

# JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 4/2013



# Ruset på jobb

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  
perhm@medisin.uio.no



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



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



**SOLFRID SANDE**  
JOURNALIST  
solfrid.sande@getmail.com



**ASLAK LIMA BRAUT**  
JOURNALIST  
alibraut@gmail.com

**Frist** for innlevering av stoff til Journalen 1/2014 er 15.02. 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 Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekstreklameplakaten.



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



# Hva er de nyktre tallene?

Beathe Rønningen har i 20 år gjort en innsats som Akan-leder ved Oslo universitetssykehus som det står stor respekt av. Det er julebordsong og fortsatt går hun med vaktmobilen på. Men antallet ansatte som havner i Akan er bare 25 til 30 personer, mindre enn halvannen promille av de ansatte. Til gjengjeld settes det inn store ressurser for de som omfattes av arbeidslivets Akan-tiltak, slik historien til Merete viser. Hun er en av svært få helsearbeidere som tør å stå fram som misbruker.

Ola nordmann drikker stadig mer. 10 % av de som drikker alkohol konsumerer mer enn halvparten av all alkohol her til lands, og er i følge rusforsker Cecilie Schou Andreassen å betrakte som avhengige. Dersom vi appliserer tallene på Oslo universitetssykehus skal det arbeide 1800 alkoholavhengige der. Det gjør det antakelig ikke, siden vi snakker om friske og arbeidsføre mennesker. I stedet regner forskerne med at mellom to og fem prosent av de ansatte har et alvorlig rusproblem, og at én av fire har opplevd en situasjon der en kollega har hatt problemer med rus eller pengespill.

For legenes del, viser tall som Olaf Aasland og Judith Rosta nettopp har publisert, at antallet leger som drikker to til tre ganger i uken, i løpet av ti år er steget fra under en tredel til nesten halvparten. Trøsten, for pasientenes del, er at legene blir sjeldnere fulle enn tidligere, «bare» 2,5 prosent sier de drikker seg til «intoxication» en gang i uka eller oftere.

Uansett er det åpenbart at de 25-30 personene som Akan følger opp ved Norges største sykehus, og da for flere årsaker enn alkoholmisbruk, bare er å regne som toppen av isfjellet. Det var heller ingen utstrakt glede å spore da Journalen ønsket å sammenlikne tallene for Oslo universitetssykehus med Statoil, som ofte framheves som et skoleeksempel på sikkerhetsarbeid. Selv om ansatte på oljeplattformformer rutinemessig rustestes nektet Statoil oss plent å gi oss lov til å publisere sine Akan-tall, selv om vi nå vet at de er på linje med tallene fra OUS.

Statens helsetilsyn sier de ikke fører noen løpende oversikt over reaksjoner på grunn av rusmisbruk, og tallene for 2013 lar derfor vente på seg. Da vi i stedet stilte helt enkle spørsmål rundt statistikken som er publisert i årevis, var svaret dette: «Vi kan vanskelig uttale oss om trender fordi tallene våre uansett er så små at de gir ikke grunnlag for å trekke generelle konklusjoner». Nei, det var det da.

Schou Andreassen har gode poenger når hun vil dreie fokuset over fra de svært få i «rød sone» til de mange som befinner seg i «gul sone», og som møter på jobb i bakrus med dårlig pasientbehandling som resultat, eller som ødelegger forholdet til kolleger fordi de blir fulle på julebordet.

De fleste har gjennomført medarbeider-samtaler ansikt til ansikt med sin nærmeste overordnede og deltatt i ulike interne spørreundersøkelser for jobbtillfredsthet. Men når ble du sist spurt om ditt forhold til rusmidler eller avhengighet?

Rus i arbeidslivet er fortsatt et stort tabu. En kombinasjon av bagatellisering, tåkelegging og usynliggjøring gjør at det er vanskelig å få oversikt over omfanget av rusproblemer i helsevesenet, noe som er en forutsetning for å kunne sette inn målrettede tiltak. Kanskje kan Akans nye prosjekt om sykepleiere og vanedannende medikamenter gi noen svar.

I hvilken grad kan mørketallene skyldes misforstått kollegialitet fordi vi ser en annen vei i stedet for å ta belastningen med «den nødvendige samtalen» hvis vi står overfor en kollega som vi mistenker har et rusproblem? Til syvende og sist handler det om pasientenes rettsikkerhet. Det er ikke sikkert at de ville blitt beroliget om de visste at anestesisykepleieren gikk rundt med Paralgin forte i lomma fordi «mannen har vondt i ryggen» eller at kirurgen ikke husker noe særlig av hva som skjedde på julebordet kvelden i forveien.

@perhelgem

# – Folk har tålt sannheten bedre enn jeg fryktet

*Formelle reaksjoner mot helsepersonell på grunn av rusproblemer er antakelig bare toppen av isfjellet. For sykepleieren Meretes del endte medikamentmisbruk og forfalsking av resepter med tap av autorisasjonen. Nå arbeider hun for å få den tilbake.*

SOLFRID SANDE (tekst og foto)

– Jeg husker første gang jeg leverte inn en resept, så tenkte jeg: blir jeg tatt nå, mister jeg ikke bare jobben, men må også i fengsel. Men det gikk bra. Så fortsatte jeg å skrive ut egne resepter, sier Merete, som i dag arbeider ved Ahus.

Merete er en av sykepleierne i statistikken til Helsetilsynet. 60 mistet autorisasjonen i 2012, av disse var 14 leger. Av de 32 sykepleierne som mistet autorisasjonen misbrukte 26 rusmidler, mens 16 ble tatt for medikamenttyveri.

Merete står fram med sitt egentlige fornavn, men ønsker ikke å få sitt etternavn på trykk.

**Alvorlig kreftsykdom.** For noen år siden møtte Merete en mann. De var i startfasen på forholdet og la sammen inn bud på et hus. Men på deres første ferietur sammen ble han akutt syk. Det viste seg at årsaken var alvorlig kreftsykdom.

– Da han ble syk fikk jeg også mange plager, som vondt i ryggen og hodet. Jeg fikk resept på Pinex forte, som jeg brukte mot smertene, og tablettene hjalp meg også å holde følelsene på avstand, forteller Merete. Også datteren fra et tidligere forhold ble personlig berørt i den vanskelige tiden som fulgte.

Til slutt ble det for vanskelig for Merete å jobbe som kreftsykepleier på Rikshospitalet. Hun ble sykmeldt i flere måneder, men tok etter hvert på seg ekstravakter for å holde seg i aktivitet, før hun beveget seg over i et nytt fagfelt på Ahus.

– Jeg fikk mye «klapp på skuldra» av kollegaer, egne venner og familie, både mine egne og hans. Jeg leverte rollen som «flink», og det ble en selvoppfyllende profeti, forteller Merete.

Hun holdt ut i den nye jobben og tok seg av datteren og den syke samboeren, men

*«Jeg ble følelsesmessig distansert og trodde jeg klarte å holde problemene på avstand. Det var derfor jeg brukte det.»*

sommeren 2009 var hun utbrent og fikk en depresjon. Tidlig samme høst røk forholdet til samboeren. Etter å ha blitt friskmeldt fikk han raskt tilbakefall og Merete ble på ny hans nærmeste pårørende. Hun hadde kjent ham i tre år da han døde etter to og et halvt års sykdom i 2010. I denne tiden var det enkel tilgang til medisiner og resepter som var forskrevet til ekssamboeren og til henne.

**Tok fra medisinerrommet.** Meretes forbruk av Pinex forte ble større og større. Hun tok også piller fra medisinerrommet på jobb før hun skrev sin første resept ved hjelp av et stempel med HPR-nummer som var lett tilgjengelig på jobb. Da alt kom for en dag brukte hun daglig 30 Pinex forte og et par Imovane for å få sove. – Etter hvert synes jeg det var greit, det ble behagelig. Jeg ble følelsesmessig distansert og trodde jeg klarte å holde problemene på avstand. Det var derfor jeg brukte det. Snakk om selvbedrag!

Hun fikk holde på en god stund med reseptene før apotekeren ringte til legen på Ahus som angivelig hadde skrevet ut reseptene hennes. Dermed ble Merete avslørt og

innkalt til møte med sjefen sin. Hun ville selv fortelle Merete at saken nå var meldt til fylkeslegen. Merete sier at hun ikke sa stort under dette møtet. Senere knakk hun sammen og la alle kortene på bordet. Meretes sjef, seksjonsleder ved Ahus, forteller at de hadde oppdaget svinn fra medisinerrommet, og at dette hadde pågått en stund. Et eget utvalg ble koblet inn i saken, men klarte ikke å finne årsaken. Hun visste at Merete hadde hatt sine vanskeligheter hjemme, men hun gjorde alltid en god jobb og var ikke mistenkt på noe vis.

**Beskytter arbeidsplassen sin.** – I arbeidslivet er det slik at hvis du skal vente på de åpenbare tegnene på rusmisbruk, kan du vente lenge. De aller fleste beskytter arbeidsplassen sin mot egne rusproblemer, sier Sverre Nesvåg, forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR).

Nesvåg sier at det første som ryker er ekteskapet, så helsa, mens det siste som ryker er jobben. Han peker på at det er vanskelig å oppdage rusproblemer, og spesielt misbruk av andre rusmidler enn alkohol. Det er heller ikke flere arbeidsulykker relatert til rus, noe som kunne vært avslørende.

Nesvåg tror det beste er å arbeide med å skape en mer bevisst og strengere kultur mot rusbruk slik de nettopp også har gjort i helsevesenet. Før kunne det gå greit å låne noen tabletter fra medisinskapskapet, nå er det nulltoleranse for slikt. Han forteller at det på 50-tallet var registrert 500 morfinister i Norge, de aller fleste var leger. Nesvåg sier de vet at helsepersonell i større grad enn andre grupper bruker vanedannende medikamenter, noe også autorisasjonssakene viser.

– Men vi har egentlig ingen grunn til å tro at helsevesenet peker seg ut verken i negativ eller positiv forstand når det gjelder rusmisbruk, i forhold til andre bransjer, sier Sverre Nesvåg.



Da medikamentene tok over livet til sykepleier Merete var det for ubehagelig å innse hvor langt ned hun hadde sunket. Det ble enklere å ta to Pinex forte, legge seg på sofaen og bare «glemme det».



«De aller fleste beskytter arbeidsplassen sin mot egne rusproblemer.»

SVERRE NESVÅG

Den nye forskriften om pliktmessig avhold for testing av helsepersonell som kom i 2012 gir hjemmel for å teste helsepersonell på mistanke. Men siden det faktisk er vanskelig å få mistanke, tror Nesvåg forskriften primært vil gjøre at kulturen blir enda mer restriktiv. Han henviser til forskning som viser at altfor tilfeldig testing av ansatte helsepersonell ikke vil ha noen positiv effekt, den preventive effekten vil være den største gevinsten av den nye forskriften.

**Lederen viktig.** For Merete ble avdelingslederen redningen. Merete har hørt mange historier om folk som får sparken for liknende forhold som det hun selv har gjort. Selv ble hun sykmeldt i nesten ett år etter avsløringen. Hun fikk hjelp til å trappe ned og slutte med pillene i tett kontakt med hjelpeapparatet, og hele tiden i jevnlig kontakt med sjefen sin.

– Sjefen min har hele tiden vært støttende. Hun visste hvor viktig jobben min var for meg. Det var det eneste stabile i den vanskelige perioden med samboeren min, sier Merete.

Det var nøye planlagt at Merete skulle tilbake på jobben. Det er første gang avdelingslederen vet om at en ansatt har klart å komme tilbake til jobb etter rusmisbruk. Merete har ikke lenger autorisasjon og har nå en kontrakt med arbeidsgiver på to år til å få livet på plass igjen. Hun har arbeidsoppgaver som er innenfor Helsetilsynets regelverk, og får tilrettelegging i arbeidstiden for å følge det nødvendige opplegget for å kunne være i arbeid. Hun må levere urinprøve til fastlegen hver uke, og sammen må de ha møte med Akan-kontakten en gang i måneden.

– For meg er det viktig å se at Merete klarer seg. Jeg ville ikke være den faktoren som gjør at hun havner ennå lenger utpå. Jeg ville heller prøve å hjelpe henne tilbake, sier avdelingslederen, som mener det er viktig at ledere tenker langsiktig i slike saker. Hun forteller der kreves mye av henne som leder å ta Merete tilbake. Hun må være villig til å investere den tiden det tar, og satse på at Merete vil klare å få tilbake autorisasjonen.



Merete har arbeidsoppgaver som er innenfor Helsetilsynets regelverk, og får tilrettelegging i arbeidstiden for å følge det nødvendige opplegget for å kunne være i arbeid.





– Sjefen min har hele tiden vært støttende. Hun visste hvor viktig jobben min var for meg. Det var det eneste stabile i den vanskelige perioden, sier Merete.

– Hva jeg gjør neste gang vet jeg ikke. Jeg leder menneskelige ressurser, og da er det viktig å behandle dem verdig. De er menneskelig kapital. Men måten jeg håndterer en sak er individuelt, Merete er en dyktig fagperson, sier hun.

**Aktiv forebygging.** Det har skjedd en stor utvikling i arbeidet mot rusmiddelbruk i de 50 årene Akan-samarbeidet har eksistert. Da Akan ble etablert, jobbet man først og fremst med å få virksomheter til å gi ansatte med rusmiddelproblematikk hjelp, framfor å si dem opp. Dette er fortsatt viktig, men de siste årene har jobben dreiet handlet om å motivere bedrifter til å drive aktiv

rusforebygging på arbeidsplassen, som en integrert del av det øvrige HMS-arbeidet. Viktige forebyggingsgrep er å få ledere til å tidligst mulig reagere på bekymringsfull atferdsendring hos ansatte.

– Vi kaller det å gjennomføre «den nødvendige samtalen». Rusforebygging er viktig fordi det dreier seg om sikkerhet på jobb, sykefravær og virksomhetens omdømme. I tillegg dreier det seg om å ta vare på ansatte, sier Elisabeth Ege, direktør i Akan kompetansesenter.

I en undersøkelse Akan gjennomførte tidligere i år blant 1400 ledere og ansatte i 1200 virksomheter, svarte én av fire at de hadde opplevd en situasjon med en kollega

*«Jeg har savnet å høre hva andre i samme situasjon har gjort for meg, for det er mye byråkrati og venting, og ingen som kan fortelle hva som er vanlig.»*

MERETE

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



som har hatt problemer knyttet til rus eller pengespill siste år. Dette er også representativt for hva Akan fant for helsesektoren i samme undersøkelse. Tall fra hvor mange helsepersonell som mister sin autorisasjon i løpet av ett år sier nok svært lite om det faktiske omfanget tror Elisabeth Ege i Akan.

– Vi anbefaler alle virksomheter å utarbeide en rusmiddelpolicy, fordi det skaper forutsigbarhet for både ansatte og ledere, forteller Ege.

Nylig satte Akan i gang et forskningsprosjekt som skal undersøke forhold knyttet til sykepleiere og bruk av vane-dannende legemidler basert på hypoteser tidligere undersøkelser har fått frem. Målet med prosjektet er å få mer kunnskap om medikamentbruk blant helsepersonell, og gi arbeidsgivere flere verktøy til å jobbe forebyggende og å avdekke problematisk medikamentbruk. Dette prosjektet skal være ferdig i 2015.

**Veien videre.** Merete vil helst ikke tenke på hvordan det kunne ha gått om hun ikke var blitt oppdaget. Hun er glad for at hun fikk hjelp, og føler hun har vært utrolig heldig. Våren 2012 ble hun fri for tablettene,



Rusforebygging er viktig fordi det dreier seg om sikkerhet på jobb, sykefravær og virksomhetens omdømme. I tillegg dreier det seg om å ta vare på ansatte, sier Elisabeth Ege, direktør i Akan kompetansesenter.

mens saken hennes gikk videre til Helsetilsynet, og til politiet. Plutselig handlet livet hennes også om advokater, Helsetilsynet og venting på resultater. Hun fikk en dom i Tingretten i april i år for å ha forfalsket reseptene. Siden hun tilstod ble straffen seks måneders betinget fengsel og en bot på 8000 kroner. Hun tror at åpenheten,

et tomt rulleblad og livssituasjonen var avgjørende for at straffen ikke ble strengere.

– Jeg hører jo at dette er et stort problem, men det er vanskelig å finne noen andre personer med tilsvarende problemer. Jeg har savnet å høre hva andre i samme situasjon har gjort før meg, for det er mye byråkrati og venting, og ingen som kan fortelle hva som er vanlig i slike saker, forteller Merete.

Hun som alltid var veldig opptatt av jobben, og en stolt fagperson, må nå gjøre andre oppgaver. Hun takler det fint gjennom å ha en åpen dialog med de hun jobber sammen med. Hun informerer nye leger på avdelingen slik at hun skal unngå å havne i kinkige situasjoner sammen med pasienter. Slik som da en lege ba henne gi en pasient medisiner som lå foran dem og pasienten, og hun måtte si at hun ikke kunne dele ut slike medikamenter.

– Det var veldig følelsesladet og utmattende å komme tilbake. Jeg har fått mye støtte og jeg kunne ikke drømt om en bedre mottakelse en den jeg fikk. Jeg så for meg at jeg kom til å sitte alene i et hjørne, det gjør jeg ikke! Kollegaene mine behandler meg som før. ■

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



– Det sier seg selv at det er en del solskinnshistorier, ellers ville jeg ikke ha holdt på med dette i tjuer år, sier Beathe Rønningen, hovedkontakt i Akan ved Ullevål. FOTO: PAAL AUDESTAD

# Svært få sykehus-ansatte får AKAN-hjelp

Statistisk sett skal mange hundre ansatte ved Oslo universitetssykehus (OUS) ha alvorlige rusproblemer. Men bare et titalls ansatte, de fleste sykepleiere, følges av Akan.

KRISTIN MACK-BORANDER

Akan er et trepartssamarbeid mellom partene i norsk arbeidsliv som har som hovedoppgave å forebygge rusmiddelproblemer i norsk arbeidsliv, samt å bidra til at ansatte med rusmiddelproblemer får hjelp.

Statistisk sett skal om lag to til fem prosent av de ansatte ha et rusproblem. Det blir et sted mellom 400 og 1000 personer.

– Vi følger opp cirka 25 til 30 personer, så sett i lys av denne statistikken er det store mørketall. Men selv om vi bare ser toppen av isfjellet, er det allikevel skjedd en betydelig bedring, særlig de siste fem til sju årene. Tidligere var det en klar underreportering for medisinsk personell. Nå derimot, består flertallet av sakene nettopp av leger og sykepleiere, sier Beathe Rønningen. Etter tjue år som hovedkontakt i Akan ved Ullevål – nå Oslo universitetssykehus – går hun av med pensjon til jul.

– Hva kan dette komme av?

– Jeg tror vi høster fruktene av det kontinuerlige forebyggings- og informasjonsarbeidet som er blitt gjort. Sammen med bedriftsoverlege Trond Erik Bakkerud har jeg gått rundt i toppledelsen i de ulike klinikkene og holdt foredrag for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Tradisjonelt har nok særlig legene vært veldig lojale mot hverandre. Det var en periode leger ikke hadde noen problemer eller de skulle ordne opp internt. Denne trenden er snudd. Rusproblemer er fortsatt «hysj-hysj», samtidig er stigmatiseringen blitt noe mindre.

– Er det mange som er åpne om sitt rusproblem?

– Ikke så mange. Men de som er så tøffe at de forteller om sin Akan-tilknytning opplever det ofte som positivt. En lege som må gå midt i en vakt for å avlegge en spontan prøve, skaper jo spekulasjoner blant kollegene. Hvorfor forsvant han

*«Men selv om vi bare ser toppen av isfjellet, er det allikevel skjedd en betydelig bedring, særlig de siste fem til sju årene.»*

eller hun plutselig? Hvis vedkommende sier at det gjelder en Akan-avtale, møtes det med forståelse. Mange medarbeidere opplever nok også at en del brikker faller på plass, noe som kan føles som en lettelse for begge parter.

– Folk som jobber på oljeplattform må avlegge obligatorisk urinprøve. Er det ikke et paradoks at ikke en nevrokirurg må gjøre det samme?

– Man skal være «ship shape» når man går på jobb, det vil si åtte timers pliktmessig avhold før vakt og under 0,2 i promille. Men å screene alle synes jeg er å gå for langt. Det viktigste er å tørre å si fra og å sende personen til prøvetaking ved mistanke.

– Hva hvis den mistenkte nekter å avlegge prøve?

– I følge Helsepersonell-loven som trådte i kraft i mai 2012 kan man nå ved politiets hjelp sørge for at prøvetaking blir utført. Jeg kjenner ikke til saker hvor politiet har måttet inn i bildet, men opplever stadig at det må en del press til for å nå frem.

– Hvem har mest rusproblemer – sykepleiere eller leger?

– Det er flere sykepleiere tilknyttet Akan enn leger. Det blir som kelneren i baren, det er han som har tilgang til tappekranen. Der tilgangen er, vil rusmisbruket dukke opp og det er sykepleierne som har

## TALLENES TALE

### 50 år

Akan kompetansesenter er en ideell organisasjon som ble stiftet av partene i arbeidslivet, Landsorganisasjonen (LO) og Norsk Arbeidsgiverforening (nåværende NHO), i 1963. Staten kom med på eiersiden i 1964.

I 2012 hadde Akan kompetansesenter **350** oppdrag fordelt på **200** virksomheter. Disse virksomhetene representerte til sammen omtrent **120 000** ansatte. Fordelingen mellom private og offentlige virksomheter er relativt lik.

Akan kompetansesenter mottok **850** henvendelser via telefon eller e-post, en økning på 28 % fra året før.

**85%** av henvendelsene dreide seg om individsaker, det vil si saker som omhandler enkeltpersoner. Som oftest er det leder, HR eller bedriftshelsetjenesten som tar kontakt fordi de er bekymret for en medarbeider.

### Rusmiddelproblem i arbeidslivet – noen sentrale tall

**5%** av norske virksomheter oppgir at de har ansatte rusmiddelproblemer

**92%** av disse oppgir alkohol som det aktuelle rusmiddelet.

**14%** av norske bedrifter har tidligere hatt en eller flere ansatte som har hatt et rusmiddelproblem.

**11%** av norske bedrifter har ansatte i dag som tidligere har hatt et rusmiddelproblem, men som det går bra med nå.

KILDE: AKAN, [www.akan.no](http://www.akan.no)

nøkkelen til medisinskapet. Alkohol er det eneste lovlige rusmiddel i Norge og lettest å få tak i. Dette er nok grunnen til at alkohol er legenes største problem. Riktignok kan leger skrive ut resepter til seg selv, men apotekene er flinke til å fange opp slike tilfeller og melde fra til Helsetilsynet. For begge yrkesgruppene er rusmidlene først og fremst alkohol og piller, men legene har noe mindre blandingsmisbruk enn sykepleierne. Jeg har også sett saker med annen rus, for eksempel amfetamin og kokain, men det er sjelden.

– Hva skjer når man er kommet inn i Akan-systemet?

– Da settes det i gang et to års oppfølgingsopplegg med et stort team som følger den enkelte tett. Det iverksettes blant annet avlegging av ikke-avtalte prøver, kontaktpersoner snakker med vedkommende før hver vakt og det avholdes månedlige møter med den rusavhengige, Akan-representant, bedriftshelsetjeneste og HR-leder. Testingen består hovedsakelig av blodprøver, eventuelt blåseprøve ved alkoholmisbruk, og utføres av Bedriftshelsetjenesten. Hyppigheten avtales mellom Akan og den rusavhengiges leder, gjennomsnittet er en til to ganger i måneden. Men det kan også skje hyppigere dersom leder ønsker det, sier Rønningen.

– Vi tester ikke alle for alt, men i noen

**«Akans mål er at den rammede klarer å fortsette i arbeid.**

**Dette innebærer ofte flere tiltak, for eksempel opphold i rusinstitusjon eller psykiatrisk behandling.»**

tilfeller hvor situasjonen krever det, tas det prøver for et bredt spekter av rusmidler. Akans mål er at den rammede klarer å fortsette i arbeid. Dette innebærer ofte flere tiltak, for eksempel opphold i rusinstitusjon eller psykiatrisk behandling. Akan-kontaktens hovedoppgave er å være en slags brobygger mellom behandlingsinstansene, slik at de nødvendige tiltak følges opp etter utskrivelse og kontinuiteten sikres. Akan-arbeid er ofte to skritt frem og ett tilbake. Klassisk er de som sprekker et par måneder før toårs-perioden utløper. Kan hende blir det som fangen som skal ut av fengselet, det er utrygt og de føler at de

trenger mer tid. Dersom den rusavhengige viser god fremgang, men fremdeles trenger mer støtte, kan oppfølgingen forlenges med nye to år.

Rønningen sier at det etter et par år går bra med om lag 70 % .

– Det sier seg selv at det er en del solskinnshistorier, ellers ville jeg ikke ha holdt på med dette i tjue år, sier hun.

– Er det færre Akan-saker i helsevesenet enn i andre sektorer i arbeidslivet?

– Jeg har bare Akan-nettverket ved OUS å snakke ut i fra og således ingen forutsetning for å sammenlikne tall mellom helsevesenet og andre sektorer. Dette blir bare hva jeg tror, men ja, jeg har inntrykk av at det er slik.

Noen arvtaker til Beathe Rønningen er ennå ikke funnet, og hun merker stor pågang fra folk som vil ha henne til å holde foredrag før hun slutter. Da *Journalen* ringer henne, midt i julebordsesongen, er hun på ferie. AKANs døgnåpne vakttelefon er imidlertid med.

– De vanskeligste AKAN-sakene dukker ikke opp mellom 08.00 og 16.00, sier hun. ■

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

# Alkohol på jobb er et lederansvar

Forankring i toppledelsen er avgjørende for å sette alkoholkultur på agendaen. Enkle nettbaserte verktøy kan gi ansatte muligheten til å få klarhet i sitt eget forhold til rusmidler.

**V**i drikker mer alkohol enn noensinne. Alkohol brukes som måltidsdrikk, sosial drikk, eksperimentell drikk og ikke minst fylledrikk. Alkohol tjener derfor sannsynligvis mange funksjoner for oss, som å øke stemningsleiet, gjøre oss mer avslappede og å fjerne hemninger. Mange føler derfor at alkohol kan smøre sosialt samspill.

Om lag 8.5 liter ren alkohol, mørketallene inkludert, drikkes årlig per innbygger over 15 år. 90% av voksenbefolkningen drikker alkohol, men det er likevel store individuelle forskjeller: 10% av de som drikker alkohol står for over 50% av det totale forbruket. Disse har så høyt forbruk at de kan betraktes som avhengige.

Vi eksponeres for alkohol på mange ulike arenaer. I sosiale medier, en nokså ny arena, postes stadig bilder av stjernemiddager med «noko attåt» – noe rødt, hvitt, brunt eller musserende – alt ettersom det er kjøttkaker eller fiskeboller som står på menyen. Slik suppleres det tradisjonelle norske drikkemønsteret preget av helgefylla, med mer kontinentale drikkevaner.

I Norge har vi tradisjonelt ment at alkohol og arbeid ikke hører sammen. Likevel rapporterer en stor andel arbeidstakere, ledere mer enn andre, at de har drukket alkohol i jobbsammenheng det siste året – enten det er på jobbreiser, konferanser eller julebord. Gjennom slik «gråsonedriking» knyttes sosiale bånd og samhold og trivsel styrkes. Dette har imidlertid også en bakside. Alkohol påfører arbeidslivet milliardbeløp på grunn av fravær, redusert arbeidsytelse «dagen derpå», ulykker og konflikter.

Alkohol påvirker dermed arbeidslivet mer enn vi kanskje umiddelbart forestiller oss. Selv de som er avholdsmennesker blir influert, for eksempel ved å måtte jobbe ekstra mye når kollegaen sykmelder seg på mandag etter en hard helgefyll.



OLE KRISTIAN OLSEN

**CECILIE SCHOU ANDREASSEN,**  
PhD - Klinisk psykologspesialist og postdoktor ved Universitet i Bergen og Stiftelsen Bergensklinikkene.

*«I et forebyggingsperspektiv vil arbeidslivet etter min mening klart være mest tjent med å fokusere på massene – på de som drikker som meg og deg – fremfor de få prosentene som drikker på «rødt»»*

Tradisjonelt er det den lille gruppen som kronisk drikker på en helsefarlig måte som arbeidsgiverne har konsentrert seg om. I et forebyggingsperspektiv vil arbeidslivet etter min mening klart være mest tjent med å fokusere på massene – på de som drikker som meg og deg – fremfor de få prosentene som drikker på «rødt». Dette er ofte lettere sagt enn gjort, ettersom «alkohol og arbeidsliv» på sett og vis er et fortiet område som vi ikke liker å legge under lupen.

En undersøkelse gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2012 kunne slå fast at en stor andel ledere ikke selv viste hvorvidt det forelå et reglement for alkoholbruk i forbindelse med sosiale tilstelninger på deres arbeidsplasser. Og

hvis ikke lederne har kjennskap til dette, er det vel liten grunn til å anta at de øvrige ansatte er oppdaterte og velinformerte? På dette området fungerer få ledere som ledestjerner.

Forankring i toppledelsen og den øvrige HMS-virksomheten er avgjørende for å sette alkoholkultur på agendaen. Mange vegrer seg mot å gripe inn, til tross for gevinster i form av bedre helse, bedre sikkerhet, lavere sykefravær, bedre kvalitet på arbeidet og forhindring av avhengighet. Ingen vil være lederen som retter sin moralske pekefinger på alle sine ansatte, som er gledesdreperen og som står for en traust, norsk, kjedelig måteholdslinje.

Etter min mening bør arbeidslivet stille spørsmål ved om de har nok kunnskap om alkoholrelaterte problemer på arbeidsplassen. Er det påfallende høyt fravær på mandag? Er det aktuelle risikogrupper på vår arbeidsplass? Hvilket ansvar har vi? I følge en undersøkelse gjort av IRIS i Stavanger skjer opp til 50% av totalforbruket i arbeidsrelaterte situasjoner. Videre viste undersøkelsen at 33% av korttidssykefraværet og 15% av langtidssykefraværet er alkoholrelatert.

Vi mennesker liker tilbakemeldinger. Hvorfor ikke tilby ansatte muligheten til å screene egne alkoholvaner og få tilbakemelding på disse? Forskning viser at det er effektivt, og at det kan foregå på kostnads-effektive måter. En mulighet er anonyme nettbaserte undersøkelser med anonym og automatisert umiddelbar tilbakemelding og rådgivning. Det kan gjøres overraskende enkelt ved kun å svare på ti spørsmål. Dette koster svært lite i forhold til den potensielle gevinsten. Alkoholvaner bør også integreres i de ordinære helse- og livsstilundersøkelsene bedriftshelse-tjenesten og fastlegene gjennomfører.

Hvorfor skal ikke Ola og Kari Nordmanns alkoholvaner behandles og fokuseres på på lik linje som andre livsstilsområder – som kosthold og trening?

## VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

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

## 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 22 58 44 99  
Nydalen legesenter  
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 Fløning, Ylf 22 89 40 0  
ass. lege ved Medisinsk klinikk OUS Aker  
rutfle@ous-hf.no

Espen Saxhaug 22 85 50 50  
Kristoffersen, LVS  
stipendiat, UiO Avdeling fra allmennmedisin  
Epost: e.s.kristoffersen@medisin.uio.no

### SEKRETARIAT

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

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42  
Oslo legeförening  
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 0  
lindaelisegronvold@hotmail.com

Gro Bjartveit  
Frysja legekantor 22106210  
Avdelingsrådgiver  
grobjar@gmail.com

Oslo legeförening er en lokalforening  
i Den norske legeförening.

## LEDEREN

# Fremtiden er nå!

Vi står i en brytningstid der ny kunnskap og teknologi utfordrer tilvante måter å løse oppgaver på. Det skjer også en internasjonalisering der vi i mindre grad blir i stand til å styre gjennom nasjonal lovgivning.

**Bioteknologien er grensesprengende.** Surrogati og gen-sekvensering er eksempler der tjenester kan kjøpes i utlandet.

Det er allmenn enighet om at surrogati ikke er lov i Norge. Likevel kommer det stadig nye barn til verden på denne måten. Norsk lov gjelder i Norge, og jeg går ut fra at det er allmenn enighet om at det ikke er aktuelt å straffeforfølge familier som får barn gjennom surrogati. Slik sett skjer det en utvikling som er vanskelig å styre.

**«Helse 2.0-bevegelsen handler om nye teknologier som forbedrer helsetjenestene, og inkluderer sky-tjenester, internett, mobile tjenester og sensorer»**

I Norge har vi også en streng lovgivning som regulerer gentesting. Det skal bl.a. gis genetisk veiledning før eventuell test. Dette er ressurskrevende, men tanken er at man skal forstå konsekvensene av testingen siden denne kan medføre at man må ta vanskelige valg.

Hel-genomsekvensering kan nå bestilles fra utlandet. Svaret man får, må man antakelig ha hjelp til å tolke, og da vil innbyggerne henvende seg til helsevesenet for å få hjelp til å forholde seg til dem. Er vi forberedt på dét, eller blir det på linje med å skulle forholde seg til utredninger og behandlingstilbud i regi av alternativbehandlere?

Velferdsteknologi er et annet spennende område. I Stortingsmelding 39 (2012-2013), om næringspolitikk mot år 2020, sier regjeringen at den vil legge til rette for en politikk som utvikler nye tilbud i grenseflaten mellom omsorgstjenesten og næringslivet. Omsorgstjenesten skal sågar utvikles til et eksportprodukt! Som vanlig

er formålet fint. Aktørene vil være mange: Næringslivet, interesseorganisasjoner, kommunene, spesialisthelsetjenesten og enkeltpersoner. Her er det også lagt til rette for drivere i omsorgstjenesten. Det vil utvikles løsninger som svar på behov, og det vil utvikles behov om svar på løsninger. Det siste vil klart være kostnadsdrivende, og gjør også prioriteringer vanskelig. Leger vil ofte være lite involvert i prosessen, men det aner meg hvem som vil få ansvaret når det blinker en rød alarm på displayet hjemme hos fru Eldresen.

Helse-appene er på full fart inn i folks hverdag. Disse er tilgjengelige for alle, gratis eller for småpenger. Her er det behov for veiledning om kvalitet og nytte. I Storbritannia har National Health Service (NHS) utviklet et Health Apps Library. Inkluderte apper skal være relevante, bygge på sikre kilder og ivareta personvern. De vurderer også om rådene kan medføre helseskade. Dette kan man kalle «Helse 2.0». Helse 2.0-bevegelsen handler om nye teknologier som forbedrer helsetjenester, og inkluderer sky-tjenester, internett, mobile tjenester og sensorer, og ifølge definisjonen til Holt og Surabaya har Helse 2.0 tre karakteristikk:

1. Teknologien som brukes er tilpasningsdyktig (adaptable) og kan brukes i en større sky eller et økosystem som er plattformuavhengig.
2. Fokus på bruker erfaringer gjennom design og brukervennlighet.
3. Bruk av data for å forbedre resultatene gjennom intelligente beslutningsprosesser.

Velferdsteknologi er ønsket og villet.

Det skal bidra til bedre tjenester – innbyggerperspektivet – men det skal også bidra til næringsutvikling. Det betyr at den kan bidra til bedre tjenester med lavere kostnader, men det kan også bety at det utvikles tjenester der nytten ikke står i forhold til prisen, men der vi bare «må ha det».



*Svein Aarseth*  
SVEIN AARSETH

## STYRET

I denne utgaven fortsetter vi presentasjonen av medlemmene i styret i Oslo legeforening.



**Recep Özeke,**  
F. 1961

Fritt valgt styremedlem i Oslo legeforening, 3. periode.  
Overlege ved avdeling for urologi, OUS, Aker.  
Hatt mange tillitsverv gjennom årene bla FTV Aker Univeritetssykehus og Dnlf landstyre.  
For tiden Klinikk-tillitsvalgt for Of for Kreft, Kirurgi og Transplantasjonsklinikken (KKT), OUS HF.



**Ruth Foseide Flenning**  
41 år

Lege i spesialisering i indremedisin ved Oslo universitetssykehus HF  
Verv: Foretakstillitsvalgt OUS HF styremedlem Yngre legers forening styremedlem Oslo legeforening



**Marit Kamøy**  
51 år

Arbeider som bydelsoverlege i bydel Ullern; som assisterende fylkeslege i Buskerud og som overlege ved Incognitoklinikken i Oslo. Spesialist i samfunnsmedisin; MHA og nesten ferdig med EMHI (mastergrad i helseinformatikk). Tidligere arbeidet mange år som allmennlege i Oslo – samt som rådgivende overlege i NAV og nasjonal koordinator for «Raskere Tilbake» i Helsedirektoratet. Tillitsvalgt for LSA.»



**Jose Alfonso**

Bachelorutdanning i epidemiologi ved siden av legeutdanningen, og er godt i gang med spesialisering i arbeidsmedisin.  
Har jobbet som LIS i Miljø- og yrkesmedisin ved OUS, Ullevål og bedriftslege ved Preventia Medisinske Senter AS.  
Fra januar tiltrer ham som LIS ved STAMI.



**Elisabeth Holven**  
Leder av Nmf Oslo

## AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFØRENING 1. HALVÅR 2014

**Januar**

**Torsdag 23.** Styremøte i Legenes hus

**Februar**

**Torsdag 27.** Styremøte i Legenes hus

**Mars**

**20.-23.** Styremøte i Edinburgh

**April**

**Torsdag 10.** Styremøte i Legenes Hus

**Mandag 14.** Debattmøte i Litteraturhuset.

**Mai**

**Tirsdag 13.** Styremøte i Legenes hus

**Lørdag 17.** Oslo legeforening inviterer også i år til 17. mai-arrangement i Legens hus.

**Juni**

**Torsdag 12.** Styremøte i Legenes Hus

## Aavitsland frikjent for uttalelser om flått

Rådet for legeetikk finner ingen grunn til å kritisere lege og smitteverneksperter Preben Aavitslands uttalelser i debatten om kronisk borreliose.

PER HELGE MÅSEIDE

Overfor *Journalen* gir Preben Aavitsland uttrykk for å være svært fornøyd med avgjørelsen. Samtidig mener han at Rådet burde latt være å realitetsbehandle klagen. Aavitsland var innklaget av flere enkeltpersoner til Legeforeningens råd for legeetikk. Rådet har nå behandlet klagen som særlig gjaldt tre forhold:

- Kritikkk av legevirkosomheten til daværende leder ved Norsk Borreliose Senter, Rolf Luneng.
- Uttalelser om at eventyren og TV-kjendisen Lars Monsen ikke lider av kronisk borreliose som følge av flåttbitt, noe Monsen har framsatt påstander om en rekke ganger.
- Uttalelser, framført blant annet i en kronikk på NRK Ytring, om at den påståtte borreliose-epidemien var falsk: «Smitten kommer fra Internett, ikke fra skogen».

I stedet for kritikkk får Aavitsland nå hon-

nør for «så tydelig å ha redgjort for det vitenskapelig anerkjente synet på sykdommen og behandling».

**Svært fornøyd.** Preben Aavitsland sier til *Journalen* at han er svært fornøyd med Rådets avgjørelser: – Jeg ser Rådets vedtak som en oppmuntring til meg og andre leger om fortsatt å engasjere oss i faglige debatter, som den om «kronisk borreliose».

Rolf Luneng ble tidligere i høst fratatt sin legelisen av Statens helsetilsyn for uforsvarlig legevirkosomhet etter å ha behandlet pasienter med en påstått kronisk form for nevroborreliose med store mengder bredspektede antibiotika og malariamedisiner. Til hjelp i diagnostikken har Luneng benyttet seg av svært omstridte tester, utført ved et laboratorium i Tyskland. Norsk Borreliose Senter i Nydalen ble som følge av Helsetilsynets



Preben Aavitsland.

avgjørelse stengt 27. september. I følge senterets nettsider har Luneng påklaget avgjørelsen, som nå ligger til behandling i Statens helsepersonellnemnd. Nemnda er ankeinstans for avgjørelser fattet av Statens helsetilsyn.

– Jeg merker meg at Rådet tydelig støtter at leger offentlig kan kritisere kolleger som driver uforsvarlig praksis, sier Aavitsland.

**Burde avvist.** Smitteverneksperter mener imidlertid at Rådet for legeetikk burde latt være å realitetsbehandle klagen. – Selv om Rådet gir meg full støtte, er jeg kritisk til at Rådet går inn i slike offentlige debatter i det hele tatt, særlig når anmeldelsene er del av en organisert kampanje, som i dette tilfellet. Frykten for å bli innklaget og måtte forsvare seg i flere skriftlige runder kan i seg selv hemme kollegers lyst til å engasjere seg i offentlige debatter.

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



Mange siterte *Journalens* nettsak, som er gjengitt på motstående side, blant andre NRK Østlands- sendigen, nrk.no, VG Nett, Dagens Medisin, NTB og Klassekampen.



## 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.

# Journalistisk fagfelle vurdering med allmenn interesse

Boka er skriven for fagfolk, altså journalistar, redaktørar og andre mediafolk. Men forfattern har heilt rett i at teksten har noko å fortelja til dei av oss som stundom let seg irritera over den lettbeinte journalistikken. Han har vald essayforma. På det viset kjem den personlege forteljarroysta godt fram. Sjølv om denne sjangeren ikkje samsvarar med dei krava ein vil setja til kjeldebruk og forsøk på distanse til stoffet som er vanleg i forskning, tykkjer eg Sjue held seg langt frå grensa mot synseriet.

Jamt over er påstandande godt dokumenterte, anten direkte i teksten eller i sluttnoteane. Nokre få stader kunne eg ønskt meg noko meir dokumentas-



**FINN SJUE**

JOURNALISTIKKENS UUTHOLDELIGE LETTHET. Essay.

Cappelen Damm Akademisk/IJ-forlaget.

Oslo: 2013.

ISBN 978-82-02-40572-4

164 s. Illustrert.

NOK 259,-

*«Sjue held seg langt frå grensa mot synseriet»*

jon, mellom på side 84 der han påstår at Helsetilsynet og Helsedirektoratet ikkje så heilt sjeldan uvitande blir intervjuva av pr-rådgjeverar og såleis blir brikker i eit pr-spel.

Den gjennomgåande bodskapen er at altfor mykje av det som utgir seg for å vera journalistikk ikkje fyller dei krava til kvalitet som profesjonen må stilla til seg sjølv. Han gir lesaren ei grei påminning om at ikkje alt som blir kolportert i media, byggjer på journalistisk metode. Noko av dette, slik som å bringa vidare opplysingar av allmenn interesse, tykkjer han er uproblematisk. Når han går gjennom ulike typar stoff som han meiner ikkje tilhøyrer det journalistiske stoffet, ser eg at lesaren har god grunn til å bli forvirra. Kanskje aviser og nettmedia burde læra av dei vitskaplege tidsskrifta? Like så gjerne som at ein der tydeleg markerer kva som er fagfelle vurdert, kunne vi som lesarar godt krevja at både papir- og nettmedia er tydelege på kva stoff som er journalistisk behandla og redaksjonelt vurdert.

Han er også ein tur innom redaktørrolla, og meiner at sjefredaktørane i dag snakkar meir som direktørar enn som redaktørar. Rolla til redaktørane som samfunnsdebattantar og meiningsberarar ser no ut til å vera fylt av kommentatorane. Desse meiner Sjøe med få, namngitte unntak skapar mislyd og disharmoni i

debatten. Han dreg fram seks namn, som eg ikkje skal røpa her. Eg er samd med han i valet av desse, men eg ville nok hatt med ein handfull eller to til.

Innleingsvis dreg forfattern opp ein debatt som han ikkje set heilt i mål i dette essayet. Han peikar på at det er to sentrale krav til det journalistikken skal halda på med. Det skal vera vesentleg og det skal vera sant (s.11). Litt seinare (s.19) peikar han på at journalistikken ikkje kan vera "objektiv". Kanskje idealet ikkje kan eller bør vera sanning, men at journalistikken skal vera systematisk sanningsøkjande?

Han peikar på vaktbikkje-idealet til media, og seier at slike dyr skal skapa lurveleven når det skjer noko trugande, noko gale. Men dei av oss som kjem frå bygde-Noreg veit at dagens vaktbikkjer betre kunne vore kalla gneldrebikkjer. Sjøe har ein tanke om at profesjonsfellesskapet sjølv må bli betre til å gå aktivt ut og beklaga eigne mistak.

Var det så betre før då? Ikkje nødvendigvis i følgje dette essayet. Men likevel er stoda slik at noko må gjerast. Difor er det rett at forfattern skriv for fagfellene sine. Og det er gildt at han deler analysen sin med oss andre.

GEIR  
SVERRE  
BRAUT  
Statens  
helsetilsyn



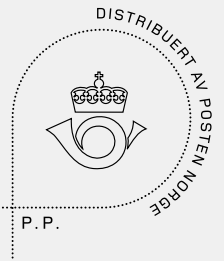
Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

*«Kanskje aviser og nettmedia burde læra av dei vitskaplege tidsskrifta?»*

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

Returadresse:  
Oslo legeforening  
Postboks 178 Sentrum  
0102 Oslo

B-Economique  
NORGE



## I FORBIFARTEN | TROND MARKESTAD

# «Det er jo et veldig meningsfullt yrke, dette»

Pediater og professor Trond Markestad har de siste årene jobbet etter kontradiksjonsprinsippet, som det høver seg lederen av Rådet for legeetikk. Det er faktisk noe av det kjekkeste han har gjort.

### – Kontradiksjonsprinsippet?

– Det betyr at vi sender saken frem og tilbake mellom partene flere ganger, for å få belyst saken grundig. På den måten får vi gode, interessante diskusjoner. Årene i Rådet for legeetikk har vært svært meningsfulle, sier Trond Markestad.

Men nå er det slutt, etter 16 år, derav åtte som leder. Men Markestad blir ikke arbeidsledig av den grunn. Han er fortsatt ansatt både ved Sykehuset Innlandet, Haukeland universitetssykehus, og Universitetet i Bergen.

– Det er jo et veldig meningsfullt yrke, dette. Jeg har egentlig en helt ideell arbeidssituasjon nå. Mest forskning og undervisning, men med litt klinisk kontakt. Annenhver uke kjører kona og jeg over fjellet fra Toten til Bergen, eller motsatt vei. Vi har med termos og lyd bøker.

Rådet for legeetikk ligger under Legeforeningen, og fungerer både som rådgiver for Legeforeningen og enkeltleger, og som forvalter av de etiske reglene for leger. De behandler klager på leger fra pasienter, andre leger eller institusjoner som NAV, forsikringsselskaper, og rettsvesenet.

– Vi skiller oss fra Helsetilsynet ved at de tar seg av medisinskfaglige spørsmål, mens vi behandler saker som går på legers atferd og prinsipielle spørsmål.

De siste ti årene har det vært en betydelig økning i antall saker. Markestad tror ikke dette skyldes at leger oppfører seg dårligere i dag enn tidligere.

– Det er nok andre årsaker som ligger bak: Det er blitt flere leger, Rådet for legeetikk har blitt mer kjent, og så tror jeg det er lavere terskel for å klage i dag enn tidligere.

Trond Markestad skulle egentlig bli bonde, men stod uten gård siden den eldre broren

### TROND MARKESTAD

► Cand. med. ved Universitetet i Oslo, 1973

► Barneavdelingen Haukeland sykehus 1977-99

► Professor ved Universitetet i Bergen 1993-1999.

► Kommuneoverlege og helsesjef i Vestre Toten 1999-2001

► Barneavdelingen, Sykehuset Innlandet fra 2002

► Leder i Rådet for legeetikk, 2006-2013



hadde odelsretten. Han begynte i stedet på veterinærstudiet, men innså etter hvert at han egentlig interesserte seg mer for human medisin, og søkte overflytting. Etter fullført medisinstudium og turnustjeneste, dro han tre år til USA og Canada.

– Jeg bestemte meg under studiet for å bli pediater, men på 70-tallet var det få utdanningsstillinger i pediatri, og jeg reiste derfor til utlandet.

I 1990 opplevde han det alle leger drømmer om. Etter å ha sett en økende forekomst av krybbedød på 80-tallet, gikk Markestad sammen med sine kolleger ut med en oppfordring om å legge barna på ryggen. Bakgrunnen var at han hadde registrert at nesten alle barna ble funnet på magen med ansiktet i madrassen, og gjort undersøkelser som viste en sterk tidsmessig sammenheng mellom endring av sovestilling til mageleie og forekomst av krybbedød. Resultatene kom umiddelbart. Antallet krybbedødsfall sank dramatisk, og snart spredde kunnskapen seg til hele verden. Rådet har reddet tusenvis av menneskeliv.

– Det var fantastisk, det største jeg har vært med på. Vi var utrolig spente på hva som ville skje. Det var jo en trend i tida, men vi var tidlig ute med disse rådene, og selv om vi hadde god dokumentasjon på sammenhengen, visste vi jo ikke om det ville ha noen effekt.

I 2012 ble han utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden for sin innsats innen nyfødtdisin.

Men det har ikke bare vært gøy på jobben hver dag. Han minnes sønløse netter, barn han har mistet, opplevelsen av å være en dårlig samtalepartner.

– Jeg har en ryggsekk med dårlige opplevelser med meg, og kjenner meg godt igjen i usikkerheten mange yngre kolleger gir uttrykk for. Da jeg var ung lege, snakket vi ikke så mye om sånt, kanskje fordi vi stort sett var gutter. Men vi hadde det på samme måte.

Han tror den viktigste, etiske diskusjonen fremover blir prioriteringsdebatten.

– Man flytter stadig grensen for hva som er et medisinsk problem, hva som er medisinsk mulig, og hvilke forventninger befolkningen har til helsevesenet. Dette må være forenlig med de økonomiske rammene, og hva vi kan få til. Heldigvis opplever jeg at unge leger i dag er svært interessert i etiske spørsmål.

Selv føler Trond Markestad seg som den samme gutten som bodde hjemme på gården på Toten. Men han innser at yrkesvalget har preget ham.

– Jeg er nok mer tolerant, mer ydmyk for at ting ikke alltid er så enkle.

ALAK LIMA BRAUT