

# Journalen 2/1998

## Innhold:

### *Sykehusvesenet i Oslo: Omstilling og omorganisering*

- **hvordan kan tillitsvalgt apparatet medvirke på en positiv måte?**

*Av: Anne-Cathrine B. Næss, leder*

Legeforeningen har et godt utbygget tillitsvalgt apparat på alle legearbeidsplasser. En av oppgavene til de tillitsvalgte er medvirkning i de prosesser som iverksettes for å endre forhold på arbeidsplassen og legenes arbeidsdag. Denne medvirkningen er beskrevet i avtaleverket ikke bare som en rett til å være med i planlegging, men også en plikt.

Arbeidsgiverorganisasjonene har for lengst innsett at det er en fordel å ha arbeidstakernes representanter med i dette arbeidet, for arbeidstakerne vet best hvordan arbeidsdagen er, og trolig har de også gode idéer til hvordan man kan administrere og tilrettelegge både arbeidet og arbeidstakerne.

Allikevel blir de tillitsvalgte ofte sett på som sand i "omorganiseringsmaskineriet". De tillitsvalgte beskyldes for at de alltid sier "nei" til omorganisering og omstillinger på arbeidsplassen. Og ser man på en del aktuelle saker i helsevesenet kan det faktisk se ut til at det er sant.

"Legeforeningen sier nei til ny organisasjonsstruktur på avdelingsnivå" stod det i avisen for ikke lenge siden.

Hvorfor ender det ofte opp med slik negativ "medvirkning"? Våre medlemmer har jo ofte mange gode idéer til hvordan ting kunne gjøres annerledes og bedre, de er kreative og "tenker selv" i hverdagen.

Jeg tror det er mange årsaker til dette. Hovedproblemet er at de tillitsvalgte dessverre fremdeles må tvinge seg med i prosessene altfor sent når planarbeidet er kommet så langt at man ikke finner å kunne arbeide innenfor de nye rammene som er utarbeidet. Omorganiseringen man skulle ha medvirket til, er ferdig planlagt, og legene har ikke en reell mulighet til påvirkning. Av og til er det vel også slik at våre tillitsvalgte blir stilt overfor planer man ikke vet om fagforeningen har noe ensartet syn på, og kanskje har medlemmene divergerende syn på hvordan en del ting bør være - man er med andre ord ikke enige innad. Og når man ikke vet hva man skal mene, så kjennes det tryggest å stoppe prosessen inntil man har fått diskutert problemet internt.

Vi har en spennende tid foran oss i Oslo. Det er startet en prosess med fristilling av Oslo kommunale sykehus, med større mulighet til internt selvstyre, med mer langsiktig budsjettering hvor pasientproduksjon skal settes i sentrum. Det er viktig at alle tillitsvalgte medvirker til å få debatten ut på "grasrot" nivå i foreningen. Hvordan vil legene på den enkelte avdeling tenke seg en slik modell organisert for å få effektiv drift med høy produksjon av legetjenester til pasientenes beste? Dette finnes det ikke en enkelt løsning på. Her vil arbeidsmodellen variere fra avdeling til avdeling.

Ullevål sykehus vil innføre organklinikker isteden for den tradisjonelle avdelingsstrukturen. Her ser vi mange muligheter, men også mulige problemer. Et problemområde er at den velkjente medisinskfaglige ledelses- og ansvarsmodell vil måtte gå på tvers av spesialiteter. Alle må ta del i denne debatten, være med og bevare det som er bevaringsverdig og tenke nytt der det er nødvendig med nytenkning. Men da må vi inviteres med inn tidlig i prosessen, eller sørge for at vi blir invitert med i arbeidet. De enkelte medlemmer må tas med i debatten. Vi vil ha en åpen diskusjon på avdelinger mellom medlemmer og tillitsvalgte, og også forhåpentligvis en diskusjon mellom sykehusledere og leger. På denne måten kan vårt tillitsvalgt apparat oppleves som positiv medspiller i planleggingen av vår nye arbeidsdag.

-----

### ***Funksjonsfordelingen i Oslo***

#### ***Bemanningsplan ny Fødeavdeling, Aker sykehus***

#### ***og ny Kvinne-barn klinikk, Ullevål sykehus***

#### ***Av: Bjørn Busund, avdelingstillitsvalgt OF***

Som følge av funksjonsfordelingen mellom Aker og Ullevål sykehus vil all gynekologien i Oslo kommune samles på Ullevål sykehus mens det pr desember 1999 opprettes en ny fødeavdeling for ca 2000 selekterte lavrisikofødsler på Aker sykehus.

Legebemanningen ved denne avdelingen vil være en fast avdelingsoverlege ansatt ved Aker sykehus. Det arbeides videre med å opprette en fast tilknyttet seksjonsoverlegestilling. Den øvrige legebemanningen (inkludert vaktdekning m.m.) forutsettes dekket av gynekologer og barneleger ansatt ved Ullevål sykehus.

Det er Oslo lægeforenings syn at en slik vaktordning må innføres som en frivillig, men langsiktig og forpliktende ordning basert på en avtale mellom de tillitsvalgte og sykehusene. Vaktordningen på fødeavdelingen må omfatte assistentlege i forvakt og overlege i bakvakt. En slik ordning vil bli relativt kostbar, men blir en logisk konsekvens av de politiske vedtak som er fattet. Vi kan ikke akseptere at overleger skal måtte gå primærvakt på en arbeidsintensiv universitetsavdeling. Vi

kan heller ikke se at arbeidsgiver kan tilplikte overlegene primærvakt idet de er ansatt i stillinger med bakvakt.

Både vaktordninger og ny organisering tilsier at det blir opprettet flere legestillinger ved gynekologisk og fødeavdelingen i den nye Kvinne-barn klinikken ved Ullevål. Sammenlignet med landets store kvinneklinikker er Ullevål og Aker i dag blant de med dårligst legebemanning. Oslo lægeforening ser med bekymring på de signaler som er kommet fra politisk hold og sykehusledelsen om at ytterligere legestillinger ikke kan påregnes. Både Legeforeningen og arbeidsgiver må overholde avtalen om legefordeling og stillingsstruktur. Slike stillinger må derfor søkes godkjent i ULS.

-----

### ***Intervju med lege Morten Mowé - prosjektleder for "Pasienten først!"***

*Av: Torunn Janbu, avdelingstillitsvalgt (vara) Ylf*

At leger engasjerer seg i organisering av sykehus er ganske nytt. Å bli prosjektleder er enda mer uvanlig. Morten Mowé er nytilsatt som prosjektleder for "Pasienten først!" på Aker sykehus - og jeg spør:

*"Pasienten først!" - hva er det?*

"Pasienten først!" er et stort prosjekt som skal omfatte hele Aker sykehus. Offisiell åpningsdag var 15.04.98, men det har vært arbeidet med og informert om prosjektet i lengre tid. Utgangspunktet var tanker om at sykehus kunne organiseres bedre. Det ble i startfasen tenkt som et prosjekt angående pasientflyt og hvordan forskjellige funksjoner var organisert. Like viktig var, og er, hvordan pasientene og personalet opplevde sykehuset. Satsningsområdene er etterhvert definert som 3 p-er: **p**asienttilfredshet, **p**ersonaltilfredshet, **p**roduktivitet. Tverrfaglige delprosjektgrupper skal se på enkeltområder, f.eks. organisering av operasjonsstua, IT-funksjoner etc. Prosjektgruppene består av ansatte med god kjennskap til Aker og til det aktuelle tema. Endringstiltak er planlagt implementert i sykehuset etterhvert. Som konsulenter har vi benyttet oss av Boston Consulting Group (BCG) som har erfaring fra sykehusomorganisering i våre naboland. Men jeg vil påpeke at det er Aker som driver prosjektet! Vi kjenner sykehuset og våre behov. BCG har verktøyet slik at vi kan nå dit vi ønsker. Prosjektet støttes økonomisk av Oslo kommune.

*Hva er din bakgrunn?*

Jeg er spesialist i indremedisin, geriatri og snart gastroenterologi og disputerte nylig om ernæring. På Aker har jeg hatt mange forskjellige jobber - pleiemedhjelper, laboratorieassistent, scoopvakt, underordnet lege, lektor og nå overlegevikar på medisinsk klinikk. Jeg har også erfaring fra tillitsvalgtarbeid som avdelingstillitsvalgt for Ylf i flere år. Fra 01.07.98 er jeg fulltidsansatt som prosjektleder.

*Du ble spurt om å ta prosjektlederjobben. Hvorfor sa du ja?*

Jeg sa ja mye fordi jeg opplevde prosjektet som spennende og nytt. Et så omfattende prosjekt har ikke vært gjennomført før. Ett av hovedpunktene som var viktig for meg, var at økt effektivitet ikke skulle gå ut over pasient- og personaltilfredshet. Prosjektet forutsetter også at problemområdene skal defineres av de ansatte og ikke av sykehusledelsen - de som har skoen på vet best hvor den trykker! De ansatte skal analysere dagens situasjon, komme med forslag til endringer og få mulighet til å prøve det ut. I løpet av 1999 skal hele sykehusets drift, på litt varierende måte, være knyttet til prosjektet. Tverrfaglige delprosjektgrupper er allerede igang. For å gi de som er med reell mulighet til å delta, uten at det skal bli en ekstra arbeidsbelastning, er det gitt mulighet for frikjøp. - Mitt motiv for å si ja, bunner også i en generell interesse for å se på sykehus-struktur. De samme systemene har fungert relativt uendret i mange år. Det er på tide å se etter alternativer!

*Hva kan **du** bidra med?*

Min bakgrunn er kanskje mitt viktigste bidrag. Jeg har vært knyttet til Aker i mange år, har bred kontaktflate her og kjenner sykehuset godt. For at prosjektet skal bli vellykket, tror jeg de ansatte må føle at prosjektledelsen hører hjemme på Aker. Det som skjer under prosessen, skal kunne fortsette etterpå også. Legene er en sentral gruppe på alle sykehus og viktige å få med. Som lege og prosjektleder tror jeg at jeg lettere kan fange mine kollegers interesse. Det har jeg allerede opplevd på medisinsk klinikk!

*Mange leger føler de har deltatt i alt for mange prosjekter som egentlig ikke har hatt betydning for deres arbeidsituasjon. Hvorfor engasjere seg i dette?*

Det **vil** komme endringer i sykehusstrukturen. Vi kan velge enten å "sitte på gjerdet" og se hva som skjer, eller være med. Ved å delta i et så omfattende prosjekt som dette, hvor det også gis mulighet til å utprøve endringsforslagene, er vi med på å omorganisere vår egen hverdag. Kanskje det er mulig at f.eks. kirurgen kan være mer på operasjonsstua uten å få en mer slitsom arbeidsdag? - Vi har så vidt begynt å se resultatene av små pilotforsøk bl.a. på karkirurgen. Legene som har deltatt, har opplevd arbeidet som engasjerende og positivt.

Dette er ikke et prosjekt for å spare penger, men om å anvende pengene på en bedre måte. Hvis ikke pasienter og personalet er fornøyde med et endringsforslag, vil det ikke bli gjennomført.

*Dine tanker fremover?*

Jeg er veldig spent på hvordan det vil gå! Med et så stort og omfattende prosjekt, kan det hende at ikke alle endringsforsøkene blir like vellykkede og gjennomførbare. Imidlertid er det mye som kan gjøres, og jeg er sikker på at prosjektet blir vellykket. Jeg vil ikke bli overrasket om andre sykehus også griper idéen. Men aller mest håper jeg at vi på Aker når vår visjon, og at vi kan bli "Pasienters og fagfolks førstevalg"!

-----

*Arbeide mens man er sykmeldt – er det fali' det?*

*En trygdefunksjonærs spørsmål til sykmeldende lege.*

Fra et innlegg på samarbeidsmøtet 18.03.98 mellom praktiserende leger og trygdeetaten i Oslo.

Av: Kirsten Nieuwejaar, trygdesjef ved Hellerud trygdekontor

Hva kunne vi ønske av legenes legeerklæringer og særlig sykmeldingsattest II?

Jeg tar her utgangspunkt i de store diagnosegruppene, dvs. de som er sykmeldt på grunn av muskel-skjellettplager og lettere psykiske lidelser. Denne gruppa utgjør mellom 60 og 70 % av de sykmeldte.

Ofte savner vi et mer aktivt forhold til andre tiltak i sykmeldingsperioden enn passivitet i form av helt fravær fra jobb, noe medisiner og/eller fysioterapi. Både trygdekontor og arbeidsgiver er av og til i tvil om hvorfor det ikke er aktuelt å prøve å kombinere "tradisjonell" medisinsk behandling med noe aktivitet på arbeidsplassen. Flere og flere arbeidsgivere etablerer etter hvert rutiner for oppfølging av sine ansatte ved fravær på grunn av sykdom. Men altfor sjelden er behandlende lege på banen med forslag til tilrettelegging av arbeidet, angivelse av hvilke belastninger som er uheldige, hvilke hensyn man kan ta slik at den sykmeldte kan være i noe aktivitet. Da blir det vanskelig å bistå med tilrettelegging av arbeidet ved sykdom.

Dersom noe av problemet som har ført til sykmelding ligger i kombinasjonen av arbeidets krav og de helsemessige forutsetningene hos den sykmeldte, er det ikke lett å gjøre noe med det når arbeidstakeren er fjernet fra arbeidsplassen som arena ved full sykmelding over lang tid.

Vi tror for eksempel aktiv sykmelding kunne vært brukt i mye større grad for å finne ut hva som skal til av tilrettelegging for at arbeidstakeren skal kunne fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt finne andre egnede oppgaver i bedriften.

Vi er vel alle kjent med arbeidsgiverens fortvilelse over en 50 % sykmelding som ikke sier noe om hva ved arbeidsevnen som er halvt friskt eller hva som er halvt sykt. Eller rekvisisjon av "lettere arbeid" uten at arbeidsgiver får vite hva som er lett nok arbeid for akkurat denne personen. Er det mulig å si noe om behovet den sykmeldte har for avlastning uten å røpe diagnosen?

Det viktigste grunnlaget for trygdekontorets oppfølging av sykmeldte, er Sykmeldingsattest II. Når vi skal vurdere hva som kan være aktuelle tiltak, savner vi ofte den medisinsk faglige vurderingen av hvilke belastninger den sykmeldte må unngå på grunn av sin aktuelle helsesvikt og om det er sannsynlig at arbeidsevnen gjenvinnes etter behandling eller om en tilrettelegging/tilpasning bør være av varig karakter.

Hva har legen tenkt – hva tror legen vil oppnås med den behandlingen som er iverksatt? Kan noe aktivitet være forsvarlig mens vi venter på resultatet? Gjerne et tidsperspektiv – snakker vi om et par ukers sykmelding, noen måneder eller overskuelig framtid?

Folk skal ikke alltid tilbake i arbeid for enhver pris. Tidlig avklaring om at avgang fra arbeidslivet er nødvendig er en fordel for alle parter. Ydmykende runder med mislykkede attføringsforsøk bør vi spare varig syke mennesker for. Men livet på trygd er sjelden tilfredsstillende i lengden for mennesker som har en viss arbeidsevne i behold. Bør vi ikke ta ansvar for i det minste å ha forsøkt de muligheter som er tilstede når pasienten blir sykmeldt og fortsatt hadde et arbeidsforhold – eventuelt en restarbeidsevne i behold?

Det sies at det er vanskelig å spå – og særlig om framtida. Både legen og trygdekontoret har fått den nesten umulige oppgaven å skulle spå om noe så uforutsigbart som et menneskes framtidige helse og arbeidsevne. Men for svært mange tror jeg vi kan si at en varig tilværelse helt utenfor et arbeidsfelleskap vil bety dårligere økonomi, mindre sosialt nettverk og dårligere livsstandard. Derfor ønsker jeg at vi sammen gjør hva vi kan for at den enkelte skal beholde en plass i arbeidslivet der det tas hensyn til eventuelle helsemessige begrensinger.

-----

### **Allmennlegerådene**

*Av: Svein Aarseth, avdelingstillitsvalgt Aplf*

Det er så langt opprettet allmennlegeråd i de fleste bydeler, men Rådhuset har signalisert at man mener at bare de leger som har inngått ny avtale, skal få delta i allmennlegeråd, noe vi selvsagt er uenige i. Det er viktig å merke seg at det er den felles overenskomsten som har bestemmelser om allmennlegerådet.

Avtaleteksten er som følger:

I hver bydel skal det opprettes et allmennlegeråd der **all e avtaleleger** er medlemmer. Bydelsoverlege kan ikke være medlem. Allmennlegerådet konstituerer seg selv og velger leder for to år av gangen.

**Formålet med allmennlegerådet er å gi en organisasjonsform der de privatpraktiserende leger med avtale om driftstilskudd i størst mulig grad kan organisere sin egen virksomhet, sikre samhandling med bydelsadministrasjonen, og i rimelig grad få innflytelse på bydelens planlegging.**

Organisasjonsformen innebærer at koordinering av avtalelegevirksomheten i bydelen kan foretas av allmennlegerådet innenfor rammen som er satt av de individuelle avtalene og under hensyn til opprettholdelse av tilgjengelighet og kvalitet i det samlede legetilbudet til befolkningen.

Allmennlegerådet er **høringsinstans for bydelene i helsetjenesteplanlegging** og har rett til å **få informasjon** fra bydelsadministrasjonen og uttale seg i saker som er vesentlig for avtalelegene i bydelen. Det kan komme med forslag til bydelsadministrasjonen om ferieavvikling, og endring i oppgavefordeling blant legene, gi uttalelse i enkeltsaker etter legens ønske og gi uttalelse i andre saker som gjelder koordinering av allmennlegevirksomheten. I sitt arbeid skal allmennlegerådet opprette nødvendig samarbeid med representant for praksis i bydelen som er drevet av kommunalt ansatte leger.

-----

### *Fastlegeordningen*

*Av: Svein Aarseth, avdelingstillitsvalgt Aplf*

Pr i dag er det ikke noe nytt om dette. Det er arbeidsgrupper i gang i regi av Helsetilsynet som er på forskjellige sider av en eventuell fastlegeordning. Aplf har representanter i alle gruppene. Det gjelder bl.a.:

- listeføring
- legevaktordning

- turnuskandidater i ordningen
- fastlege i samiske distrikter

På Solstrandkurset informerte leder i Aplf om situasjonen. Så langt er fremdriften i rute, og det vil etter hvert komme på bordet et forslag vi kan ta stilling til. Fra Aplf's side er det lagt opp til rådgivende avstemming etterfulgt av landsmøte. Forslaget vil bli behandlet i Legeforeningen på vanlig organisasjonsmessig vis og avgjort på landsstyremøtet. Om det blir fastlegeordning: Fra prøvekommunene anbefales det sterkt å sette et lavt listetak i første omgang, idet det synes vanskelig å redusere en liste.

-----

### *Legevaktordningen*

*Av: Svein Aarseth, avdelingstillitsvalgt Aplf*

Kjører du drosje på legevakt? Dette er ikke like greit i alle bydelsvakt-distrikter.

I følge Folketrygdens fortolkning av gjeldende forskrift skal det nemlig være en ekstraordinær situasjon som berettiger til bruk av drosje for trygdens regning. Særlig i Sinsen/Helsfyr bydel har dette vært et problem, og legene der er blitt nektet refusjon av drosjeregninger. Når egen bil blir tauet bort mens man er inne hos pasient på legevakt, er det jo ekstra surt. Trygdekontorene forventer at man har egen bil, og de forventer at man søker på forhånd dersom man ikke disponerer bil en dag man har vakt. At andre i familien har mer bruk for bilen, er ifølge et trygdekontor ikke grunn god nok.

-----

### ***Søknad om stipend fra Fondet til fremme av allmenntilleggsmedisinen i Oslo***

*Fra Fondsstyret*

Stipend til "Fondet til fremme av allmenntilleggsmedisinen i Oslo" kan ytes til enkeltpersoner og grupper av allmenntilleggspraktiserende leger og andre som arbeider for Fondets formål og er medlem av Oslo lægeforening.

Fondsstyret er åpen for alle typer søknader som faller inn under statuttene, men vil prioritere lokale, kvalitetsutviklende tiltak som bidrar til styrket samarbeid og aktivitet. Statuttene kan du få ved henvendelse til Oslo lægeforenings sekretariat.



Vi har hittil hatt svært få søkere. Her har du en sjanse til å få finansiert et prosjekt!

-----

### *Sykehushospitering i Oslo*

Kurskomitéen i Oslo håper å komme i gang med en ukes sykehushospitering for allmennleger ved Oslo's fire sektorsykehus fra høsten 1998. Flere avdelinger vil tilby hospitering. Aktuelle sykehusavdelinger, tidspunkter og påmeldingsfrister kunngjøres i neste utgave av Journalen.

*Kurskomitéen i Oslo lægeforening*

-----

### *Informasjon og nytt fra Helsetjenesten for leger i Oslo lægeforening*

*Av: Sven E. Haaverstad, medlem i styringsgruppen*

**Støttelegene** i helsetjenesten for leger gir et åpent tilbud til medlemmer i Oslo lægeforening ved akutte personlige kriser. Denne ordningen er også åpen for medisinerstudentene i Oslo. Gruppen består av tre psykiatere og tre spesialister i allmenmedisin (se nedenfor). Kontakt kan tas direkte eller via sekretariatsleder. Tjenesten er ment som en kortvarig hjelp med inntil tre samtaler og foregår uten journalføring. Oslo lægeforening finansierer denne ordningen, og kolleger i en akutt vanskelig situasjon er velkomne til å ta kontakt.

<b>Navn</b>	<b>Arbeidssted</b>	<b>Adresse</b>	<b>Sted</b>	<b>Telefon</b>	<b>Faks</b>
Aschim, Bente	Bogstadveien legegruppe	Bogstadvn 12	0355 Oslo	22 46 15 46	22 46 68 64
Horgen, Mette	Uranienborg Maj. legesenter	Middelthunsgt 15 b	0368 Oslo	22 60 88 75	22 69 98 05
Falkum, Erik	Dnlf's forskningsinstitutt	P.b. 1152 sentrum	0107 Oslo	23 10 90 00	23 10 90 10
Haaverstad, Sven E.		P.b. 4778 Sofienberg	0506 Oslo	22 20 11 50	22 20 12 30

Lyngstad, Kjersti Helsetj.  
v/Universitetet

P.b. 94 Blindern 0314 Oslo 22 85 31 81

Reichborn-  
Kjennerud, T.

Kirkeveien 64 b 0364 Oslo 22 46 51 40

Tilbud om **lege-lege** er nå gitt til alle leger i klinisk arbeid utenfor institusjon i Oslo, til alle assistentleger og stipendiater og til drøyt halvparten av overlegene ved byens kommunale sykehus. Ordningen blir gradvis utbygget, og vi forventer å kunne gi et tilbud til resten av de kommunalt ansatte overlegene på sykehus i løpet av inneværende år.

Fra legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg går det nå ut informasjon om ressurs-senter for leger på Modum Bad som åpner 01.10.98. Sentret vil bli omtalt i Tidsskrift nr 16/98. Hovedtilbudet blir et fagbasert, men ikke-medisinsk tilbud som består av ukeskurs fra mandager til fredager. Senteret blir åpnet for Dnlf ca 17 uker pr år, og med 8 deltagere pr uke. Kursprogrammene vil variere noe, og deltagere er ikke ment å være "pasienter", men kursdeltagere. Målgruppen er leger generelt, men spesielt leger som sliter, eller leger som ønsker å arbeide med seg selv og sin livssituasjon i forhold til slitasjeproblemer, utbrenthet, yrkesproblemer og samlivsproblemer. Modum Bad har eget søknadsskjema for dette tilbudet, og vi tror dette blir et nyttig tiltak for mange. Medlemmene oppfordres derfor til å orientere seg om ressurs-senteret og eventuelt søke om plass.

-----

**Seksjon for allmenntidrett ved Institutt for allmenntidrett og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, trenger flere praksislærere i Oslo-området.**

Praksislærerne skal ta imot studenter som har ett år igjen av studiet til en fire ukers praksisperiode. I disse ukene skal studenten både være i praksis på legekontor, besøke helsestasjon, sosialkontor, trygdekontor, sykehjem og presenteres for hjemmesykepleien.

Praksislærerne vil bli knyttet faglig til Seksjon for allmenntidrett, og det vil bli gitt tilbud om kurs og veiledning.

Praksislærerjobben honoreres etter Universitetets satser, og gir 28 tellende kurstimer for spesialiteten i allmenntidrett.

Henvendelse til professor Per Hjortdahl eller undervisningsleder for 16. termin, Trine Bjørner Dybwad, telefon 22 85 06 57.

