

Verdens helse

Dødsstraffen avskaffes i New Jersey

■ Som første amerikanske delstat på 42 år har New Jersey vedtatt å avskaffe dødsstraffen. Vedtaket ble gjort i delstatssenatet med 21 mot 16 stemmer og vil bli godkjent av den demokratiske guvernøren med det første (1).

Tilsvarende forslag er blitt avvist gjentatte ganger i andre delstater, senest i 2007 i fire andre. Vedtaket i New Jersey var mulig takket være støtte fra tre republikanere som brøt med sitt partis syn. Avstemningen er blitt kritisert av dødsstraffstilhengere fordi den ble foretatt slik at man sikret seg stemmene fra senatorer som ikke stiller til gjenvalg. Ifølge motstanderne av dødsstraff har saksbehandlingen vært svært grundig, bl.a. er det i en rapport påpekt alvorlige mangler ved dagens prosedyrer. Dessuten er prosedyrene erklært som grunnlovsstridige i en dom. I New Jersey er det ikke henrettet noen siden 1963, men for tiden sitter det åtte dødsdømte i fengsel.

FN har nylig vedtatt en resolusjon som fordømmer bruk av dødsstraff, men resolusjonen er ikke bindende for medlemslandene (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Peters JW. New Jersey nears repeal of death penalty. The New York Times 11.12.2007. www.nytimes.com/2007/12/11/nyregion/11death.html (20.12.2007).
2. A pause from death. The New York Times 20.12.2007. www.nytimes.com/2007/12/20/opinion/20thu2.html (20.12.2007).

Internasjonal medisin

Akuttmedisin i hjartet av Europa

Serbia har mykje fattigdom, stor arbeidsløyse, mange flyktningar og eit nedbrote sosialt sikringsnett. Då vil ein i dei akuttmedisinske tenestene få mange telefonar som dreier seg meir om sosial armod enn om medisinsk naud.

Ein bonde i byen – slik kan det fortone seg når kommunelege 2 i Austevoll i Noreg blir spurt om å komme til Beograd og Serbia for å halde foredrag om organisering av akuttmedisin i utkantane. Tankar om overlegen nordeuropeisk teknologi og organisering vikk snart for ettertanken det gir å vere i ein av smeltediglane i Europa og leve seg ein smule inn i det daglege strevet til serbarane med å skape ein betre kvardag.

Innanfor den serbiske legeföreninga har det sidan 1992 vore ein eigen spesialitet for akuttmedisin. Foreninga inviterte meg til den femte kongressen deira, som blei halden i eit kongressenter i Tara-fjella på grensa mot Bosnia i oktober 2007. Initiativtakar var Zorica Mitic, ein høgprofilert serbisk lege. Ho har jobba som overlege ved anestesivdelinga ved Radiumhospitalet sidan 2000 (1). Zorica Mitic er sterkt engasjert i prosjekt for kvalitetsutvikling i ulike delar av helsevesenet i Serbia og har teke mange framtak i å skape samarbeid mellom norsk og serbisk helsestell.

Zorica hadde lese ein artikkel eg skreiv i Tidsskriftet i 2004, om eit prosjekt for lekfolk i utkanten av kommunen vår (2). Dei fekk opplæring i hjarte-lunge-redning, inklusive bruk av halvautomatisk defibrillator. Prosjektet vart organisert med den primære ideen å sende førstehjelparar til pasientar

med mistenkt hjarteinfarkt medan dei venta på lege og ambulanse, for å ha defibrillator-kompetansen umiddelbart tilgjengeleg dersom det skulle bli ventrikkelflimmer. Me organiserte prosjektet som ein forskingsstudie. Zorica Mitic tykte at beskriving av prosjektet vårt kunne vere ein inspirasjon for serbiske kollegaer, som eit døme på korleis ein kan ta vitskapsbaserte lokale initiativ.

Direkteflyet Oslo-Beograd har tur-returrute om laurdagane, slik at eg hadde luksusen å ha Zorica som guide, dørøpnar og tolk i ei heil veke. Dels vart eg vist rundt i Beograd, dels køyrde me bil nord, sør og vest i landet. Me besøkte tre sjukehus og ein sjukepleiarhøgskule. Ordføraren i kommunen min var velvillig og gav meg med tre vimplar med kommunevåpenet. Så våre fire offisielle silder prydar no eit eller anna lokale i regionsjukehuset i Kikinda i Vojvodina, militærakademisjukehuset i Beograd og den akuttmedisinske foreninga. I tillegg vart eg teken med inn i heimane til familie, naboar og vener av Zorica, definitivt meir enn det ein kan håpe på som vanleg turist.

Serbisk akuttmedisin

Akuttmedisinen i Serbia er ikkje organisert ut frå anestesi- eller intensivavdelingane på sjukehusa, heller ikkje ut frå allmennpraksis. Den utgjer eit eige nivå som heiter Hitna Pomoc, som tyder øyeblikkeleg hjelp. Hitna Pomoc er fysisk først og fremst bilambulansetenesta. Fleire stader er ho samlokalisert med alarmsentralane (einskapen av våre legevakt- og AMK-sentralar, med landsdekkande telefonnummer 94), som også er det definerte ansvaret til Hitna Pomoc. Ved den sentrale Hitna Pomoc-stasjonen i Beograd er det tilsett 600 menneske! På dagtid jobbar det heile tida 100 personar. Her finst 94-sentralen for 1,3 av dei 1,6 millionane som bur i Beograd. Bilambulansane er desentralisert til 13 ulike stasjonar i byen. Stasjonær legevakt er mange stader samlokalisert med dei andre Hitna Pomoc-funksjonane. Mange sjukehusavdelingar har eigen legevaktfunksjon, slik at det finst alternative «øyeblikkeleg hjelp»-kanalar i helsevesenet.

Brev frå Serbia



Serbia har legeoverskot. Det gjer mellom anna at dei fleste operatørane på alarmsentralane er legar, og av tremannsbetjeninga på ambulansebilane er det alltid ein lege. Kompetansenivået hos ambulanseside-mannen og ambulansesjåføren er ofte ganske lågt.

Norsk hjelp

Noreg har spilt ei viktig rolle i opprustinga av akuttmedisinen i Serbia frå 1996 av, gjennom Norges Røde Kors, som har skaffa 22 nye bilambulansar til serbiske byar og har rusta opp eit tretti-tals gamle ambulansar. Dei har også skaffa moderne sambandsutstyr til fleire av alarmsentralane, og organisasjonen har stått for opplæring av personell på ambulansar og i verkstader. Utanriksdepartementet har vore den finansierende instansen. Norges Røde Kors har framleis sin representant i Serbia som jobbar aktivt med fleire prosjekt, og dei serbiske kollegaene våre er takknemlege over at Noreg har bidrege på viktig vis til oppbygginga av tenesta deira.

Kulturskilnader

Eitt av prosjekta har vore omsetjing av *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* til serbisk og implementering på alarmsentralane. Det har dreidd seg om ei omsetjing meir enn ei tilpassing til serbiske forhold, og dei serbiske legane som bemannar alarmsentralane hadde mange kommentarar til indeksen. Nokre hadde hatt positive røynsler og tykte at bruken hadde vore bra for å få meir struktur på meldingsmottak og prioritering av pasienttelefonane.

Det serbiske samfunnet har ganske mykje fattigdom, 20–30 % arbeidsløyse, den største interne flyktningpopulasjonen i Europa (ein halv million serbiske flyktningar frå dei andre tidlegare jugoslaviske republikkane) og eit nedbrote sosialt sikringsnett. Då vil dei akuttmedisinske tenesene få mange telefonar som dreier seg om sosial armod meir enn medisinsk naud. I desse sakene blir spørsmåla i indeksen av dei fleste operatørane oppfatta som lite meningsfylte.

Legeoverskotet i samfunnet gjer at legefunksjonen blir annleis enn i Noreg når det gjeld både bilambulansane og alarmsentralane. I Serbia har legen rett og slett ein meir overordna posisjon i teamet enn hos oss. Denne skilnaden er ein realitet som kan føre til konflikt når ein kjem utanfrå. Eg fekk inntrykk av at det kan bli både irritasjon og det som verre er dersom dei eksterne hjelparane ikkje tek utgangspunkt i dette «slik-er-det-i-vårt-land» når hjelp med nivåheving skal ytast.

Transformerings av Serbia

Den nære politiske historia i Serbia, med overgangen frå sosialistisk eittpartirepublikk via nasjonal oppsplitting, regional krig, vestleg boikott, militært nederlag



Serbisk-norsk akuttmedisinsk møte. Frå venstre: Melita Kosjerina (lege), Nikolai Itov (sjukepleiar), Slavoljub Zivanovic (lege) og forfatteren. Foto Zorica Mitic

i 1999 til svært rask liberalisering og privatisering av økonomien viser seg igjen i helsevesenet. I åra med Tito og det første tiåret etter det var helsevesenet offentlig fullfinansiert og gratis for innbyggjarane, og kapasiteten var høg. No er samfunnet ope, og parlamentarismen, valsystemet og ytringsfridomen like konsekvent fungerande som i nokon annan stat på Balkan.

Men 37 % av helsevesenet er privatfinansiert, og svært mange har problem med å skaffe seg medisinar og betale for dei. Det er sett oppblomstring av «lommer» med tuberkulose som fylgje av flyktningproblemet og dårleg vaksinasjonsdekking. Fattigdom, arbeidsløyse og ei uvisss framtid tærer på overskotet til mange av dei som ikkje har framtidsutsikter i finansnæringa eller har høgare utdanning.



Den serbiske takksemnda for hjelpa frå Norges Røde Kors er godt synleg. Foto Sverre Rørtveit

Kongress

Men det var på kongress me skulle. Zorica og eg heldt foredraga våre, ho på serbisk og eg på engelsk, den nest siste dagen av opphaldet mitt. Om lag 200 akuttmedisinske legar var på kongressen, som altså var lagt til eit vakkert fjellområde (Tara er ein nasjonalpark). Zorica greidde ut om norsk helsevesen og akuttmedisin, og ho hadde mange synspunkt på samarbeidet mellom serbisk og norsk helsevesen. Ho la med styrke fram hovudbodskapen sin, som er at prosedyrar og faglege standardar er eit viktig område der serbiske helsearbeidarar har mykje å lære av oss i Noreg. Kollegaene lytta interessert, og det blei livleg diskusjon.

Foredraget mitt dreide seg om beskriving og oppsummering av resultata av hjartestartarprosjektet i Austevoll (2). Det var jo ein profesjonell akuttmedisinsk forsamling. Dei virka interesserte og var ikkje avskrekka av at eg poengterte at oppsummeringa av eit slikt prosjekt er komplisert, og at det må gjerast grundig og sannferdig sjølv om det er vanskeleg. Det å starte eit større og lokalt forankra prospektivt forskingsprosjekt

i akuttmedisin var noko nytt for det serbiske miljøet (det er det for så vidt også i norsk kommunehelseteneste), og eg fekk inntrykk av at det er interessant for dei å høyre at det går an å ta slike initiativ.

Det meningsfylte og det vanskelege

På kongressen knytta eg nærare kontakt med ein kollega frå Hitna Pomoc i Beograd som eg hadde snakka med tidlegare i veka. Han var interessert i dei same sakene som eg, verka det som, og me utveksla røynsler om det å registrere hendingar i den konkrete arbeidsstiasjonen ein står i på planmessig og systematisk vis og presentere det som forskning.

Skilnaden mellom ein by på 1,6 millionar innbyggjarar og ein norsk fiskerikommune blei mindre viktig enn det at me er enkeltmenneske, fagpersonar, som yter ein innsats for dei såkalla pasientane, medmenneska våre. Me blei samde om å utveksle stoff etter at me hadde reist heim kvar til vårt, og me diskuterte mogelegheita for langsiktig samarbeid. Er det ikkje det som gjer at verda går framover?

Skuggar kvilte over det gemyttlege møtet vårt. Me visste ikkje noko om korleis Kosovo-konflikta kunne utvikle seg. Me kunne berre trekkje pusten djupt og håpe at den fredelige utviklinga kunne halde fram og at samarbeidsprosjekta i kvardagan kan gå vidare.

Sverre Rørtveit

sverre.rortveit@austevoll.kommune.no
Kommunelegekontoret
5399 Bekkjarkvik

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Tveito M. En uredd røst. Intervju med Zorica Mitic. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1092–3.
2. Rørtveit S, Meland E. Hjartestartargrupper med lekfolk i spreiddbygde område. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 320–1.

Manuskriptet ble mottatt 13.11. 2007 og godkjent 10.12. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.