

Prioritert opp og ut?

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 visepresident i Legeforeningen, medlem i Legeforeningens sentralstyre, leder av Legeforeningens likestillingsutvalg og nestleder i Legeforeningens Regionsutvalg Øst.

Endringene i pasientrettighetsloven gir pasienten rett til en juridisk bindende frist for behandling. Fristen vurderes ut fra hva som er medisinsk forsvarlig. Blir en rettighet som er styrt ut fra forsvarlighetsgrunner en god rettighet for pasienten?

Gode pasientrettigheter er et samfunns gode, men det må påses at disse bidrar til å ivareta målet. Målet må være at syke mennesker får god behandling innen et tidsrom som representerer god praksis.

Mulige vridningseffekter

Den nye lovgivningen gir gode muligheter for de mer ressurssterke pasientgruppene til å benytte seg av helsehjelp utenlands eller privat når behandlingsfristen overskrides. Foretak som overskrider fristen, må betale den behandlingen Rikstrygdeverket da finner for pasienten. Dette tar i sin tur penger ut fra foretaket – penger som kanskje kunne vært brukt bedre på vel så syke, men svakere pasientgrupper.

Det kan også være fristende for et foretak å behandle en gruppe pasienter som nærmer seg

fristbrudd foran andre pasienter som av medisinske grunner burde vært tatt før, men som har lenger tid igjen til fristbrudd. Lovendringen vil få økonomiske konsekvenser for helseforetakene. Kronikere, eldre og psykiatriske pasienter kan igjen fort bli taperne.

En rettighet gir muligheter bare så lenge den kan brukes.

Retningslinjer for prioritering

Fagmiljøene jobber med å utarbeide gode retningslinjer for prioriteringsarbeidet. Retningslinjene må være solid faglig forankret og sikre rettferdig og mest mulig lik behandling. Prioriteringssystemene må forstås og oppleves som rettferdige både av pasienter, helseadministratører og leger. Vi er uansett nødt til å prioritere – og leger har alltid gjort det. Prioritering mellom pasienter og pasientgrupper er vanskelig fordi noe må prioriteres ned for at noe annet skal kunne prioriteres opp. De fleste leger vil se dette som et etisk problem. Den nye pasientrettighetsloven prøver å løse et etisk problem ved hjelp av lovfestede rettigheter, riktignok basert på vurdering av hva som er medisinsk forsvarlig.

Intensjonen om å gi pasientene bedre rettigheter er god, men det er ikke sikkert den beste løsningen er funnet ennå.

Legen i det inkluderende arbeidslivet

Hva er nytt?

SVEIN AARSETH OG KRISTIAN VETLESEN
AVDELINGSTILLITSVALGTE APLF OG NAMF

Nå heter det: «Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom.» Det normale skal være arbeidsrelatert aktivitet: Delvis sykmelding, aktiv sykmelding eller yrkesrettet attføring. Nytt? Nepe. Hør bare hva man sier i Håvamål:

*Er du halt, kan du ride,
handlaus gjete,
er du dauv, kan du duga i strid.
Blind er betre
enn brend å vera;
daud mun ein lite duga.*

Legens funksjon blir å vurdere arbeidsmuligheter fra medisinsk ståsted, veilede arbeidstaker og arbeidsgiver og formidle faglige råd. Den nye blanketten er et viktig virkemiddel i arbeidet. I disse dager tilbys alle allmennleger kurs som er lagt opp i samarbeid mellom RTV og Aplf. Deltakelsen er god, og det synes som om legene tar den nye oppgaven på alvor, selv om det har vært litt innkjøringsproblemer med mye nytt å forholde seg til. Samarbeid med bedriftshelsetjenesten der den finnes, kan være nyttig.

Superveileder - jeg?

Turnuslegene i Oslo og Akershus mangler superveiledere

KJELL MARTMANN-MOE, LEDER APLF

I tillegg til den daglige en-til-en veiledningen er det etablert en veilederordning for turnuslegene når de er i kommunehelsetjenesten. Ordningen startet i Finnmark tidlig på 90-tallet og har senere bredt seg sørover. Nå er det bare turnuslegene i Oslo og Akershus som mangler superveiledere.

Ordningen er slik at superveileder har en deltidstilling (ca 0,2 årsverk) knyttet til Helseavdelingen ved Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Superveileder har ansvar for å samle turnuslegene to-tre ganger i halvåret mens de er i kommunehelsetjenesten. Det er utarbeidet programmer og tema for dette slik at man har et godt

grunnlag for å starte. De som er veiledere, er gode rollemodeller for fremtidens leger. Det er krav om at veilederne er spesialister i allmennmedisin, eventuelt samfunnsmedisin, og har eller skaffer seg veilederkompetanse.

Trenger du påfyll av noe hyggelig og givende, er dette noe å vurdere for deg. Superveilederne møtes to ganger i året. Du vil da få møte en rekke toneangivende norske allmennleger som er opptatt av at kommende generasjoner med leger skal få en god start på sin karriere. Spennende? Vil du vite mer? Ta kontakt med leder i Aplf Kjell Maartmann-Moe mobil 907 77 758 – underdirektør i Nasjonalt råd for spesialistutdanning Grethe Kolloen telefon 24 16 35 90 – fylkeslege Petter Schou eller kvalitetsrådgiver Kari Steen i Helseavdelingen ved Fylkesmannens kontor telefon 22 00 35 00.

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

	Navn/yrkesforening	Telefon	Arbeidssted	E-post
Styret				
Leder	Torunn Janbu	23 07 00 00	Rikshospitalet	tojanbu@online.no
Nestleder	Svein Aarseth, Aplf	22 02 62 10	Frysja legekantor	svei-aar@online.no
Styremedlemmer	Lise Heiberg	23 07 00 00	Rikshospitalet	lise.heiberg@rikshospitalet.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@ulleva.no
Observatør	Jan-Henrik Opsahl, Nmf		Universitetet i Oslo	j.h.opsahl@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 Tobrassen, 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

Calcigran Forte®

Kalsium 500 mg, Vitamin D3 400 IE

Bygger og forebygger^{ref 1}

Basisbehandling til alle med osteoporose^{ref 2}



Ta Kalsium D₃ på alvor

NYCOMED

1) Ref.: Chapuy M. et al. N Engl J Med 1992; 327: 1637-42.
2) Ref.: Nytt om legemidler, Suppl. 1, 2001.

Nycomed Pharma AS
P.O. Box 205, 1372 Asker
www.nycomed.com

C Calcigran Forte "Nycomed Pharma" ATCnr.: A12A A04 **TYGGETABLETTER:** Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat 1,25 g, tilsv. kalsium 500 mg, kolekalsiferol (vitamin D3) 10 µg, tilsv. 400 IE, sorbitol 390 mg, sakkarose 1,5 mg, aspartam, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak. **Indikasjoner:** Behandling av kombinert vitamin D- og kalsiummangel særlig hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er konstatert mangel eller høy risiko for kombinert vitamin D- og kalsiummangel. **Dosering:** Individuell, tilpasses den enkelte pasient. Normaldosering: 1 tyggetablett 2 ganger daglig, den andre dosen tas om kvelden. Tablettene kan tygges eller svelges hele. Kan også røres ut i vann. **Kontraindikasjoner:** Sterkt nedsatt nyrefunksjon. Skal ikke brukes ved høyt kalsiuminnhold i blod eller i urin eller ved nyresten. Langvarig immobilisering. Preparatet inneholder aspartam og skal derfor ikke brukes av personer med fenylketonuri. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon og hos pasienter som har hatt nyresten. Det anbefales økt væskeinntak hos pasienter med tendens til stendannelse. Vitamin D i høye doser bør unngås dersom det ikke er spesielt indisert **Interaksjoner:** Bør ikke gis før 3 timer etter peroral tilførsel av tetracyklin (nedsatter absorpsjonen). Hyperkalsemi øker hjertets følsomhet for digitalis. Kombineres kalsium med fluord, tas disse på forskjellig tidspunkt, siden kalsiumfluorid er tungt løselig **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det daglige inntak av vitamin D ved graviditet må ikke overstige 600 IE. Overgang i morsmelk:

Kalsium og vitamin D går over. **Bivirkninger:** Risiko for hyperkalsemi ved nedsatt nyrefunksjon. Kan i sjeldne tilfeller gi forstyrrelser i fordøyelsessystemet som oppblåsthet, obstipasjon og diaré. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering fører til hyperkalsemi, særlig ved økt tilførsel av vitamin D og hos pasienter med hypotyreose. Store doser kalsium sammen med alkali har gitt hyperkalsemi (melk-/alkalisyndrom). Behandling innebærer seponering av vitamin D og kalsium (lavt kalsium i dietten), tilførsel av rikelig væske, tiazider og glukokortikoider. **Egenskaper:** Klassifisering: Mineralpreparat med D-vitamin. Virknings-mekanisme: Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av paratyroidhormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Absorpsjon: Ca. 20% av tilført kalsium. Vitamin D3 absorberes vanligvis raskt og fullstendig. Proteinbinding: Ca. 40% er bundet til plasmaproteiner, 10% til anioner. Vitamin D er bundet til et spesifikt protein. Fordeling: Distribueres til alle vev. Kalsium lagres i skjelettet, hovedsakelig som hydroksoapatitt. Vitamin D lagres i fettvev. Halveringstid: Vitamin D i plasma: 19-25 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Kalsium: 2,5 mmol/liter. Metabolisme: Vitamin D3 metaboliseres i lever og nyre til den aktive metabolitt. Utskillelse: Vitamin D utskilles hovedsakelig via galle, mindre via nyrene. Etter 1 dose (500 mg kalsium), utskilles overskuddet (3%) via nyrene. **Pakninger og priser:** 100 stk. 153,9.

Referat fra årsmøtet 2004

METTE RYAN, SEKRETARIATSLÉDER
I OSLO LEGEFORENING

Årsmøte i Oslo legeforening ble holdt torsdag 26. august 2004 kl 18.00 i Legenes hus. Til stede var 23 medlemmer. Leder Torunn Janbu åpnet møtet og ønsket velkommen. Årsmøtet valgte Torkel Steen som møteleder. Innkalling og dagsorden ble godkjent.

Styret årsmelding

Styrets årsmelding var kunngjort i innkallingen og ble gjennomgått av møteleder. Beretning fra kurskomité, utvalg for legeetikk og helsetjenester for leger var kunngjort i innkallingen.

Det fremkom ingen spørsmål eller kommentarer til styrets årsmelding. Årsmøtet tok den fremlagte årsmelding til etterretning.

Styrets forslag om endring av § 1 og § 8 i Statutter til Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo (Fondet)

Leder orienterte om at styrets forslag om endring av § 1 hadde bakgrunn i Fondets økonomi som til en hver tid er avhengig av Oslo legeforenings økonomi. Overføringer fra Oslo legeforening til Fondet må vurderes i forhold til foreningens økonomi. Årsmøtet ga sin tilslutning til og vedtok det fremlagte forslaget. Etter endring av § 1 lyder denne slik (endring i uthevet skrift):

Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo (nedenfor kalt Fondet) er opprettet av Oslo legeforening 25.11.1996. Inntekter fra utleie av informasjons- og utstillingsplasser ved kurs for allmennpraktiserende leger og overskudd fra kurs arrangert i regi av kurskomiteen i Oslo legeforening utgjør fondsmidlene.

Overskudd fra kurs kan overføres til Fondet dersom Oslo legeforenings årsmøte vedtar at Oslo legeforenings økonomi tilsier slik overføring.

Leder orienterte om at styret etter veiledende råd fra revisor har vurdert det som god fondsøkonomi at de årlige fonds-utbetalinger har en øvre begrensning og hadde derfor fremsatt forslag om endring i § 8. Årsmøtet ga sin tilslutning til og vedtok det fremlagte forslaget. Etter endring av § 8 lyder denne slik (endring i uthevet skrift):

De innkomne fondsmidler disponeres på følgende måte: 75 % av innkomne midler avsettes i reservefond de første tre år. Deretter avsettes 50 % av de innkomne midler hvert år. Det resterende er fondsstyrets disponible fondsmidler, men det kan årlig ikke utdeles mer enn 15 % av disse. Disponible fondsmidler skal også dekke administrasjonsutgifter.

Regnskap for 2003

Leder gjorde oppmerksom på at det var trykkfeil i note 10. Overført beløp til Fondet i 2002 var kr 209 319 og kr 175 311 i 2003. Årsmøtet tok dette til etterretning.

Leder gjennomgikk styrets fremlagte forslag til regnskap for 2003 som viste et årsunderskudd på kr 239 946. Det budsjetterte årsunderskuddet var kr 396 280. Leder orienterte om at sviktende kontingentinnang reflekterer at tilskudd per medlem fra moderforeningen stadig går ned. Annonsemarkedet er

usikkert, og renteinntekter er synkende. I regnskapet for 2003 var kursoverskuddet satt opp med overføring til Fondet i henhold til gjeldende statutter på det tidspunkt regnskapet ble godkjent av styret.

Med bakgrunn i foreningens økonomi og i tråd med den vedtatte endring av Fondets statutter i § 1, var det fremlagt forslag om at kursoverskuddet i 2003 med kr 175 311 tilbakeføres til Oslo legeforening i 2004. Årsmøtet vedtok at fremlagte regnskap for 2003 for Oslo legeforening og for Fondet måtte vedtas før det kunne tas stilling til forslaget om at kursoverskuddet i 2003 tilbakeføres til Oslo legeforening i 2004.

Revisors beretning ble tatt til etterretning. Regnskapet ble vedtatt som regnskap for 2003 for Oslo legeforening.

Regnskap for 2003 for Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo

Leder gjennomgikk det fremlagte forslag til regnskap for 2003 som viste et årsoverskudd på kr 201 772.

Revisors beretning ble tatt til etterretning. Regnskapet ble vedtatt som regnskap for 2003 for Fondet til fremme av allmennmedisinen i Oslo.

Intensjonen om å styrke egenkapitalen i Fondet var vesentlig oppnådd ved tidligere overføringer. I tråd med vedtatte endringer i Fondets statutter § 1 ble det vedtatt at overskudd fra Oslo legeforenings kursvirksomhet i 2003 tilbakeføres til Oslo legeforening i 2004.

Statsautorisert revisor Frode Andresen fra revisjonsfirmaet Kjelstrup & Wiggen var til stede under behandling av regnskapene.

Budsjett for 2005

Forslag til budsjett var inntatt i innkallingen.

Det fremlagte budsjettforslaget var satt opp under forutsetning av opprettholdt aktivitet og var foreslått med et årsunderskudd på kr 295 000. Leder gjennomgikk årsresultat mot budsjett de senere år og gjennomgikk de enkelte poster.

Som tidligere var budsjettet basert på medlemskontingent fastsatt av Legeforeningens landsstyre. Honorar til styret, leder, nestleder, redaktør av Journalen og nedsatte utvalg var foreslått uendret. Fremmedtjenester omfattet frikjøp leder, honorar regnskapsføring, honorar revisjon og andre honorarer. Det var tidligere ikke mottatt søknader til stipend til lederutdanning for tillitsvalgte slik at det ikke var naturlig å fortsette med slik budsjettering. Det var budsjettert med videreføring av avtale med annonsør. Det var ikke budsjettert med overføring av kursoverskudd til Fondet.

Budsjettet ble vedtatt med et årsunderskudd på kr 295 000, med en inntektsside på kr 2 570 000 og utgiftsside på kr 2 915 000.

Møtet ble hevet kl 19.00.

Tokulturelle leger i et flerkulturelt Helse-Norge

Ressurser og utfordringer



METTE RYAN
SEKRETARIATSLEDER I
OSLO LEGEFORENING

Stadig flere leger i Norge har røtter i en annen kultur. Hvordan oppleves dette i forhold til møte med pasienter, kolleger og arbeidsgivere? Hva med karrieremuligheter? Hva er problemer og utfordringer? Dette var spørsmål som ble belyst på temamøte i Oslo legeforening.

Refleksjon

Formålet med Oslo legeforenings temamøte 26. august var å reflektere over områder det kanskje bør sees nærmere på for leger med tokulturell bakgrunn. Innledere til debatten var Bilal A. Ata, spesialist i indremedisin, Tariq M. Rana, seksjonsoverlege ved Radiologisk divisjon, begge ved Ullevål universitetssykehus, Faiza Basharat, spesialist i allmennmedisin, Anne Katrine Nore, avdelingsoverlege ved allmennseksjonen Legevakten og direktør Per Haugum, direktør ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAHF).

Forståelse av språk og kultur – et absolutt krav

Basharat poengterte at leger med tokulturell bakgrunn har en utfordring i å lære språk og kultur for å kunne arbeide som lege i Norge. Legeutdanningen i andre land kan være mer omfattende, men god medisinsk faglig kompetanse er ikke nok.

Kommunikasjon med pasientene og forståelse av norsk kultur må på plass for å inngi nødvendig tillit og forståelse. Hun mente at universitetene i tillegg til fagprøve bør vektlegge systematisk opplæring i det norske språk- og i kulturforståelse. De fleste norske kolleger ble rost for forståelse og verdifull veiledning, mens det dessverre er vanskelig å bli akseptert hos enkelte.

For å unngå frustrasjoner må legene være innforstått med at det tar tid å tilegne seg kunnskaper innen språk og kultur og at noen år av yrkesmessig karriere fort går med til dette. Det må aksepteres at det tar litt lenger tid å introdusere seg hos pasientene idet mange, særlig eldre, kan være skeptiske til leger fra andre kulturer før man blir kjent. Nore sa at klagesaker på tokulturelle leger ofte oppstår på grunn av manglende språk- og kulturforståelse og manglende nettverk innen norsk helsevesen.

Veien til legearbeidsmarkedet

Forståelse for samarbeidsrutiner i norsk helsevesen er grunn-

leggende for arbeidet. Arbeidsgiver må delta i arbeidet for at tokulturelle leger skal bli sosialisert inn i helsevesenet. Tokulturelle leger forventer å bli mottatt på en ordentlig måte og med respekt for sin utdanning, men opplever dessverre at en del arbeidsgivere ikke har forståelse for dette.

Tariq mente at det bør være mulig å få studielån den første tiden for å tilpasse seg språk og kultur og gjennomføre fagprøven. Det kan være en tøff overgang å komme til Norge fra et yrkesaktivt liv i et annet land, også for familien. Tilpasningen fører til tapt yrkesaktiv tid som dessverre kan bli ekstra lang på grunn av byråkratiske systemer. Mange tokulturelle leger er ressurspersoner, men opplever å bli gående lenge i kortvarige vikariater og i de jobbene ingen andre vil ha. Det å ha bekjente og personlige kontakter oppleves som viktig for å få jobb i Norge. Flere tokulturelle leger har erfart at innsendte jobbsøknader i konkurranse med norske søkere ikke kommer i betraktning på grunn av navnet. Den tokulturelle legen innhentes av sin opprinnelse. Karrieremessig er det derfor umulig å konkurrere med nordmenn selv om utdannelsen kan være mer solid. Tariq mente Legeforeningen burde ta tak i dette. Det ble kommentert at legearbeidsmarkedet dessverre kan være uryddig og heller ikke enkelt for nordmenn.

Er det enkelt å få autorisasjon?

Informasjon om hvordan man blant annet skaffer seg lisens og hvordan spesialistutdanningen er bygget opp var tidligere mangelfull og vanskelig tilgjengelig for tokulturelle leger. Lite var strukturert og tilrettelagt, og det medførte mye bortkastet tid de første årene av karrieren i Norge. Dette har endret seg, men systemene kan forbedres.

Det ble stilt spørsmål til Haugum om enkelte har fått sin autorisasjon for lett. Haugum sa at veilederne på arbeidsplassen har et stort ansvar og representerer en kontrollfunksjon. Veiledervirksomheten må være systematisk og kritisk med nøye oppfølging og gjensidig tilbakemelding. Systemet er basert på tillit og er med på å danne grunnlag for autorisasjon. Ved fagprøve hos SAFH er det 70 % som ikke består ved første forsøk. Kunnskap om det norske samfunn er også et helt nødvendig utdanningstema. Det har liten hensikt å undervise om kommunehelsetjenesten dersom man ikke vet hva en kommune er. Fra salen ble det kommentert at en foruroligende stor andel av de studentene som strykes til avslutningsseksamen, er tokulturelle. Dette gir signal om at disse ikke ivaretas tilstrekkelig under utdanningen.

Pasientenes behov for godt utdannede leger må ivaretas både ved utdanning av leger i Norge og når leger fra andre land kommer hit. Leger, helsemyndigheter og Legeforeningen må arbeide for å forbedre mottak og integrering av leger fra andre kulturer. En autorisert tokulturell lege må kunne opptre faglig forsvarlig, ha god kunnskap om kultur og språk og kunne forvente å bli møtt med respekt av det norske helsevesen. Tokulturelle leger i Norge bidrar til å bygge broer i et flerkulturelt norsk samfunn og er en ressurs.

Hva er hensikten med Praksiskonsulentordningen (PKO)?

SVEIN AARSETH, AVDELINGSTILLITSVALGT APLF

PKO skal styrke samarbeidet mellom avdelinger i sykehus og primærleger til nytte for den enkelte pasient, sykehuset, legene og kommunene slik at utredning, behandling og oppfølging skjer koordinert.

Ordningen defineres som en grasrot-organisasjon, bestående av et nettverk av allmennleger som er knyttet til sykehusavdelinger i deltid-engasjement. På hvert sykehus er det i tillegg en praksiskoordinator som har det overordnede ansvar for ordningen.

Viktige forutsetninger er et fast etablert samarbeid, gjensidig respekt, at man kjenner hverandre og har felles mål. Pasientperspektivet skal ha primærfokus.

Aplf har arbeidet mye for å få til ordningen. Ordningen er godt etablert i Danmark. I Norge er det bl.a. Rogaland sykehus, Fonna og Tromsø som har ordningen. Aker sykehus og Diakonhjemmets sykehus arbeider med å etablere ordningen.

Ønsker du å bli mer kjent med hva det innebærer? Se Aplfs nettsider.



Oslo legeforening har engasjert seg i forskning og utdanning og sendte i juni følgende brev til sentralstyret:

Legeforeningens engasjement i forskning

Et av formålene for Den norske lægeforening er «å fremme legeutdanningen og medisinsk vitenskapelig virksomhet». Oslo legeforening har vært interessert i å følge opp hvilke effekter de nye helsereformene har hatt for medlemmenes arbeidsforhold. Foreningen har første halvår 2004 blant annet arbeidet med forholdene for medisinsk forskning. Mange av Oslo legeforenings medlemmer har helt eller delvis denne type legevirksomhet som arbeidsoppgave.

Hvilke utfordringer møter medisinsk forskning og medisinerer som forskere som resultat av endringene i vårt helsevesen? Spørsmålet har vært drøftet i en rekke styremøter. Det var et av hovedspørsmålene på vårt arbeidsmøte 5. og 6. mars. Videre har vi ved et møte hatt inviterte innlegg om problemstillingen av Ole Sejersted, forskningsdekanus ved Det Medisinske Fakultet i Oslo, og Jon Arne Røttingen, leder av forskningsutvalget i Helse Øst og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vi har også muntlig vært i kontakt med Per Hjortdal, sekretær i Legeforeningens forskningsutvalg.

Oslo legeforening har gjennom dette arbeidet identifisert flere utviklingstrekk som forventes å ha betydning for medisinsk forskning i Norge. Da den nye spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft i 2001, ble forskning og undervisning sidestilt med pasientbehandling som en pålagt oppgave for sykehusene (§3-8). Staten som sykehuseier synes å ta denne oppgaven alvorlig. For eksempel utlyste Helse Øst våren 2004 for første gang 65 millioner kroner til forskning i regionen. Andre regionale foretak har tatt liknende initiativer. Disse øremerkede midler til forskning er ikke «friske penger», men midler som tidligere ikke var synliggjort i budsjettene. Uformelle meldinger tyder på at denne prosessen snarere vil bli styrket enn svekket. Målsettinger vedrørende finansiering av forskning ved sykehusene vil bli definert som prosentandeler av totalbudsjett.

En annen drivende faktor i denne sammenheng er den nylig offentliggjorte evalueringen av norsk klinisk medisinsk forskning som ble foretatt av utenlandske eksperter i regi av Norges forskningsråd. Det ble her pekt på tildels alvorlige mangler ved forskningen som mangelfull finansiering, for små forskningsgrupper, manglende karriereveier for yngre forskere, svak avlønning av fulltidsforskere og svak forskningsledelse. Evalueringen kan muligens tjene til ytterligere å forsterke den økte satsing på medisinsk forskning som er omtalt ovenfor.

Oslo legeforening mener at Legeforeningen bør ha en aktiv holdning til de prosesser i retning av økt satsing på klinisk medisinsk forskning som vi her ser konturene av. Vi er bekymret for at vi skal komme på etterskudd i forhold til utviklingen og slik ikke være i stand til å påvirke prosessene på en positiv måte faglig og fagforeningsmessig. Vi tør derfor foreslå at sentralstyret tar initiativ til en bred vurdering av hvordan Legeforeningen mer aktivt enn nå kan underbygge forskningen og forskningsvilkårene. Eksempler på områder som bør vurderes, kan i denne sammenheng være:

- Arbeide for å legge forholdene til rette for forskning lokalt på det enkelte foretak. Etablere forskningsvirksomhet på tjenesteplaner og i stillingsbeskrivelser.
- Bevirke en reell revitalisering av D-stillingene (fordypningsstillinger for leger under utdanning). Etablere og realisere større bruk av kombinerte stillinger for leger på foretakene.
- Gå gjennom prinsippene for spesialistreglene med tanke på styrkning av forskningens plass som kompetansegivende virksomhet.
- Vurdere etablering av et koordinert samlet utdanningsløp for kombinasjonen spesialitet /doktorgrad.
- Etablere en prosess mellom LVS, Of og Ylf med tanke på å bedre foreningens ivaretagelse av karene til leger med kombinerte arbeidsoppgaver.
- Bidra til en plan for utvikling og finansiering av et allmennmedisinsk forskningsnettverk (forskningsenheter/forskningsfond).
- Oppgradere forskningens plass i foreningens prinsipp- og arbeidsprogram.

Vi vil med dette foreslå at sentralstyret utarbeider en innstilling om disse og eventuelle andre forskningsrelevante spørsmål i den hensikt å legge dem frem for foreningens landsstyre i Bergen i mai 2005. Innstillingen bør legge opp til en bred debatt om Legeforeningen som aktør i norsk medisinsk forskning. Den bør inneholde forslag til vedtak om nye konkrete tiltak vi som forening kan iverksette for å underbygge en nødvendig vekst av forskningen.

Oslo legeforening har gjennom sitt arbeid omkring forskning skaffet seg mye informasjon utover det som er formidlet i dette brevet. Vi bidrar derfor gjerne i den videre prosess.

Med vennlig hilsen
Oslo legeforening

Torunn Janbu
Torunn Janbu
Leder

Christian Hall (sign)
Styremedlem

Samordning av sykehusene i hovedstadsområdet

TORUNN JANBU
LEDER I OSLO LEGEFORENING

Departementet vurderer tiltak som kan bidra til bedre koordinering og ressursbruk ved sykehusene i hovedstadsområdet.

Departementet tar ikke beslutning i saken før den er lagt frem for Stortinget. Samordningstiltak ble drøftet og vurdert i et møte i august sammen med Legeforeningen og representanter fra andre organisasjoner, fylkeskommuner, regionale helseforetak, universitetet, brukerutvalg m.fl. i møte med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Fra HOD møtte Vidar Oma Steine og Gerd Vandeskog.

Steine la frem hvilke utfordringer forskjellige organisasjonsmodeller kan tenkes å gi, teoretiske vurderinger av løsnings-teknikker og kriterier for valg av løsning. Blant løsningsforslag ble både gjensidige avtaler (mellom Helse Øst og Sør), endret eierstruktur, endret foretaksstruktur m.m. nevnt som teoretiske alternativer. Kriterier for valg av løsning vil være vurdering av effekt for pasientbehandling, forskning, ressursutnyttelse m.m.

Fra de inviterte deltakerne ble det presisert at dette er en

prosess der man må bruke tilstrekkelig tid og sikre samarbeid med tillitsvalgte tidlig i prosessen. Torunn Janbu holdt på vegne av Akademikerne og Legeforeningen et innlegg hvor hun presiserte behovet for et kvalitetssikret beslutningsgrunnlag. Gode fagmiljøer må ivaretas og kan ikke uten videre flyttes uten fare for å ødelegge miljøet. En eventuell omorganisering av hovedstadsforetakene må også redusere de byråkratiske hindringene som nå er mellom Øst og Sør. De involverte regionenes behov for regionale tjenester og spesialfunksjonene på Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital må ivaretas. Samtidig må ikke grunnlaget for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten glemmes. Steine forsikret at fagmiljøene vil bli konsultert og at man nøye vil vurdere om de forventede gevinstene står i rimelig forhold til de problemene store endringer vil kunne medføre.

I det fremlagte statsbudsjettet for 2005 orienteres det om prosessen. Det presiseres at vurderingene må omfatte alle sykehus i området. Departementet ønsker bred medvirkning fra berørte parter og vil holde flere drøftingsmøter. Resultatene planlegges fremlagt i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Legeforeningen inviterte til møte 13. oktober med involverte foretakstillitsvalgte og Legeforeningens Regionsutvalg Øst og Sør for å få innspill til den videre prosess.

Nemndsavgjørelse om særavtalen med Oslo kommune

TORUNN JANBU
LEDER I OSLO LEGEFORENING

Endelig er det kommet en avgjørelse om særavtalen med Oslo kommune fra 2002 – og samtidig for 2004. Leger ansatt i Oslo kommune har fått en omlegging av lønnsystemet og et lønnsoppgjør som er bra.

I en protokolltilførsel til særavtalerevisjonen for 2002 var partene enige om å nedsette et partssammensatt utvalg som skulle utrede stillingsstruktur, kompetansekrav, lønsspørsmål m.v. for de kommunale legestillingene. Utvalgsarbeidet ble fullført, men i de påfølgende forhandlinger kom partene ikke til enighet. Uenigheten ble brakt inn for en frivillig nemnd som 8. september 2004 avsa sin kjennelse. Nemndsavgjørelsen finnes i sin helhet på Oslo legeforenings nettsider. Virkningstidspunktet er fra 01.01.2004.

Legestillingene er inndelt i en ny og enklere lønnsstruktur. Rammen for de enkelte gruppene er justert opp med flere lønnstrinn. Tillegg som PUA og særskilt tillegg for samfunnsmedisin forsvinner og går i stedet inn i den ordinære lønnen. Stabilitetstillegget beholdes. Samtlige rekrutteringstillegg beholdes som personlig ordning. Doktorgrad kan gi 3 lønnstrinn i tillegg etter lokal avtale.

Studenter, turnusleger og til dels underordnede leger er de som får minst. Dette skyldes dels at det ikke er rekrutteringsproblemer til disse gruppene og dels at rekruttering av kompetanse er prioritert i nemndsavgjørelsen.

Teksten i særavtalen vil nå bli revidert i henhold til nemndsavgjørelsen. Nemnden prolongerte særavtalen slik at den også vil gjelde for tariffperioden 2004–2006.

Samlet vurdert er vi fornøyde med at denne saken endelig er løst – og med et lønnsoppgjør som vi kan forsvare.