det helsefaglige er borte og økonomien står igjen som det viktigste

Tonje Østvold Byhre sier at hun og kollegene hennes ved Oslo Hospital ble svært overrasket over at sykehuset ikke fikk noen tildelinger.

– Vi oppfatter at de andre søkerne har en annen kompetanseprofil, og dermed ikke dekker samme behov som oss, sier hun.

– Min oppfatning er at det *virkelig* er behov for oss. Det blir et redusert tilbud for denne gruppen pasienter i Oslo som ingen andre erstatter. Følelsen er at det faglige ikke veier tyngst, men økonomien. Det er urovekkende at det helsefaglige er borte og økonomien står igjen som det viktigste – som om de var løsrevet!

– Hvorfor ble aksjonsgruppen dannet?

– Det var en spontanreaksjon hos alle; dette er helt urimelig! Den tverrfaglige kollegagruppen hadde et felles mål. I gruppeterapi har en «working group», og vi var virkelig det. Alle bidro med entusiasme, kreativitet og gode innspill. Det er sjelden å oppleve denne type samstemthet i en såpass stor gruppe, sier Byhre. Hun forteller at aksjonsgruppen kom raskt i gang.

– Det var slitsomt med ny informasjon hele tiden og rykter og fakta i lett blanding. Vi antok ganske snart at vi neppe ville få omgjort resultatet. Likevel måtte vi prøve. Det var ikke noe alternativ å resignere. For meg er virkeligheten at noen mennesker er så syke at de trenger et døgntilbud – en eller flere ganger i sitt liv. Hvis en faglig mener at døgnbehandling skal reduseres, så må førstelinjetjenesten bygges opp til å stå klart – før døgntilbudet fjernes. I tillegg til at døgnplasser forsvinner, så forsvinner også et svært godt fagmiljø. Det tar tid å bygge opp denne type spisskompetanse. God behandling fordrer en relasjon og trygghet og forutsigbarhet. Det motsatte gir uhelse.

TONJE ØSTVOLD BYHRE

(F. 1973)

- ▶ Leder for aksjonsgruppen for videre drift av Oslo Hospital
- ▶ Cand. psychol. 2001
- ▶ Grunnfag sosialantropologi
- ▶ Snart ferdig klinisk spesialist i voksenpsykologi og psykoanalytiker med utdanning fra Norsk Psykoanalytisk Institutt



– Hvilke erfaringer har du gjort deg etter de siste månedenes begivenheter?

– Vi opplever at denne type tilbud ikke fungerte. En svak pasientgruppe mister tilbudet, uten at jeg tror det var intensjonen med tilbudet. Pasientene vil være der, men tilbudet i Oslo blir redusert. Jeg er bekymret for hvordan det vil bli for våre pasienter fremover og tenker at avgjørelsen vil medføre økt slitasje i hele behandlingsrekken, inkludert for pårørende.

Byhre innser at ønsket om å forstå beslutningsgrunnlaget neppe vil bli innfridd i denne saken. Selv om aksjonen ikke fikk fullt gjennomslag for sine krav opplevde hun den likevel som meningsfull. Hun sier at engasjementet for å se på de helsefaglige linjene i et større perspektiv, nå er vekket hos henne.

– Hva tenker du om resultatene av aksjonen?

– Gitt resultatet, at vi mister over halvparten av døgnplassene, føler jeg oppgitt og tristhet.

– Men jeg føler stolthet over prosessen til aksjonsgruppen og hva vi har fått til. (Helse Sør-Øst har i etterkant av avslaget gått inn

OSLO HOSPITAL

▶ Oslo Hospital er Norges eldste psykiatriske sykehus. Sykehusets historie går tilbake til år 1290, da fransiskanermunker stiftet et kloster som base for sitt omsorgsarbeid blant byens syke og svake.

▶ Det er i dag 17 plasser på åpen avdeling, 14 på lukket avdeling, og i tillegg fem plasser til fritt sykehusvalg. Sykehuset har tidligere hatt direkte driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF.

▶ Psykisk helsevern ble i fjor satt ut på anbud av Helse Sør-Øst RHF. Anbudskonkurransen favnet også ideelle organisasjoner. Den økonomiske rammen er på 347 mill. kroner per år og gjelder perioden 1.1.2011 t.o.m. 31.12.2014.

▶ Ni organisasjoner leverte tilbud til evalueringsområdene som anbudet var delt inn i. I begynnelsen av november ble det klart at Oslo Hospital ikke hadde nådd opp i anbudsrunderen.

i direkte forhandlinger om opprettholdelse av 14 plasser på lukket avdeling, red. anm.)

– Vi har fått støtte fra stortingsrepresentanter fra flere partier og samlet inn 2375 underskrifter som ble overlevert under en appell foran Stortinget. Flere fagforeninger, bl.a. Oslo legeförening og Norsk Psykologforening, Oslo, og mange andre grupper har engasjert seg. Aksjonsgruppen har gjort det som var mulig på vårt nivå. Jeg har ikke mistet troen på helsevesenet, synes faget er fantastisk og ser at arbeidet mitt er viktig i møtet med den enkelte.

Byhre er tydelig stolt over aksjonsgruppen og Oslo Hospital. ■

AV KRISTIN HOVLAND