

Internasjonal helse

I forbindelse med behandlingen av Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2006–08 vedtok Landsstyremøtet i Bergen 2005 at Legeforeningens engasjement i forebyggende og helsefremmende arbeid også skulle omfatte «å øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lavinntektsland».

Enkeltmedlemmer og ulike deler av foreningen har i mange år engasjert seg i spørsmål knyttet til helseutfordringer i fattige land, og landsstyret vedtok i et ønske om at også foreningen skulle engasjere seg på et overordnet nivå. En arbeidsgruppe ble nedsatt av sentralstyret for å utrede hvordan foreningen kunne nå dette målet, og i mars 2007 ble det vedtatt å opprette et rådgivende utvalg. Legeforeningens utvalg for internasjonal helse ble oppnevnt av sentralstyret i juni 2007.

Utvalget har gjennom flere møter blitt introdusert for Legeforeningens organisasjon og arbeidsform. I tillegg har enkelt saker som angår temaområdet blitt drøftet. Utvalget ser flere temaområder som det vil være viktig å engasjere seg i, blant annet kurstilbudet for norske leger, mulighet for utdanningsamarbeid og arbeid i et lavinntektsland som ledd i spesialisering og etterutdanning, fokus på forskningsarbeid mv. I første omgang har utvalget valgt å ta tak i problematikken knyttet til kunnskapsflukt og migrasjon av leger.

En rekke mekanismer gjør seg gjeldende

når ferdig utdannede leger og spesialister velger å forlate sitt hjemland. WHO har gjennom sin «Internasjonal Health Workforce Alliance» og i verdenshelse rapporten for 2006 valgt å gi dette særlig fokus. Oslo i Norge har myndighetene ytret ønske om rekruttering av leger fra utlandet for å dekke norsk behov for helsepersonell. Tilgang til helsepersonell er også sentralt for å kunne nå FN's millenniumsmål om reduksjon i barne- og mødredødelighet. Utvalget ønsker derfor å sette i gang en prosess der Legeforeningen som faglig forening, fagforening og helsepolitisk aktør kan sette fokus på etiske og faglige aspekter.

Det ble i 2006 gjennomført en nettbasert undersøkelse i foreningens underavdelinger vedrørende engasjement i prosjekter og planlagte aktiviteter knyttet til lavinntektsland. Utvalget vil gjerne ha en dialog med de fagmedisinske foreningene om pågående aktiviteter eller visjoner for framtidig arbeid. Andre grupper i foreningen med visjoner og engasjement oppfordres til å ta kontakt med Bjørn Oscar Hoftvedt i Legeforeningens sekretariat.

På sikt kan det også bli aktuelt med en samlet gjennomgang av utdannings- og kurstilbud i Norge og utlandet. Utvalget minner om at det finnes master og doktorgradsprogram ved flere norske universiteter i regi av sentre for internasjonal helse. Kurs i tropemedisin og folkehelse med ulik varighet arrangeres ved flere europeiske studiesteder. Man kan få støtte fra Lånekassen til skolepenger ved godkjente institusjoner.

Hilde Engjom

hilde.engjom@legeforeningen.no
Haukeland Universitetssjukehus

Medlemmer av Legeforeningens utvalg for internasjonal helse er: Hilde Engjom (leder), Berit Austveg, Gunnar Kvåle, Jannicke Mellin-Olsen, Terje Vestheim og Knut Wester.

Utvalgets mandat er å øke kunnskap om helseutfordringer i lavinntektsland blant foreningens medlemmer, å stimulere medlemmene til å engasjere seg i helsefremmende arbeid i lavinntektsland, samt å gi muligheter for faglig utvikling og akseptable lønns- og arbeidsvilkår for norske leger som planlegger å delta i arbeid i lavinntektsland, herunder kurstilbud i Norge og internasjonalt

Nettverk tar opp vold mot barn

– Det er viktig at leger som har kontakt med de minste barna har kunnskap om signaler på mishandling og at de tenker «verste fall» når de ser en skade.

Det mener Jens Grøgaard, klinikkssjef ved Barneklubben, Ullevål universitetssykehus. Han er en av fagpersonene som er med i det nyopprettede nettverket www.reddesmaa.no. Nettverket har laget en underskriftsliste på nettet for å politikerne til å igangsette tiltak mot fysisk mishandling av de yngste barna mellom 0 og 6 år og å øke folks bevissthet rundt dette. Grøgaard mener at leger når de undersøker barn, må ha i bakhodet at skaden kan ha en annen årsak enn den som blir oppgitt.

– Ribbensbrudd eller hodeskade kan for eksempel ikke forklares av at barnet har falt ut av en 40 cm høy seng, sier han.

Han forteller at det ofte er lite man kan se på utsiden når det gjelder spedbarn.

De kan ha ernæringsproblemer og gulpe mye, og legen vil da ofte tenke på infeksjon heller enn at det er symptomer på mishandling. Mange spedbarn er også for det meste i hjemmemiljø, og leger er da blant de få som kommer i kontakt med dem.

– Det er viktig at legen ser på hvordan barnet oppfører seg under konsultasjonen, på de små uttrykkene for om barnet har det bra eller ikke. Alle grupper som har kontakt med barn, må ha kunnskap om signaler på mishandling, sier Grøgaard.

Klinikkssjefen understreker at leger ikke må være redd for å melde fra til barnevern eller politi ved mistanke, og at de ikke trenger å ha bevis.

– En del synes det er ekkelt å blande seg inn i privatlivet til en familie, men dette er nødvendig, og en plikt etter norsk lov, understreker han.

Nettverket krever nå at myndighetene sikrer både nødvendige ressurser, faglig bemanning, lovverk og effektivt samarbeid mellom de tjenester som skal beskytte og hjelpe de minste, redde barna. Det mener også at alle offentlige hjelpere som møter mennesker i krise, må pålegges å finne ut av hvordan barna i familien ivaretas, og å ha direkte kontakt med barna. Rundt 3 500 personer, hvorav mange leger, har så langt undertegnet oppropet på www.reddesmaa.no, og Grøgaard oppfordrer landets leger til å sette seg på listen.

Cecilie Bakken

cecilie.bakken@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk