

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 2/2004

Forskning må prioriteres

TORUNN JANBU
LEDER I OSLO LEGEFORENING



Torunn Janbu (f. 1954) er leder av Oslo legeförening. Hun er dr.med., spesialist i generell kirurgi og overlege ved barneortopedisk avdeling, Rikshospitalet. Hun er medlem i Legeforeningens sentralstyre, leder av Legeforeningens likestillingsutvalg og medlem i Legeforeningens Regionsutvalg Øst.

Forskning reiser mange problemstillinger: Tilstrekkelig tid, god økonomi, gode arbeidsforhold, god forskningskultur, politisk vilje til satsing og prioritering av forskning som karriere. Norge stiller dessverre ikke høyt på rangstigen over gode bidragsytere til medisinsk forskning.

Som det fremgår av Christian Halls innlegg annet sted i Journalen har Oslo legeförening først og fremst tatt tak i forskning innen foretakene. Andre temaer er for eksempel forskning innen allmennmedisin, bruk av fordypningsstillinger på foretakene og tilstrekkelige økonomiske midler til å opprettholde internasjonal kontakt.

Allmennmedisin

På Legeföreningens lederseminar i april holdt John-Arne Røttingen, direktør ved det nyopprettede Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, en innledning om sykehusreformen og forskningen. Opprettelsen av Kunnskapssenteret er spennende, og det er tegn som tyder på at forskning på foretakene kan få bedre kår fremover, men hva skjer i allmennmedisinen? Røttingen etterlyste først og fremst institusjoner/organisasjoner å kunne henvende seg til når det gjelder allmennmedisinsk forskning. Hvor skal Nasjonalt kunnskapssenter ta kontakt og gi støtte? Allmennmedisinen mangler penger til forskning. Det er ingen avsatte midler slik det nå er til foretakene – men penger er ikke nok. Som Røttingen presiserte, trengs det en oppbygging av en allmennmedisinsk forskningsstruktur. Her er det utfordringer som de allmennmedisinske miljøer allerede har tatt godt tak i og som må realiseres.

Fordypningsstillinger

For å fremme engasjement og mulighet for leger under utdanning til å ta tak i forskning, ble det på sykehusene for flere år siden opprettet fordypningsstillinger. Halvparten av tiden i stillingen skal avsettes til forskning, resten til klinisk arbeid. Stillingen gir dermed 50 % tellende tjeneste til spesialiteten. Vi vet at fordypningsstillingene i svært varierende grad er brukt slik de var tiltenkt. Legens arbeidskraft trengs til avdelingens daglige drift, og flere steder brukes liten eller ingen tid til forskning. Det er også eksempler på at spesialister går i fordypningsstillinger, eventuelt som en ventestilling til en overlegestilling. Det er selvsagt flott at spesialister også får forskerstillinger, men da må det opprettes egne kombinertstillinger for spesialister, og ikke brukes til stillinger som er tiltenkt utdanning- og forskerrekuttering.

Forts. side 2

17. mai i Legenes hus



Oslo legeförening har gleden av også i år å invitere alle medlemmer og ansatte i Legeföreningen med familie til 17. mai-arrangement i Legenes hus, Christiania Torv, fra kl 12.00 til kl 14.00. Ta for ordens skyld med ID-kort.

Program:

- 12.10 Medicinsk Paradeorchæster underholder
- 13.00 Tryllekunstneren Arne underholder
- Loddtrekning

Vi har satt en inngangsbillett på kr 50 for voksne og kr 20 for barn under 14 år. For dette får man lett servering og deltar i utlodningen.

Vi håper på et like vellykket arrangement som i fjor og ønsker alle hjertelig velkommen!

Styret i Oslo legeförening

Forts. fra side 1

Gilhus og Grong publiserte i Tidsskrift nr 23 i fjor en oversikt over hvordan fordypningsstillinger blir brukt på Haukeland Universitetssykehus i Bergen (ref). I 26 av 33 fordypningsstillinger blir omtrent 50 % av tiden brukt til forskning. Det er et bedre resultat enn tilsvarende undersøkelse fra 1999, men det er stor variasjon mellom avdelingene med hensyn til opprettelse av stillinger – for eksempel hadde indremedisinsk avdeling med 25 underordnede leger ingen fordypningsstilling.

Det er en utfordring for Legeforeningen å skaffe seg oversikt over hvordan fordypningsstillingene benyttes og å støtte lokalt engasjement for få dette til å fungere etter intensjonen. Ansettelse av kreative og forskningsinteresserte leger som gis skikkelige arbeidsvilkår, kan bety en god rekruttering til forskermiljøene – og det trenger vi.

Støtte til internasjonale kontakter

Helse Øst RHF har gitt seg selv en utfordring ved å vedta etiske retningslinjer for innkjøp. Det medfører blant annet at økonomisk støtte fra firmaer som for eksempel til legereiser til utenlandske

kongresser, ikke lenger vil være mulig. I retningslinjene heter det at «Reiseutgifter i faglig sammenheng skal dekkes av det enkelte helseforetak eller av Helse Øst RHF. Unntak fra dette prinsipp skal skje etter særskilt godkjenning av direktøren.» Dette er et vedtak som er med på å skape ryddige forhold slik at det ikke skal kunne reises tvil om den enkeltes habilitet, hvilket støttes. For å opprettholde en høy faglig standard og videreutvikling av faget, stoler vi på at Helse Øst RHF og foretakene vil stille opp med nødvendige midler. Norge er et lite land med et opplagt behov for kontakt med internasjonale miljøer. Fremtidsrettet forskning krever gode kontakter også utenom Norge. For øvrig heter det i den nye Hovedavtalen som er inngått mellom Akademikerne og NAVO at «Kostnadene til etter- og videreutdanning i samsvar med virksomhetens behov er arbeidsgivers ansvar.»

Forskning krever engasjement og nysgjerrighet – og tid og penger.

Sykmeldinger – hvem legger premissene?

KRISTIAN VETLESEN
AVDELINGSTILLITSVALGT NAMF

Kristian Vetlesen (f. 1952) er styremedlem i Oslo legeforening og representerer Norsk arbeidsmedisinsk forening. Han er cand.med. fra Københavns Universitet i 1979 og Master of public health (MPH) fra Harvard University i 1987. Han ble godkjent spesialist i arbeidsmedisin i 1995, veileder i arbeidsmedisin i 1996, og tok mastergrad i administrasjon ved BI i 1998. Han har over 20 års erfaring i arbeidsmedisin og er ansatt som bedriftsoverlege i Orkla Brands.

Legene kritiseres ofte for det høye sykefraværet i befolkningen, men hovedarenaen for arbeidet med sykefravær er arbeidsplassen der de viktigste aktørene er arbeidsgiverne og de sykmeldte – ikke legene eller trygdeetaten. Styret i Oslo legeforening diskuterte sykefravær og sykmeldingspraksis på ekstraordinært styremøte 5. og 6. mars.

Folkehelsen i Norge er blant de beste i verden, men sykefraværet er økende og høyest i Norden. Ingen enkeltstående faktor forklarer veksten i sykefraværet, men det er pekt på en rekke forhold som høy yrkesdeltakelse blant eldre og kvinner, lav arbeidsledighet, økende jobbkrav der flere opplever arbeidssituasjonen stressende og masete.

Høyt sykefravær har en rekke negative konsekvenser. Den sykmeldte preges etter få uker av fysisk og psykisk passivering og sosial isolasjon. 50 % av de som er sykmeldte over ti uker og som

ikke har kontakt med arbeidsgiver i denne perioden, faller helt ut av arbeidslivet. En rekke virksomheter får produktivetsproblemer når store deler av arbeidstyrken er fraværende på grunn av sykdom. Korttidsfraværet kan være vrient å håndtere på arbeidsplassen, men samfunnsøkonomisk er det langtidsfraværet som betyr mest. Økte utgifter til sykefravær betyr at politikerne har mindre penger til andre formål. I 2000 gikk 40 milliarder kroner til sykelønn, og arbeidsgiverne betalte halvparten.

I 2001 ble avtalen om et inkluderende arbeidsliv, IA-avtalen, undertegnet – en avtale mellom myndighetene og arbeidslivets parter der intensjonen er å redusere sykefraværet, øke avgangsalder fra arbeidslivet og få flere yrkeshemmede i jobb. Et sentralt element i avtalen er å legge forholdene til rette for tidlig dialog mellom den sykmeldte og arbeidsgiver om hva den sykmeldte kan utføre til tross for sin sykdom. Diagnosen har arbeidsgiver ikke noe med, men funksjonsevnen er viktig å diskutere for å tilpasse forholdene best mulig. Det er et krav at den sykmeldte medvirker til å vurdere egen arbeidsevne og aktivt bidrar med opplysninger om funksjonsevne. Arbeidsgivere og arbeidstakere har i fellesskap fått større ansvar for å finne frem til aktive løsninger på arbeidsplassen fremfor passivt fravær. Fortsatt er det mange arbeidsgivere som synes det er besværlig å legge forholdene til rette og ber den sykmeldte om å komme tilbake når de er helt friske. Psykososiale problemer på jobben, mistrivsel, uoverensstemmelser med leder eller kolleger gjør det vanskelig å ansvarliggjøre og tilbakeføre pasienten.

Legene skal i større grad enn før støtte opp om dialogen på arbeidsplassen, være medisinsk premissleverandør og skrive funksjonsvurderinger. Dagens sykmeldingsskjema er et middel for å gi tilbakemelding, men skjemaet trenger forbedringer. Her bør Legeforeningen bidra. Til den pågående helsepolitiske debatt vil Oslo legeforening be Legeforeningen om å utarbeide et hefte omkring sykmeldinger. Sykmeldingspraksis foreslås som tema på kurs om psykiske lidelser og muskelskjelettsykdommer.

LA IKKE ALLERGIEN TA OVERHÅND!



Økt effekt når du trenger det som mest.^(1,2,3)

Kestine® er det eneste ikke-sederende antihistaminet som er godkjent for dobbel dosering ved ekstra kraftige allergisymptomer og gir økt effekt uten å gi økte bivirkninger.^(1,2,3,4)

1 tablett (10 mg) daglig ved milde/moderate symptomer.
2 tabletter (20 mg) daglig ved mer uttalte symptomer.⁽⁵⁾



TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneh.: Ebastin, 10 mg, lactos., const. q.s. Filmraskert.

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv histamin H1-reseptorantagonist uten antikolinerg effekt. Potenserer ikke effekten av alkohol og diazepam. Virkningsmekanisme: Virkningen inntreffer 1 time etter tablettinntak og varer mer enn 24 timer. Absorpsjon: Ebastin absorberes raskt og omdannes nesten fullstendig gjennom «first pass»-metabolisme til den aktive metabolitten carebastin. Maks. plasmakonsentrasjon av aktiv metabolitt (80-100 ng/ml) nås 3-4 timer etter peroralt inntak av 10 mg ebastin. Ved gjentatt inntak av 10 mg daglig oppnås «steady state» av carebastin (130-160 ng/ml) innen 3-5 dager. Proteinbinding: Både ebastin og carebastin er sterkt proteinbundet, > 95 %. Fordeling: Hverken ebastin eller dets metabolitter passerer blod-hjernebarrieren. Halveringstid: For den aktive metabolitten er halveringstiden 15-19 timer. Hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon er halveringstiden for den aktive metabolitten 23-27 timer. Utskillelse: Mer enn 66 % av stoffet utskilles i urinen, hovedsakelig som konjugerte metabolitter. Det er ikke sett endret farmakokinetikk hos eldre.

Indikasjoner: Allergisk rhinitt og konjunktivitt. Histaminutløst hudbesvær. **Kontraindikasjoner:** Kjent hypersensitivitet for ebastin eller øvrige innholdsstoffer. **Bivirkninger:** Hyppige (> 1/100): Hodepine, munntørhet og døsighet. Sjeldne (< 1/1000): Faryngitt, mavesmerter, dyspepsi, asteni, neseblødning, rhinitt, sinusitt, kvalme og insomni er rapportert. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises ved bruk hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon.

Siden det er en farmakokinetisk interaksjon med antimykotika av imidazolypen, som ketokonazol, eller makrolidantibiotika, som

erytromycin, bør forsiktighet utvises når ebastin forskrives sammen med legemidler som inneholder disse virkestoffene. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyreforsøk har ikke vist fosterskadelige effekter. Ebastin går ikke over i placenta hos rotte. Erfaring hos gravide mangler, og preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Er ikke undersøkt og preparatet bør derfor ikke brukes under amning. **Interaksjoner:** Farmakokinetiske interaksjoner er sett når ebastin blir gitt sammen med enten ketokonazol eller erytromycin. Disse interaksjonene resulterte i økte plasmakonsentrasjoner av ebastin og i mindre grad av carebastin, uten at dette var forbundet med noen klinisk signifikante farmakodynamiske konsekvenser. **Dosering:** Voksne og barn over 12 år: Allergisk rhinitt og konjunktivitt: 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig om morgenen sammen med frokost. Ved mer uttalte symptomer kan dosen ved behov økes til 2 tabletter (20 mg) 1 gang daglig. Histaminutløst hudbesvær: 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig. Erfaring med langtidsbehandling er begrenset. Effekt og sikkerhet hos barn under 12 år er ikke undersøkt. **Overdosering/Forgiftning:** I studier utført med høye doser (opptil 100 mg daglig), er det ikke observert symptomer på overdosering. Det finnes intet spesifikt antidot for ebastin. Symptomatisk behandling bør igangsettes. **Pakninger og priser** (pr 01.02.2004): Enpac: 10 stk. kr 60,80, 30 stk. kr 129,10, 100 stk. kr 353,10.

1) Ratner et al, J Allergy Clin Immunol, 2000 June ;105(6) :1101-7 2) Davies et al, Clin Drug Invest 1998 Dec; 16(6):413-20 3) Gehanno et al, Ann Allergy Asthma Immunol 1996;76:507-12 4) Bousquet et al, Allergy 1999, 54, 562-68 5) Fellekatalogtekst

NYCOMED

Nycomed Pharma AS, Hagaløkkveien 13, Postboks 205, 1372 Asker, Tel: 66 76 30 30, Fax: 66 76 36 36, www.nycomed.no
Kestine® selges av Nycomed på lisens fra: Almirall Prodesfarma

Aktuelle saker

TORUNN JANBU, LEDER

Oslo legeförening har på styremøtene hittil i 2004 hatt en rekke saker til jevnlig behandling. Nedenfor finner du et kort referat fra noen av disse. Ønsker du å vite mer, ta kontakt med Oslo legeförening. Vi mottar gjerne innspill til saker som vi ber deg sende per e-post til oslo.legeförening@legeföreningen.no

Helsereformens betydning for forskning og utdanning – forbedring eller forverring?

Dette ble diskutert på ekstraordinært styremøte i mars og vies ytterligere oppmerksomhet i tiden fremover. Styret mener Legeföreningen må være mer synlig og aktiv i forhold til forskning og undervisning. Oslo legeförening finner frem til konkrete forslag til Legeföreningens videre arbeid for å fremme vilkår for forskning og undervisning. Les mer annet sted i Journalen.

Sykmeldinger – hvem legger premissene?

Dette er et annet tema det arbeides med og som ble diskutert på ekstraordinært styremøte i mars. I den pågående og viktige del av den helsepolitiske debatt ønsker styret å fremme forslag til Legeföreningen om å utarbeide et helsepolitisk dokument med dette som tema. Les mer annet sted i Journalen.

Landsstyresaker

Det er avgitt ti høringsuttalelser til Legeföreningen. Blant disse er styrets diskusjoner om

Legeföreningens organisasjon og om samhandling mellom leger og industri. Høringsuttalelsene finner du på www.legeföreningen.no/oslo

Bekymring for spesialistutdanningen og ledigholde stillingshjemler

Oslo legeförening skrev brev 7. februar 2003 til Helse Øst RHF med bekymring for spesialistutdanningen og kutt i utdanningsstillinger ved Ullevål universitetssykehus. Helse Øst RHF sendte problemstillingen til Helsedepartementet som har svart at Helse Øst er pålagt å opprettholde utdanningskapasiteten i tråd med styringsdokumentet for foretakene. Dette betyr at utdanningsstillinger ikke kan ledigholde for eksempel av økonomiske grunner. Stillingene vil kunne bli flyttet til andre foretak, og det vil da være særdeles viktig å påse at utdanningsvilkårene forblir uendret. Saksdokumentene finner du på www.legeföreningen.no/oslo Se spesielt Oslo legeföreningens brev til Helse Øst RHF av 29. mars 2004.

Regionsutvalg Sør og Øst

Oslo legeförening deltar i arbeidet i Regionsutvalg Øst gjennom Torunn Janbu som er Oslos medlem i utvalget. Da Oslo også har foretak i Helse Sør, er Ulla Randen, foretakstillitsvalgt Ylf ved Rikshospitalet, Oslos medlem i Regionsutvalg Sør og orienterer Oslo legeförening om utvalgets arbeid. Utvalgene arbeider med funksjonsfordeling, bedring av kommunikasjonslinjer og ansatte-representantenes arbeidsområder og rolle i regionen.

JOURNALEN

Journalen er medlemsavis for Oslo legeförening og utkommer fire ganger i året.

Redaktør: **Henning Mørland**. Redaksjonssekretær: **Mette Ryan**. Postadresse: Oslo legeförening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo.

Besøksadresse: Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv), 0107 Oslo. Tlf: 23 10 92 40. Faks: 23 10 92 44. Grafisk produksjon: Kampen Grafisk as

Styret	Navn/yrkesforening	Telefon	Arbeidssted	E-post
Leder	Torunn Janbu	23 07 00 00	Rikshospitalet	tojanbu@online.no
Nestleder	Svein Aarseth, Aplf	22 02 62 10	Frysja legekontor	svei-aar@online.no
Styremedlemmer	Edmund Søvik	22 11 93 79	Ullevål universitetssykehus	esoevik@online.no
	Hanne Undlien	22 70 39 50	Vinderen legesenter	hanund@hotmail.com
	Christian Hall, LVS	67 92 88 00	Akershus universitetssykehus	chall@klinmed.uio.no
	Kristian Vetlesen, Namf	22 89 51 95	Orkla Brands	kristian.vetlesen@orklabrands.no
	Arne Refsum, Of	22 45 15 00	Diakonhjemmets sykehus	arne.refsum@diakonsyk.no
	Tore W. Steen, OLL	23 48 31 15	Helse- og velferdsetaten	tore.steen@hev.oslo.kommune.no
	Marit Garberg Andvig, PSL	22 99 27 00	Spesialistsenteret Pilestredet Park	marit.garberg.andvig@broadpark.no
	Annette Resch, Ylf	22 11 87 65	Ullevål universitetssykehus	annette.resch@ullevaal.no
Observatør	Pia Wikborg		Universitetet i Oslo	pia.wikborg@studmed.uio.no
Sekretariat	Mette Ryan	23 10 92 40	Oslo legeförening	mette.ryan@legeföreningen.no
	Anita Ingebrigtsen	23 10 92 42	Oslo legeförening	anita.ingebrigtsen@legeföreningen.no
Kurskomité	Tore Tobiassen, leder	22 38 64 00	Torshov helsesenter	toreto@online.no
Helsetjenester for leger	Paal-Inge Hestvold, leder	22 51 06 60	Bjørnsletta legesenter	phest@alfanett.no
Redaktør	Henning Mørland	23 47 40 00	Bydel Sagene	henning.morland@bsa.oslo.kommune.no

Hjemmesider på Internett: www.legeföreningen.no/oslo

Regionstillitsvalgt i Øst, Kåre Løvstakken, og tilsvarende konserntillitsvalgt i Sør, Terje Keyn, er heltidsfrikjøpte tillitsvalgte for Akademikerne og også sentrale samarbeidspartnere for regionsutvalgene.

Samhandling mellom første- og annen linjetjenesten og mellom foretakstillitsvalgte vies stor oppmerksomhet i Regionsutvalg Øst. I januar samlet utvalget de foretakstillitsvalgte for å lage et nettverk i regionen. Dette vil det være stort behov for bl.a. i fremtidige forhandlinger.

I februar samlet Legeforeningen helseforetaksstyrenes ansattrepresentanter, foretakstillitsvalgte og Regionsutvalg Øst til møte der rettigheter og plikter ble gjennomgått. En juridisk betenkning om bierverv og mulige fremtidige pensjonsordninger ble også gjennomgått.

Regionsutvalg Øst har sendt brev til Nasjonalt Råd (NR) vedrørende ledigholdte utdanningsstillinger for leger i Helse Øst. Det viser seg at de ledigholdte stillingene for eksempel ved Ullevål universitetssykehus, ikke står oppført som ledige på NRs nettsider. Regionsutvalg Øst følger saken.

Regionsutvalg Øst er også engasjert i to nystartede prosjekter i Helse Øst: Regionalt strategiarbeid innen psykisk helsevern samt Avtalehjemler for privatpraktiserende spesialister. Det er meget mulig at sistnevnte prosjekt også kan gi føringer for privatpraktiserende spesialisters relasjon til foretakene også ellers i landet.

Sykehusreformen og helseforetakene – avtaleforhandlinger

Hovedavtalen med NAVO ble nylig undertegnet. Videre avtaleforhandlinger fortsetter til høsten da partene er enige om at de trenger mer tid. Legeforeningens A2-del og de lokale B-delene vil derfor ikke kunne starte før høsten 2004. I flg. protokoll til den nylig inngåtte hovedavtalen skal tillitsvalgte påse at det inngås lokale avtaler om tillitsvalgtordningen. Tillitsvalgte må være oppmerksomme på at inntil partene lokalt er blitt enige om og har undertegnet nye avtaler, gjelder sist undertegnede avtale.

Fastlegeordningen og legevakt – bydelsreformen – med tilhørende avtaler

Oslo legeforening har diskutert og kommet med innspill til krav som må tas med til sommeren når fastlegeavtalen skal reforhandles. Dette gjelder bl.a. legevakt. I forbindelse med bydelsreformen ble det klart at det var uenigheter mht fremgangsmåten ved endringer av legenes allmenntilleggs offentlige legeoppgaver. Legeforeningen var ikke enig i enkelte av bydelenes fremgangsmåte. Dette søkes også avklart ved avtaleforhandlingene nå.

Sentralstyret har vedtatt at Oslo legeforening skal ha en fast representant i det nyoppnevnte forhandlingsutvalget for fastlønnede leger i kommunene. Oslo legeforening har oppnevnt Torunn Janbu.

Ca 100 leger er fortsatt ansatt i Oslo kommune, de fleste på legevakten, Olafiaklinikken og i bydelene. I henhold til en protokolltilførsel til den nye særavtalen mellom Legeforeningen og Oslo kommune som ble undertegnet i fjor, skulle partene nedsette et utvalg for å utrede stillingsstruktur, kompetansekrav, lønsspørsmål m.v. Deretter skulle det avholdes forhandlinger på grunnlag av utvalgets rapport. Rapporten fra det partssammensatte utvalget ble ferdig i mars. I rapporten presiseres at både Oslo kommune og Legeforeningen krever kvalitet i legearbeidet i Oslo kommune, gjerne på spesialistnivå i spesielle områder som Olafiaklinikken. I forhandlingene som fulgte, kom man imidlertid ikke til enighet, og saken bringes til behandling i nemnd. Legeforeningen er meget skuffet over at det fra Oslo kommunes side ikke var større vilje til å finne løsninger eller vilje til å søke å rette opp de store skjevhetene som har utviklet seg lønsmessig for legene i Oslo. Det har heller ikke vært gitt noe til legene ved justeringsoppgjørene de siste årene. Uenigheten gjaldt både virketidspunkt for reguleringene, lønsplassering for de ulike legegruppene og videreføringen av rekrutterings-tillegget. Se også Legeforeningens nettsider.

Forhandlingene med Oslo kommune om tilvisning av stilling som bydelsoverlege var tidkrevende. Bydelsoverlegestillingene kom til slutt på plass i tilstrekkelig antall – sent, men godt.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

I midten av januar ble det i samarbeid med Applf holdt kurs på Soria Moria om samhandling mellom allmennleger og sykehus, praksiskonsulentordningen i dag og i fremtiden. Se også tidligere referat i Journalen. Aker universitetssykehus er i ferd med å iverksette PKO, og kurset var derfor særlig viktig for å informere og skape engasjement. Kurset ble svært vellykket, og entusiasmen både blant ledelse og leger på Aker og blant allmennlegene synes stor. Legeforeningen forhandler nå lønns- og arbeidsavtale for praksiskonsulentene og praksiskoordinator, også med tanke på å få i stand en avtale som kan benyttes av andre som ønsker å iverksette PKO. Aker universitetssykehus har avsatt midler til PKO for 2004 og har hatt informasjonsmøte for sykehuslegene og med allmennleger som tilhører sykehussektoren. Praksiskonsulentarbeid gir tellende tjeneste til allmenntilleggs utdanning.

17. mai i Legenes hus

Styret har vedtatt å videreføre fjorårets vellykkede arrangement – se invitasjon annet sted i Journalen.

Ny organisering av helsetilbudet i Oslo-området

HENNING MØRLAND, REDAKTØR



Henning Mørland er redaktør av Journalen og vararepresentant for OLL i Oslo legeforenings styre. Han er bydelsoverlege i Bydel 3 Sagene kombinert med stilling som fastlege ved Iladalen legekantor. Han har tidligere arbeidet innen klinisk farmakologi og rettsstoksikologi og har foreningserfaring fra dette.

Bydelsreformen i Oslo er tidligere omtalt i Journalen. Fra 1. april gjennomførte Helse Øst RHF endringer i sykehusenes opptaksområder i Oslo-regionen. Samtidig endres funksjonsfordelingen mellom sykehusene.

Helse Øst RHF innførte nye opptaksområder for sykehusene i Oslo-området fra 1. april. Endringene tar hensyn til den nye bydelsinndelingen i Oslo og viderefører i hovedsak tidligere grenser. Et viktig unntak er bydelene Grorud og Stovner nord i Oslo som nå tilhører Akershus universitetssykehus og ikke lenger et «tradisjonelt» Oslo-sykehus. Når det gjelder de somatiske avdelingene, vises til oversikt fra Helse Øst RHF. Også innen psykiatrien har det skjedd visse endringer med hensyn til så vel organisering av voksenpsykiatrien (DPS) og barne-

Faksimile fra Aftenposten 22. april 2004

Aftenposten TORSDAG 22. APRIL 2004 nyheter **3**

Helse- og sosialombudet i Oslo slår alarm

- For lite legehjelp på sykehjemmene

Antall legetimeverk i pleie- og omsorgsinstitusjonene

	2002	2003
Oslo	5,5	6,2
Aker	6,6	7,0
Rosne	7,3	9,4
Sti	3,2	5,9
Menndal	6,9	6,1
Uppgjitt	10,5	10,5
Lørenskog	8,9	9,1
Aurdal/Høland	4,3	4,3
Nittedal	7,2	7,1
Oslo-OP		

Legedekningen på sykehjemmene i Oslo er på kanten av det forsvarlige, mener helse- og sosialombudet.

OSLO (Aftenposten) 21. april (Hes)

- Pasienter på sykehjem blir sendt ut på sykehus fordi den medisinske oppfølging på sykehjemmene ikke har vært god nok. Vi får ikke enough informasjon, men hvis vi ser, er det te vedlig overlegen. Jeg ønsker at legedekningen på sykehjemmene er på kanten av det forsvarlige, sier helse- og sosialombud Petter Holm.

Han får støtte av nestleder i Oslo legeforening, Svein Aarseth.

- Akseptablestillerende leger mener at det brukes for små ressurser til legetjenester på sykehjem. Legene sier til oss at de ikke har tid til å gjøre en god nok jobb med pasientene, forteller han.

Så rapport fra HelseØst viser at fastlegedekningen har gått de fleste av oss bedre legedekning. Utviklingen er blant annet bekymrende på sykehjem. I dag har de fleste sykehjem leger ansatt på full tid. De fleste har tilsattleger som kommer én eller flere dager i uken.

- Legene skal ha honorar for dette, men mange sykehjem synes det blir for dyrt. Dermed blir legehjelp en uheldig post, sier Aarseth.

Stadig flere leger på byens sykehjem vil gjøre de nye leger, etter som nå er et. Når skal de legene så leger som er nå. Men legedekningen på sykehjemmene har ikke økt tilsvarende. Siden utgangen av 2002 var det 104 pasienter pr lege i pleie- og omsorgsinstitusjoner i Oslo.

Svein Aarseth mener at det er for mange pasienter.

- Det er et ganske høyt tall, fordi mange trenger mye medisinsk oppfølging. Virkningen til koronert er å sørge for at sykehjemmene har nok ansatt til et tilstrekkelig og godt legetilbud, sier han.

Helse- og sosialombud Petter Holm mener at flere bør klage på sykehjemmene. Han tror at påfølgende trykter regjeringen fra sykehjemmet dersom de klager.

- Det er akseptabelt. Sykehjem er en vanlig tjeneste der man er ansvarlig for godstil. Det er ansvarlig for trykter regjeringen fra sykehjemmet dersom de klager.

- Det er akseptabelt. Sykehjem er en vanlig tjeneste der man er ansvarlig for godstil. Det er ansvarlig for trykter regjeringen fra sykehjemmet dersom de klager.

- Jeg er glad jeg har god helsetilbud. Jeg har noen å takke.

sh@helse.osloregion.no

Welig. Overlege Petter Mjøse tar seg tid til å ta en pause med Ragnar Skallerud i korridor.

- Fast lege gull verdt!

Ragnar Skallerud (85) er sjefled for å ha overlege Petter Mjøse på sykehjemmet.

Skallerud har på Mjøse et netts og behandlingsmetoder, og møter jevnlig sykehjemets overlege Petter Mjøse i korridor. Det er en mann han mener på.

- Jeg er glad jeg har god helsetilbud. Jeg har noen å takke for det. Doktor Mjøse, som stikker innom og og til.

Petter Mjøse har vært sykehjemlege i flere år. Han har det medisinske ansvar for sykehjemmet i tillegg, men har en stilling på full tid.

- Det er ikke trill om at faste sykehjemleger er fordelaktig, sier Mjøse. - Det er skjedd en dramatisk endring på sykehjemmene. De gamle er blitt yngre, og nå utføres det mer på sykehus. Akseptabelt er sykehjemmene blir mer

gjennet, slik at pasientene kommer raskere tilbake til oss. Det krever gjerne litt og daglig tilsyn.

Mjøse mener at faste sykehjemleger er en stor fordel for de - tilsvarende, som kommer innom noen dager i uken.

- Vi som jobber fast på sykehjem, kjemper pasientene godt og kan drive et medisinsk arbeid med korridor, tilsyn og tilsyn.

sh@helse.osloregion.no

og ungdomspsykiatrien (BUP). Det er utarbeidet en ny Veiviser for Oslo-området som er sendt til bydelene, fastlegene og andre aktuelle mottakere.

Endringene i sykehusstilthørighet har fått en del medieomtale. Spesielt gjelder dette innbyggerne i de nordlige bydelene i Oslo. Imidlertid vil ikke avstanden til sykehuset bli så stor at dette skulle medføre noen helsemessig bekymring, ikke minst når det sammenlignes med avstander for øvrig i landet. En større utfordring er det å etablere nye og hensiktsmessige samarbeidsformer mellom første- og annenlinjetjenesten. Sykehusene skal forholde seg til nye kommuner og bydeler og må få kjennskap til hvordan disse er organisert og hvilke tilbud som eksisterer. Førstelinjetjenesten skal forholde seg til et nytt sykehus og nye avdelinger. Det vil nødvendigvis ta noe tid før dette går seg til. Praksiskonsulentene som vi tidligere har omtalt i Journalen, kan bli et nyttig redskap i samhandlingen mellom nivåene i behandlingsskjeden.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder fortsatt og er ikke endret ved innføring av nye opptaksområder. Fritt sykehusvalg gjelder primært for planlagte undersøkelser og behandling. Ved behov for øyeblikkelig hjelp vil opptaksgrensene være førende slik det tidligere også har vært, og omleggingene medfører ingen endring av praksis. Kroniske

pasienter som har vært fulgt over tid, vil fortsatt få tilbud om oppfølging ved samme sykehusavdeling, og eventuell overføring til nytt sykehus skal etter planen være forberedt og skje i samarbeid med pasienten.

Samtidig skjer det en løpende vurdering av funksjonsfordelingen innen Helse Øst og mellom helseforetakene i Helse Øst og Helse Sør. Dette gjelder blant annet endringer i tilbudet til fødende og nedleggelse av fødeavdelingen ved Aker universitetssykehus, flytting av ØNH-avdelingen ved Ullevål universitetssykehus og sammenslåing med ØNH-avdelingen ved Rikshospitalet. Det er gjennomført og planlagt endringer for andre fagområder. Endringene i funksjonsfordeling medfører at noen pasienter må bytte sykehus selv om opptaksgrensene ikke er berørt.

I Oslo er de nye bydelene i ferd med å finne sin form. For fastlegene har omleggingen i hovedsak berørt det offentlige legearbeidet, som sykehjem og helsestasjon. Virksomheten i allmennpraksis er ikke bundet opp mot verken pasientenes bydelstilthørighet eller sykehusenes opptaksområder. Like fullt er det stadig utfordringer å gripe fatt i, slik det er illustrert i faksimile fra Aftenposten annet sted i Journalen.

Sykehusenes opptaksområder fra 1. april 2004

Aker universitetssykehus HF	Bydeler: Alna og Bjerke. Kommuner: Ski, As, Oppegård, Vestby, Frogn og Nesodden.
Akershus universitetssykehus HF	Bydeler: Grorud og Stovner. Kommuner: Rømskog, Enebakk og kommunene på Romerike (med unntak av somatiske lokalsykehusfunksjoner i Nes og indremedisin i Nittedal).
Lovisenberg Diakonale sykehus	Bydeler: St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Grünerløkka samt sentrum. Kommuner: Indremedisinsk ansvar for Nittedal kommune.
Diakonhjemmets sykehus	Bydeler: Vestre Aker, Ullern og Frogner.
Ullevål universitetssykehus HF	Bydeler: Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand.
Sykehuset Asker og Bærum HF	Kommuner: Asker og Bærum.
Sykehuset Innlandet HF	Alle kommuner i Hedmark og Oppland. Somatiske lokalsykehusfunksjoner i Nes kommune i Akershus.
Sykehuset Østfold HF	Østfold fylke med unntak av Rømskog kommune.

Nye tider for forskning og undervisning ved sykehusene

CHRISTIAN HALL
AVDELINGSTILLITSVALGT LVS



Christian Hall (f. 1950) er styremedlem i Oslo legeforening og representerer Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS). Han er spesialist i generell kirurgi og professor i eksperimentell kirurgi. Han arbeider nå som ass. lege og førsteamanuensis ved medisinsk

avdeling, Akershus universitetssykehus. Hans forskningsfelt er kardiovaskulær endokrinologi. Han har tidligere erfaring fra tillitsvalgtarbeid (Ylf, LVS), kommunepolitikk (Bærum) og universitetspolitikk (Kollegiet).

Styret i Oslo legeforening har engasjert seg i forholdene for forskning og undervisning etter helsereformen. Det er mange utfordringer, og Legeforeningen må aktivt påvirke prosessene slik at kulturskifte for forskning og undervisning ved sykehusene kan realiseres.

Forskning og undervisning er nært sammenknyttet i medisinsk virksomhet. Undervisning kan defineres som overføring av kunnskap, praksis og holdninger. Det er vanskeligere å definere hva forskning egentlig er, men ord som kreativitet, nysgjerrighet, kunnskapstilegnelse, etterrettelighet og dokumentasjon beskriver viktige sider av aktiviteten. Vår medisinske praksis blir i økende grad forskningsbasert, evidencebased som det heter, blant annet fordi vi tror at dette tjener våre Hippokratiske mål. Det er av flere grunner viktig at vi driver medisinsk forskning i Norge. Vi gir som nasjon vårt bidrag til det totale kunnskapstilfang, vi forstår hva andre forskere holder på med og vi tror at verdier og arbeidsmetoder fra forskningen har positiv overføringsverdi til den kliniske praksis som dermed blir av bedre kvalitet.

Forskningen er et emne som det sies mye pent om, men våre politikere har ikke gitt det tilsvarende oppmerksomhet i budsjettene. I særlig grad har dette rammet naturvitenskapelig og medisinsk forskning. Når det gjelder den kliniske medisinske

forskning, er det ikke bare penger som har manglet. Tiden avsatt til forskning innenfor arbeidstiden har vært knapp, aksept og oppmuntring fra kolleger og klinikkledere kunne vært sterkere, ja selve forskningskulturen har vært lite utviklet ved mange avdelinger. Avlønningen og den karrieremessige premiering for forskningsarbeidet har også vært mager. Disse påstander kan nå dokumenteres gjennom den nylig foretatte evaluering av norsk klinisk medisinsk forskning som har vært gjennomført i regi av Norges Forskningsråd og som kan leses på deres nettsider.

Tegn i tiden tyder på at dette kan være i ferd med å forandre seg. Da den nye spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft i 2001, ble forskning og undervisning sidestilt med pasientbehandling som en pålagt oppgave for sykehusene, kfr §3-8. Omtrent samtidig ble staten eier av alle sykehusene og gjennom det konfrontert med sin egen oppgavebeskrivelse og sitt resultatansvar. Det er ikke lenger nok for foretakene å vise til et antall behandlede pasienter. Også aktivitet knyttet til forskning og undervisning må nå synliggjøres i strategiplaner, budsjetter, regnskap og resultatrapporter. Driftsmidler synes nå å følge etter. Helse Øst utlyste for eksempel nylig 65 millioner kroner til forskning i regionen i 2004. Andre regionale foretak har tatt liknende initiativer.

Styret i Oslo legeforening har engasjert seg i forholdene for forskning og undervisning etter helsereformen. Vi er interessert i at Legeforeningen aktivt påvirker prosessene i en tid med store forandringer. Blant spørsmål som melder seg er: Vil arbeidsforholdene lokalt bli lagt til rette for forskningsinteresserte leger? Vil vi være i stand til å ta i bruk driftsmidlene som stilles til rådighet på en fornuftig måte (stikkord: tid, lokaler, assistanse)? Hvordan vil pengene bli fordelt? Vil vi få «miniforskningsråd» ved foretakene med tilsvarende søknadsbyråkrati og habilitetsproblemer? Blir det satsningsområder, toppforskningsprogrammer, «spissing av laget» og telling av publikasjoner eller blir det bredde og såmannsvirksomhet? Vil lønn og karriereregler bli tilrettelagt for undervisning og forskning? Vil det bli behov for å justere spesialistreglene? Hvilke konsekvenser har den pågående funksjonsdeling og spesialisering mellom foretakene for undervisning og utdanning av turnuskandidater og leger i utdanningsstilling?

Utfordringene er mange, og Legeforeningen må møte dem. Jeg håper vi på en konstruktiv måte kan medvirke til at et lenge etterlengtet kulturskifte for forskning og undervisning ved sykehusene kan bli en realitet.