

er underestimert heller enn overestimert, ettersom de intervjuede hadde noe høyere inntekt og utdanning enn de som ikke ble intervjuet. Det er altså vanskelig å bortforklare funnene.

Da var det fristende å peke på den inkonsistensen som ligger i at det meste av dagens forebyggende helsearbeid dreier seg om individuell livsstil, mens arbeidsmiljøet og andre miljøfaktorer som krever gruppe- og samfunnsrettede tiltak, nesten ikke er synlige på den politiske dagsordenen.

Elstads artikkel kan minne oss om at disse problemene ikke er borte, de er bare borte fra vår bevisste oppmerksomhet. Sett fra elitens ståsted er det lettere å moralisere over de mindre velstående livsstil enn å iverksette forebyggende tiltak som koster penger og politisk vilje. Vi husker at da direktøren i 1960-årene fikk hjerteinfarkt, skyldtes det hardt arbeid og stress. Når langtransportsjåføren nå får hjerteinfarkt, skyldes det visstnok dårlig livsstil. Tidsåndens tenkemåte sitter i språket.

Det er på tide å se lenger enn til individuelle risikofaktorer. Miljø og kontekst er på vei inn igjen i epidemiologien, f.eks. med såkalte tonivåanalyser, som også gir vekt til de bakenforliggende strukturelle forhold som den enkelte lever i (2).

Her henger den nye folkehelsemeldingen (3) noen hakk etter. Som John Gunnar Mæland sier i en lederartikkel i Tidsskriftet nr. 9/2003: «Hva som særlig savnes i årets folkehelsemelding, er en klarere erkjennelse av at folkehelsen påvirkes av politiske valg på nasjonalt og overnasjonalt nivå» (4). Jeg håper Jacobsen har samme oppfatning.

Steinar Westin

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Elstad JI. Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2289–91.
2. Krokstad S, Magnus P, Skrondal A, Westin S. The importance of social characteristics of communities in the medically based disability pension. Eur J Publ Health 2003; akseptert for publisering.
3. Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge.
4. Mæland JG. Folkehelsemeldingen – fra prat til plan. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1174.

Leger trenger kunnskap om menneskerettigheter, tortur og konflikter

15–20 % av flyktningene som kommer til Norge, har vært utsatt for fysisk eller psykisk tortur (1). Torturistene bruker ofte raffinerte metoder som nesten ikke etterlater synlige ytre skader. For mange er det vanskelig å fortelle hva de har vært igjennom. Likevel kan de bli storforbrukere av helsetjenester pga. fysiske, psykiske og

seksuelle problemer. Dersom helsepersonell ikke har i tankene at flyktningene kanskje har vært utsatt for tortur, vil man ikke kunne yte den hjelpen som trengs. For en asylsøker har det også stor betydning for utfallet av søknaden at ev. torturopplevelser kommer frem og at historien blir trodd. En grundig medisinsk undersøkelse der alle relevante funn blir dokumentert, kan være til stor hjelp. Dette krever at legen kan litt om vanlige torturmetoder og muligheter for behandling/rehabilitering.

Leger og annet helsepersonell har en spesiell posisjon i arbeidet med sårbare grupper som ikke er i stand til å forsvare egne rettigheter og interesser. Helsepersonell har ansvar for at pasientens rettigheter bli respektert i det norske helsevesenet og at overgrep blir unngått. Kjente eksempler på tidligere overgrep er tvangssteriliseringen av tater og psykisk utviklingshemmede.

Helsepersonell trenger kunnskap om voldsforebygging og helsemessige ringvirkninger av krigføring. Svært mange medisinstudenter i Norge er interessert i å arbeide som lege i et utviklingsland. Mange av disse landene er herjet av borgerkrig.

Studentavdelinger av organisasjonen International Physicians for the Prevention of Nuclear War har vært pådrivere for å få menneskerettigheter, tortur og konflikter inn i studieplanene for alle medisinstudenter.

I Norge har vi jobbet med dette de siste fire årene og har henvendt oss til de medisinske fakultetene. I hardt pressede studieplaner er det imidlertid vanskelig å få nye temaer inn på pensum. Fagmiljøene mangler kompetanse på dette feltet og har ofte ikke penger på timelærerbudsjettet til å hente inn kompetente gjesteforelesere.

Vi har argumentert med at 6–8 timer i løpet av et seksårig studium burde være gjennomførbart for å lære om de viktigste praktiske problemene vi kan møte som leger. I Bergen har fagområdene allmennmedisin, pediatri, sosialmedisin, internasjonal helse og rettsmedisin gått med på å ta inn 1–2 timer hver om relevante sider av menneskerettigheter, tortur og konflikter.

Vi utfordrer med dette alle medisinske fakulteter i Norge til å timeplanfeste minst seks timer tverrfaglig undervisning i menneskerettigheter, tortur og konflikter.

Ingvild Fossgard Sandøy

Klaus Melf

Norske leger mot atomvåpen

Litteratur

1. Lie B, Skeie H. Torturskader – en medisinsk utfordring. Diagnostisering og behandling av falanga. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073–5.

Sykehuspolitikk på skjevt spor?

Staten har overtatt sykehusene, og en ny sykehusdebatt er reist. Vi har unike muligheter til ny organisering, og har sett de første tegn til en ny modell. Et par lokalsykehus er foreslått nedlagt, enkelte små fødeavdelinger foreslås gjort om til jordmorstyrte fødestuer. Særlig det siste vil mange ha delte meninger om.

Sentralsykehusene har vært hjørnesteiner i vårt sykehusvesen. Noen steder har man imidlertid sett at ambisiøse politikere og leger har forsøkt å bygge sentralsykehus ut til små helsepolitiske kongeriker. Helsedirektør Karl Evang stod i sin tid for sentralsykehusideen. Han ble av mange beskyldt for sentralisering, særlig i de fylker som måtte nedlegge lokalsykehus. Selv hevdet han at modellen i virkeligheten var desentralisering. Han hadde antakelig rett.

En rekke krav kan naturlig reises til et norsk sykehusvesen:

- Et medisinsk-faglig høyverdig tilbud med alt det moderne medisin kan tilby er primært.
- Helsebudsjettene størrelse gjør det nødvendig å hente en optimal rasjonaliseringsgevinst – «mest mulig ut av hver krone».
- Publikum på sin side ønsker et tilbud i sin nærhet. Ingen ønsker timelange reiser for de enkleste undersøkelser eller vurderinger. Det ligger også realiteter bak et krav om hjelp i nærmiljøet. En vurdering av hva lange avstander koster, savner vi. Både tapt arbeidstid og reiser koster samfunnet penger.

Det er mulig at alle krav kan innfris. Små spesialiteter som øye, øre-nese-hals, revmatologi, nevrologi, hematologi, endokrinologi, patologi m.m. stiller sjelden store krav til øyeblikkelig hjelp-funksjonen, men de krever ofte den mest avanserte kunnskap og teknikk. Det kan stilles spørsmål om det ikke er her det kan spares både penger, personell og nattevakter. Som ekstra gevinst får man større og mer slagkraftige avdelinger faglig sett.

Personlig tror jeg ikke man henter de store gevinster ved å ignorere det en lokalbefolkning kjemper hardt for å beholde. De har gode argumenter for sitt syn. Vi som leger bør også vokte oss for å bli «sekte-rister». Tjenesten på mindre sykehus gir en bredde og et helhetssyn som de store sykehusene ikke lenger kan sørge for. Med et hjertesukk ber jeg om at den ofte overtunge administrasjon blir lagt under lupen.

Emil Edwin

Kragerø