

Leger vil samarbeide på tvers av skjøre landegrensener

– Jeg har ikke snakket med en serbisk kollega på 29 år, sa en albansk lege fra talerstolen i den nordserbiske byen Palic, da han oppsummerte inntrykkene fra et tre dagers møte med kolleger fra hele Sørøst-Europa.

Albanerens ord om manglende kontakt mellom naboer betegner situasjonen på Balkan; politiske, religiøse og etniske skillelinjer, kriger og økonomiske hindringer har gjort møter og samarbeid mellom folk umulig å få til.

Forpliktende samarbeid

I april 2001 fikk imidlertid den albanske legen og 30 kolleger fra seks av landene som har undertegnet stabilitetspakten for Sørøst-Europa, anledning til å møte hverandre. Det skjedde takket være Den norske lægeforsknings menneskerettighetsutvalg, Den serbiske legeforsknings, Verdens helseorganisasjon og Utenriksdepartementet i Norge som støtter utvalgets arbeid finansielt.

Stabilitetspakten som ble undertegnet i Sarajevo i 1999, forplikter landene til regionalt samarbeid på tvers av landgrensene, blant annet innen helseområdet (1). Landene bak stabilitetspakten er Albania, Bosnia og Hercegovina, Bulgaria, Kroatia, Ungarn, Makedonia, Romania og Slovenia. Den føderale republikken Jugoslavia kom først med etter de politiske endringene i oktober 2000.

– Tiden er nå inne for få i gang samarbeidsprosjekter mellom de berørte landene, sier Bjørn Oscar Hoftvedt, sekretær for menneskerettighetsutvalget og drivkraft i samarbeidet mellom Den norske lægeforsknings og

legeforskningsene på Balkan, siden samarbeidet kom i gang i 1993 (2, 3).

På møtet i Palic i Nord-Serbia fikk deltakerne utveksle erfaringer om de store endringsprosessene helsevesenet må gjennom i overgangen fra et planøkonomisk til et markedsbasert system som kjennetegner de tidligere østblokklandene (se ramme).

– Et viktig mål er at deltakerne får personlige kontakter med tanke på bilaterale og regionale samarbeidsprosjekter fremover, sier Hoftvedt.

Svak primærhelsetjeneste

Mens primærhelsetjenesten har vært ansett som hjørnesteinen i norsk helsevesen i flere tiår, er det offentlige helsevesenet i Sørøst-Europa fortsatt sykehusbasert. Dette gikk frem av samtlige innlegg fra deltakerlandene.

Primærhelsetjenesten i Balkan-landene er svakt utbygd og består som regel av store og små helsesentre som betjenes av spesialister, særlig gynekologer og pediatere som det er stort overskudd av.

Snezana Simic, professor ved institutt for sosialmedisin ved universitetet i Beograd, la frem tall på at 64 % av de serbiske legene er ansatt i primærhelsetjenesten og at 60 % av dem igjen er spesialister. For Makedonia fikk deltakerne oppgitt at 35 % av alle legene utenfor sykehus er spesialister, resten har ingen spesialisering utover grunnutdanningen.

– Helsevesenet har vært oppdelt etter spesialiteter og troen på at spesialisering borger for kvalitet, er sterk. Å behandle er viktigere for legene enn forebygging og et helhetlig ansvar for pasienten, sier Simic. Hun fortalte hvordan den økonomiske krisen og sanksjonene som den føderale republikken Jugoslavia har vært utsatt for, fikk dramatiske konsekvenser for helsevesenet, særlig etter 1996. – Etter hvert førte sanksjonene til en fullstendig demoralisert og umotivert stab av helsepersonell, sa hun.

Simic sa at det er nødvendig med radikale endringer av helsevesenet i Serbia. Hun ønsket å utvikle en primærhelsetjeneste etter skandinavisk modell, som favner både forebygging, behandling og kontinuerlig oppfølging av pasientene. – Men reformtenkningen har foreløpig liten forankring hos myndighetene. Dessuten er legene selv motstandere av reformer fordi de er redd for endringer som truer godene de har i dag, mener hun.



Snezana Simic



Deltakere fra Albania, Bosnia og Hercegovina, Bulgaria, Makedonia, Romania, Serbia og Norge delte erfaringer med reformprosesser i helsevesenet i de tidligere østblokklandene. Alle foto N. Husom

Pådrivere og ildsjeler

Legeorganisasjonene kan representere et stort potensial som brobygger i reformarbeidet. Dette ble understreket av president Hans Petter Aarseth som innledet om Legeforsknings kontakt og samarbeid med norske myndigheter. Han presiserte viktigheten av å trekke organisasjonene med i reformarbeidet fra første stund, også for å få legene interessert og motivert for endringer.

Katica Zafirovska fra den makedonske legeforsknings har vært en ildsjel i arbeidet med å knytte kontakt med landets myndigheter for å få gjennomført reformer. Hun beskrev hvordan markedstenkningen, som

Utfordringer i reformarbeidet

Deltakerne var enige om at utfordringene for reformprosessen i helsevesenet i Sørøst-Europa kan sammenfattes slik:

- Regionalt samarbeid mellom landene er nødvendig, bi- eller multilateralt
- Man må begynne der man er: definere behov, analysere den sosiale, politiske og kulturelle situasjonen og finansieringsmulighetene
- Det er viktig å bevare de gode tingene fra det gamle systemet og definere hva som er bra og hva som er dårlig
- Ta styringen over mangfoldet av modeller og den internasjonale hjelpen som tilbys
- Innflytelsen til landets legeförening må styrkes i reformdiskusjoner, etiske spørsmål og ved implementering av endringer
- Man må finne balansen mellom private og offentlige tilbud
- Primærhelsetjenesten må styrkes og innsatsen konsentreres om individ, familie og lokalsamfunn
- Personalet må få relevant opplæring i praktiske omgivelser
- Det må skapes incentiver for leger som arbeider i fattige strøk og på landsbygden
- Man må sørge for evaluering av fremgangen



Makedonske Katica Zafirovska og bosniske Emira Tanovic-Mikulec mente at møtet i Palic var en god begynnelse for å få til regionale forbindelser på Balkan

Jungelens lov

Mange deltakere var opptatt av prinsippene som den skandinaviske modellen for

primærhelsetjeneste bygger på, der legen skal være portåpner til spesialisthelsetjenesten og ivareta pasienten som en helhet (4).

Olaf Gjerløw Aasland fra Legeföreningens forskningsinstitutt skisserte ulike modeller for organisering og finansiering av helsesystemer. Han presiserte at velferdsstaten Norge i dag er et produkt av utviklingen de siste 50 årene. Han viste til at dette også gjelder for landene i Sørøst-Europa og at det vil ta tid å finne en kurs for reformprosessen i jungelen av modeller som eksisterer.

Det ble av flere innledere lagt vekt på at det er viktig å analysere egne samfunnsforhold som grunnlag for helsereformer, og at den skandinaviske modellen ikke nødvendigvis passer for landene i Sørøst-Europa.

Bjørn Oscar Hoftvedt og Eline Thorleifsson fra Legeföreningens menneskerettsutvalg beskrev ulike modeller for spesialistutdanning av primærleger, blant annet i

Estland, som er nærliggende å sammenlikne med (5). De la vekt på at en velfungerende primærhelsetjeneste er avhengig av kvalifisert personell og at innholdet i tjenesten skal reflektere befolkningens behov.

Dusica Lesic-Tosevski fra den serbiske legeföreningen har vært sentral i menneskerettighetsarbeidet i flere år. Hun mente at møtet var et godt skritt på vei mot samarbeid på tvers av grensene: – Innleggene på møtet viser at Balkan-landene befinner seg i ulike faser av utviklingen, men samtalen og stemningen blant deltakerne viser at samarbeidsviljen er stor, sier hun.

– Nina Husom, *Tidsskriftet*
nina.husom@legeforeningen.no

Litteratur

1. www.useu.be/ISSUES/stabpact0802.html. (25.5.2000).
2. Proceedings of the Conference on Human Rights, Medical Ethics and Medical Conduct. Oslo: The Norwegian Medical Association, 1998.
3. Husom N. På Balkan kan alt skje hvert øyeblikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2382–4.
4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354–7.
5. Lember M. Family practice training in Estonia. *Fam Med* 1996; 28: 282–6.

er kommet langt i Makedonia, fører til problemer som truer legenes profesjonalitet.

– Det forventes at de skal tilby et vidt spekter av tjenester, holde utgiftene på et minimum og bruke kort tid på hver pasient. Legene er redd for at de vil bli tvunget til å velge mellom pasientens interesser eller deres egen økonomiske overlevelse, sa hun.

Zafirovska mente at det var viktig med incentiver for å få leger til å velge allmennmedisin og en jobb utenfor sykehus. Hun fortalte at den makedonske legeföreningen har inngått et finansielt samarbeid med Verdensbanken om et spesialistutdanningsprogram for primærleger og at flere sentre for slik videreutdanning er etablert på ulike steder i landet.

På spørsmål om det ikke var betenkelig å involvere Verdensbanken så sterkt i slike prosjekter, mente hun at den makedonske legeföreningen hadde god styring over prosjektet, og at de var i stand til å bevare det som var godt i det gamle systemet.

Legeföreningens menneskerettighetsutvalg

Den norske lægeföreningens utvalg for menneskerettigheter arbeider med forholdet mellom menneskerettigheter og medisinsk virksomhet og med å forebygge brudd på menneskerettighetene.

Den viktigste målgruppen er leger og annet medisinsk personell som hindres i å utøve sin virksomhet eller som trakasseres eller forfølges på grunn av sitt engasjement for menneskerettigheter.

En annen målgruppe å få i tale, er medisinsk personell som samarbeider med personer, organisasjoner eller regimer som krenker menneskerettighetene.

Via Legeföreningen ønsker utvalget å være et konstruktivt organ for norske myndigheter om brudd på menneskerettighetene. Utvalget gir aktivt støtte og oppsøker personell som utsettes for slike brudd eller hindres i å utføre sin virksomhet.

Utvalget ble opprettet i 1991 og er et permanent utvalg i Legeföreningen. Utvalget har samarbeidet med legeföreningene i det tidligere Jugoslavia siden 1993, der målet har vært å skape dialog mellom foreningene i de nye republikkene. Verdens helseorganisasjon har også vært involvert. Tyrkia har vært samarbeidsland siden 1997.

Utenriksdepartementet støtter det meste av utvalgets aktiviteter.

Det sittende utvalget ledes av Sverre Varvin og Bjørn Oscar Hoftvedt er sekretær. Øvrige medlemmer er Kristian Hagestad, Birgit Lie, Mons Lie, Sidsel Rogde, Jan Helge Solbakk og Eline Thorleifsson.

Les mer: www2.legeforeningen.no/mskrett/aktuelt.htm

— fakta —