



## Hvordan står det til med norsk allmennmedisin?

SIDE 2-8 ▶

### PRESIDENTKAMP:

Trond Egil Hansen og Hege Gjessing forteller oss hvorfor det bør bli en av dem.

SIDE 14 ▶

### OMORGANISERINGS-TSUNAMI:

– Kan man forutsi etterpåklokskapen, spør Sverre Halvorsen.

SIDE 15 ▶

# JOURNALEN

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

## REDAKSJONEN



**PER HELGE MÅSEIDE**  
REDAKTØR  
Tlf: 95 20 13 14  
perhm@medisin.uio.no



**ELLEN RENBERG**  
REDAKSJONSSEKRETÆR  
LAYOUT  
Tlf: 40 64 82 82  
ellen@svovel.no



**KRISTIN MACK-BORANDER**  
JOURNALIST  
krimack@live.no



**CHARLOTTE LUNDE**  
JOURNALIST  
charlottelunde@mac.com

**Frist** for innlevering av stoff til Journalen 3/2011 er 2. juni 2011.

## ANNONSER:

Media-AaMarketing  
Postboks 240  
1401 Ski  
Tlf: 64 87 67 90 / 90 04 32 82  
media.aardal@c2i.net

## POSTADRESSE:

c/o 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

TRYKK: Merkur-Trykk AS



HJEMMESIDER PÅ INTERNETT  
[www.legeföreningen.no/oslo](http://www.legeföreningen.no/oslo)

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER  
[www.twitter.com/Journalen](http://www.twitter.com/Journalen)

FORSIDEILLUSTRASJON  
Istockphoto

Redaksjonen avsluttet 1. mai.

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekstreklameplakaten.



OPPLAGSKONTROLLERT

Ettertrykk og elektronisk videre-distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.

## REDAKTØREN



PER HELGE  
MÅSEIDE

# Aner vi konturene av et allmennlegeopprør?

Allmennlegenes epostbaserte diskusjonsforum, *Eyr*, domineres ofte av diskusjoner om sjeldne lidelser som har dukket opp på en øy i Nord-Norge, bruk av takstsystemet på legevakt, og frustrasjoner over bruk av printere og annet datateknisk utstyr.

I BEGYNNELSEN AV APRIL skrev kommunelege Elisabeth Swensen i Seljord en kronikk i Dagbladet, «Psyisk helse – en hellig ku», der hun blant annet tok opp medikaliseringen av folks hverdagsplager. Det tok ikke lang tid før det ble full stans i takst-, sykdoms-, og printerpratet på *Eyr*. I stedet strømmet det på med takksigelser og støtteerklæringer til Swensen fra en rekke sentrale allmennleger.

ELISABETH SWENSEN var yrkesaktiv da allmennlegene fikk sin egen spesialitet i 1986, etter å ha kjempet fram en egen legeidentitet. Den gang var motsetningene mellom allmennleger og sykehusleger større enn de er i dag. Sykehuslegene kunne utdanne seg til spesialister, mens allmennlegenes karrierevei pekte framover, men ikke oppover. Også internt i allmennlegekorpset var det klare ideologiske brytninger. På den ene siden stod mer progressive allmennleger med sans for lokalt forankret samfunnsmedisin, organisert i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) og med bladet *Utposten* som et viktig talerør. Motsatten var de mer konservative kollegene i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) med større sans for «takstologi» og privat legedrift. Rollene til de to miljøene var også uklare, ikke minst fordi Aplf hadde sitt eget fagutvalg, i sterk konkurranse med NSAM. Dette ble først endret med en større omorganisering av Legeföreningen i 2007. Siden har allmennlegene vært organisert i en fagmedisinske forening, Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og i en yrkesforening, Allmennlegeforeningen (Af).

SELV OM FASTLEGEREFORMEN i 2001 opprinnelig var en omdiskutert privatiseringsreform, framstår hele allmennlegekorpset i dag som sterke forsvarere av dagens ordning. At den i all hovedsak regnes som en suksess, skyldes nok delvis at den var utprøvd før den ble innført på nasjonal basis, i motsetning til sykehusreformen, og den kommende samhandlingsreformen.

NÅR MYNDIGHETENE nå ønsker en sterkere styring av fastlegene gjennom en egen forskrift, oppfattes det som et angrep på allmennlegenes faglige autonomi. Både KS og Legeföreningen vil heller fortsette å møtes ved forhandlingsbordet. At arbeidsministeren har framsatt trusler om å bøtelegge leger som uteblir fra dialogmøter, har ytterligere satt sinene i kok. Dette er også et problem for myndighetene; allmennlegene skal være selve «navet» i samhandlingsreformen. Knekker navet, kneler kjerra.

ALLMENNLEGENES DILEMMA er at de beveger seg i et minelagt farvann. Tar de opp medikalisering som samfunnsproblem kan det i andres ører høres ut som om de vegrer seg for å hankses med hverdagsmedisin. Og vil de ikke lenger håndtere sykmeldinger, risikerer de nok også å bli fratatt makt og myndighet på andre felt, til fordel for andre yrkesgrupper.

DET BLIR VIKTIG for norske allmennleger å «krangle seg til enighet» om hva de ønsker for fremtiden, slik Geir Sverre Braut er inne på. Norsk forening for allmenmedisins offensive policynotat i forebyggende medisin, ført i pennen av lederen Gisle Roksund, vitner om en gruppe som langt fra er nede for telling, men som ønsker å sette dagsorden for sin egen rolle i framtidens helsevesen.

# Vil forebygge fra befruktning til grav

FOTO: ISTOCKPHOTO

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) lanserer nå en forebyggingsstrategi som utfordrer myndighetene.

AV PER HELGE MÅSEIDE

Allmennlegene vil nå gå opp en helt ny sti. De vender også tommelen ned for myndighetenes stadig sterkere satsing på å avdekke og agere mot potensielle helserisiki, går det fram av et dokument som foreningens mangeårige og avtroppende leder, Gisle Roksund, vil legge fram for sine legekolleger på foreningens årsmøte 12. mai.

**Slutt på skrekpropaganda.** Allmennlegenes styre, backet opp av tunge navn fra de allmennmedisinske forskningsenhetene ved Universitetet i Oslo og Trondheim vil også ha en endelig slutt på helsemyndighetenes skrekpropaganda. «NFA tar avstand fra kommunikative eller pedagogiske virkemidler som kan krenke eller stigmatisere utsatte pasienter. Erfaringer der frykt blandes med avmakt eller skam, kan i seg selv skade den enkeltes helse», vil foreningen slå fast, dersom den følger styrets innstilling.

– Det handler om den enkeltes liv. Utfordringen er hvordan vi skal finne pedagogiske virkemidler slik at vi for eksempel kan formidle forhold rundt barns framtidige helse uten å påføre foreldrene frykt, skyld og skam, sier Roksund.

**Skeptisk til risikokartlegging.** Allmennlegene vil også ventelig sette foten hardt og bestemt ned for stadig flere forsøk på å kartlegge potensielle risikofaktorer som kan predikere sykdom. Inspirert av forskning innen den såkalte epigenetikken, som bl.a. forsøker å kartlegge hvordan ulike stressfaktorer kan påvirke menneskets biologi i positiv og negativ retning gjennom hele livet, fra kjønncellene dannes og inn i alderdommen,



«Kommersielle interesser har over lang tid satt dagsorden for hvilke sykdommer leger oppfordres til å forebygge og hvilke midler de skal bruke.

GISLE ROKSUND

vender legene tommelen ned for en aggressiv risikokartlegging. De mener den kan gjøre mer skade enn gagn, føre til bekymring og avmakt, og i verste fall gjøre folk mer utsatt for alvorlig sykdom:

«Et sterkt og selektivt fokus på målbare risikofaktorer kan bidra til å avlede oppmerksomheten hos lege og pasient fra mer grunnleggende forhold med større betydning for vedkommendes liv og helse», heter det i det nye policydokumentet.

– Vi mener det er langt viktigere å ta politiske konsekvenser av helserisiko knyttet til sosiale forhold som arbeid og nettverk enn å måle pseudo-endepunkter som blodtrykk og kolesterol. Et godt sosialt nettverk er en viktigere prediktor for dødelighet, sier Roksund.

– Forebyggende helsearbeid er først og fremst politisk arbeid både nasjonalt, regionalt og lokalt. Så skal også allmennlegene bli flinkere til å nytte «gyldne øyeblikk» til å

snakke med pasientene om hva den enkelte kan gjøre for å fremme sin helse i bred forstand, sier han.

**Terskelverdier senkes.** I policynotatet uttrykker NFA sterk bekymring for at sterke interesser presser på for å gjøre flere friske til pasienter.

– Kommersielle interesser har over lang tid satt dagsorden for hvilke sykdommer leger oppfordres til å forebygge og hvilke midler de skal bruke. Både farmasøytisk industri og enkelte grenspesialistmiljø er fokusert sterkt på biologiske målinger og medikamentbruk, sier Roksund, og viser til at stadig flere lidelser omfattes av autoritative retningslinjer.

– Terskelverdiene for intervensjon og bruk av diagnoser senkes. Store deler av befolkningen kan, om alle anbefalte tiltak blir fulgt opp, komme til å endre status fra friske til «risikanter», sier han.

**Kritiserer kunnskapsbasert medisin.** Allmennlegenes forebyggingsstrategi er samtidig en kritikk av dagens rådende kunnskapsbaserte medisin. Allmennlegene vil i mye større grad ta hensyn til enkeltmenneskets erfaringer:

«Menneskets subjektivitet er fraværende i dagens kunnskapsbaserte medisin, som er basert på matematiske analyser av hvor pasientenes individuelle karakteristika systematisk elimineres», skriver allmennlegeforskerne Linn Getz, Anna Luise Kirkengen og mikrobiologen Elling Ulvestad, i artikkelen «Menneskets biologi – mettet med erfaring», som nylig ble trykket i Tidsskrift for Den norske legeforening, og som er en av hovedkildene bak allmennlegenes nye forebyggingsstrategi.

NFAs policydokument vil antakelig bare bli finpusset før Gisle Roksund skal på talerstolen i Kristiansand for å holde sin siste åpningstale i NFAs årsmøte på vegne av landets rundt 4500 allmennleger. Forebyggende helsearbeid vil bli neste sak under en omfattende helsepolitisk debatt.

« Det gir en dårlig følelse å bli ekspeditører av tankegods som vi ikke er fortrolige med

KOMMUNELEGE ELISABETH SWENSEN

# Satte ord på allmennlegeavmakt

Kommunelege Elisabeth Swensen i Seljord utløste et ras med sympatierklæringer med kronikken «Psykisk helse – en hellig ku». Hun mener allmennlegene må ta ansvar for å ikke la seg bruke som sekretærer for de nye «psyko-profesjonene».

AV PER HELGE MÅSEIDE

Kronikken, som stod på trykk i Dagbladet 6.april i år, førte til en uvanlig intens debatt om legerollen, på allmennlegenes epostbaserte diskusjonsforum *Eyr*. Utgangspunktet var spissede formuleringer, som: «Det foregår en storstilt, politisk legitimert psykiatisering av velferdsstaten.» Og: «Psykisk helse» er blitt en vekstnæring for psykoprofesjonene og en politisk hellig ku».

I kronikken tok Elisabeth Swensen til orde for en sterkere satsing på mer alvorlige psykiske lidelser, men etterlyste samtidig en «nedtrappingsplan» for lettere psykiske lidelser, som hun langt på vei karakteriserte som «alminnelig, eksistensielt slit». Hun møtte sterk motstand fra toneangivende psykologer, noe som bare førte til sterkere støtte: «Det handler om viktige emner som medikalisering, prioritering, definisjonsmakt og kamp for de svakeste og sykeste. Det ligger således i kjerneområdet



Elisabeth Swensen.

for hele vårt daglige virke.», skrev allmennlege Ivar Thomsen på *Eyr*.

– Hva var det du traff hos allmennlegene med kronikken din?

– Jeg tror mange trakk et lettelsens sukk over at noen endelig satte navn på en praksis flere enn meg har følt som noe skamfullt og ubehagelig. I forhold til barn og unge med problemer blir allmennlegene brukt som sekretærer for viderehenvisning til BUP. Vi mottar rapporter fra eksempelvis PP-tjenesten, stort sett et batteri av testresultater som vi ikke skjønner halvparten av – og som vi knapt tror på. Det gir en dårlig følelse å bli ekspeditører av tankegods som vi ikke er fortrolige med og når vi blir gisler for andre aktører.

Swensen har praktisert som allmennlege siden hun ble utdannet i 1981, de siste 25 år

i Seljord kommune. Da fastlegereformen ble innført i 2001, valgte hun i motsetning til mange av sine kolleger en kommunal stilling – med høy fastlønn, noe hun ikke er redd for å poengtere – i stedet for stykkprisfinansiering.

– Jeg tenker på meg selv som kommunalt ansatt, sier hun med stolthet i stemmen: – Jeg er ikke interessert i butikkdrift og ønsker å arbeide friere og mer tverrfaglig. Og det er ingen som etterspør mine økonomiske motiver når jeg uttaler meg, sier hun.

Swensen har understreket både i *Dagbladet* og på *Eyr* at hennes kritikk ikke minst var ment som en selvkritikk på vegne av leger som passivt har funnet seg i en legerolle de ikke er komfortable med.

Til bords med makten. – Jeg har alltid ment at det er lurt å sette seg til bords hos makten når man blir invitert, det har legene i for liten grad gjort. Mange leger har et håpløst forhold til den offentligheten de er en del av, og slår den hånden som mater dem, sier Swensen. Hun poengterer at hun er en del av kommunens ledelse, og dermed kan sette dagsorden lokalt sammen med eksempelvis



Faksimile fra  
Dagbladet  
6. april i år.



FOTO: ISTOCKPHOTO

## «Mange leger har et håpløst forhold til den offentligheten de er en del av.»

ELISABETH SWENSEN

behandlinger ved de samme kollegenes klinikker.

– Fordi legene innehar denne krevende dobbeltrollen, burde legene og Legeforeningen slått mye hardere ned på soloutspill og leger som skyver pasientene foran seg mens de forsøker å mele sin egen kake. I stedet kommer det ikke ett eneste ord. Internjustis er det eneste som hjelper, sier hun.

Med 1000 pasienter på listen, 2 ½ ukedager med pasientrettet arbeid, 1 ½ med kommunale oppgaver og en dag med distriktsmedisinsk prosjektarbeid, burde Elisabeth Swensen passe perfekt som en prototyp på samhandlingsreformens ideal-lege. Da tankene om reformen ble lansert var hun sammen med kollegene Anna Stavdal, Torgeir Gilje Lid og Guri Rørtveit entusiastisk initiativtaker til et seminar på Youngstorget i Oslo der daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen deltok. Hensikten med møtet var å samle de aktørene som hadde mest helsepolitisk makt. Nå er hun ikke fullt så positiv lenger.

– Samhandlingsreformen er blitt en kamp om regningen og om hvem som skal ta de tyngste takene. Jeg er fortsatt begeistret for samhandlingsreformens idé, men det mangler en nasjonale helse- og sykehuspolitikk, sier hun.

– Fører reformen til at det blir flere steiner i allmennlegenes ryggsekk?

– Jeg ser ikke det som et problem. Jeg er ikke redd for nye oppgaver. Tanken bak reformen er god, men problemet er at man tukler med sykehusene slik at den sammenhengende kjeden med gjensidig tillit brytes.

rektor og barnehagestyrer, men at hun også har forståelse for mer frustrerte kolleger: – Det er mye dårlig kommunalt arbeid, det er det ingen tvil om. Men mange leger har berøringsangst mot kommunene, og forholdet blir ikke bedre av at legene gjør dem til fiender.

– Så de har seg selv å takke?

– Ja, mange har insistert på kioskdirift i autonomiens navn. Legene må i stedet ta makten der den tilbys!

**Dobbeltrulle.** Swensen etterlyser en mye strengere selvjustis fra legene og fra Legeforeningen i forhold til leger som skyver pasientene foran seg i salgsframstøt på egne vegne. – Legeforeningen er i en uvanlig dobbeltrulle som den må være utrolig ryddig på. Den er dels en fagforening som med rette slåss for medlemmenes egeninteresser. Men den er også et «college», et faglig selskap som er delegert makt på vegne av faget og som er betrodd rollen som en helsepolitisk aktør.

Swensen etterlyser Legeforeningens samfunnsansvar og holdning til «bukken og havresekken»-problemstillinger. Hun nevner konkrete eksempler der kolleger står frem sammen med takknemlige pasienter, gjerne i TV2-nyhetene, og reklamerer for undersøkelser og

Da blir allmennlegene nervøse. I mitt tilfelle gir sykehuset på Notodden faglig backing, de er forutsigbare og jeg føler meg sikker på hva de kan gjøre, og vet at de kjenner de samme pasientene som jeg kjenner, sier Swensen.

– Nå fører usikkerheten rundt sykehusene til at allmennlegene ikke lenger vet hva samhandlingsreformen går ut på annet enn svulstig retorikk, sier kommunelegen og trekker fram tre forhold som undergraver tilliten til en ekte samhandling der likeverdige parter snakker sammen:

- 1) Det er ingen som vil definere hva et lokalsykehus eller et distriktsmedisinsk senter skal være.
  - 2) Ingen vil konkretisere hva allmennlegene de facto skal gjøre mer av
  - 3) Ingen vet hvor pengene er
- Selv kaller hun seg selv for «laid back»; – I morgen (19. april, red.anm.) fyller jeg 60 år, og jeg vet at både kollegene og pasientene er der, sier hun. ■

## Ønsker ikke tilsynsfunksjon

Legeforeningens president **Torunn Janbu** (bildet) mener at foreningen er seg sitt samfunnsansvar bevisst, og at den jobber for gode yrkesetiske holdninger. I en kommentar til Elisabeth Swensens uttalelser om intern selvjustis viser hun til de legeetiske reglene og til at sekretariatet kan rådggi om markedsføring: – Både leger og andre kan melde fra til Rådet for legeetikk dersom de mener at de legeetiske reglene brytes, sier hun.

Janbu mener Legeforeningen skal gi råd og korrektiv, men ønsker ikke å ha tilsyn med enkeltleger ut over dette: – I en del andre land, der legeforeningene har en tilsynsfunksjon, blir foreningene nettopp beskyldt for å ha en dobbeltrulle overfor egne medlemmer. Jeg er glad for at vi ikke har en slik rolle i Norge, sier hun. Janbu påpeker også viktigheten av at foreningen tør ta opp pasientenes rettigheter, dersom det for eksempel er et for ensidig fokus på økonomi.



# – Gjøre minst mulig, henwise mest mulig!

Allmennlege Arnulf Heimdal etterlyser myndigheter som tør prioritere: – Idealet nå er gjøre minst mulig og å henwise mest mulig!

AV PER HELGE MÅSEIDE

Heimdal, som er lege ved Kjelsås legesenter, kastet seg inn i diskusjonen på *Eyr* i kjølvannet av Elisabeth Swensens kronikk. Han har vært opptatt av prioriteringsaspektet ved diskusjonen, å definere hva som er verdige behov og å ta ansvar. – Det er ikke lett å definere hva som er verdige behov, men det er en debatt alle vrir seg unna. Og alt skal løses via helsevesenet, sier Heimdal. Allmennlegen, som i motsetning til Swensen er lønnet via per capita-tilskudd og stykkprisrefusjoner fra trygden

(Helfo), mener normaltariffen kunne vært brukt som våpen i prioriteringsdebatten. Han etterlyser incitament som økt bruk av tidstakster og takster for prosedyrer, i stedet for å stadig øke egenandelen:

– Det blir de enkle løsninger som prioriteres: «vondt i hodet – henvis nevrolog, vondt i ryggen – henvis ortoped, vondt i underlivet – henvis gynekolog», sier han. Heimdal peker også på at det i dag ikke er noe påtrykk for privatpraktiserende psykologer og psykiatere til å ta tak i det som haster: – Det blir å sette seg i kø, og å bli ringt opp etter ett år eller to. Ingen er pålagt å ta unna hastetilfellene, sier han.

Samhandlingsreformen ble presentert 8. april, to dager etter at Swensens kronikk hadde stått på trykk.

– Det var ikke mange hurrarop på *Eyr* da Samhandlingsreformen ble lansert?

– Nei, det var nokså stille på hurrafronten. Dette blir nok en kamp på ny arena, mellom kommunene og sykehusene, der det gjelder å få sine pasienter gjennom systemet. Allmennlegene blir «nyttige idioter» i et egoistisk spill om å slippe unna ansvar, og der ingen tar lederansvar. Det blir de som kan systemet best eller som roper høyest som får mest, sier Heimdal lakonisk. Han er også kritisk til Samhandlingsreformens tanker om forebyggende medisin: – Dette er i beste fall udokumenterte ønskedrømmer. Når det gjelder alkoholskader handler 90 prosent om prispolitikk, tilgjengelighet og løyver, sier han.

Arnulf Heimdal arbeider i et legefelleskap der legene har 1250-1300 pasienter på listene, og der de arbeider i fire ukedager med pasientrettet arbeid, og har én dag på helsestasjon eller liknende. ■

## Allmennlegene må tone flagg

Samfunnsmedisineren Geir Sverre Braut etterlyser allmennlegenes egen stillingstaken til en rekke utfordringer om hva deres rolle skal bli i framtiden, basert på en gryende uro i det allmenmedisinske legekorpset.

AV PER HELGE MÅSEIDE

– Uroen er merkbar, men hva som er grunnlaget for den, og hva som er legenes ønsker for framtiden, ser jeg ikke veldig tydelig. Det er en uro som synes å bestå av flere elementer som ikke er tydelig samlet, sier Braut, til daglig assisterende direktør i Statens helsetilsyn. Få har fulgt det norske allmenmedisinske miljøet så tett fra sidelinjen som ham.

Braut har forsøkt å kategorisere allmennlegenes framtidige utfordringer i fem punkter:

**1. De unge allmennlegene.** – På sykehus vet unge leger hva de får – noe de langt fra vet i norsk allmenmedisin. Å kjøpe seg inn i en egen praksis innebærer en faglig og økonomisk risiko.

– Hvis du ser på en kommune som Karmøy, så har de store problemer med å rekruttere nye og unge allmennleger. Kanskje må nye leger inn i en fastlønnsordning for at både kommunale legetjenester og legevakt skal bli dekket. Er det en type utvikling som norske allmennleger ønsker? Hva ønsker de for framtiden – skal allmenmedisinen være tariffdrevet eller fastlønnsdrevet?

**2. De middelaldrende allmennlegene.** – Utfordringen for denne legeguppen er for-

ventninger til nye oppgaver som ikke vil gi samme uttelling som pasientrettet arbeid. Hva betyr Samhandlingsreformen for dem? Hvilke forventninger er det til hva disse legene skal gjøre mer av – som forebyggende arbeid og rehabilitering? Og hvordan skal dette honoreres? Hva skal allmennlegenes oppgaver være, for eksempel som samarbeidende instans med Nav?

– I dag ser vi at en del middelaldrende allmennleger tar rollen som pasientveiledere, mens en del ikke gjør det. Jeg savner tydelighet fra norske allmennleger kollektivt om hva de ønsker seg i forhold til pasienthjelperollen. Ser de for eksempel for seg at de kan være koordinator for individuell plan?

**3. De eldre allmennlegene.** – Dette er leger som har gjort store investeringer både faglig, personalmessig og økonomisk. De har bygd opp små bedrifter, og forventer nå en viss bonus. Men hva om du er 70 år og ikke får solgt praksisen din når du ønsker å tre av, fordi de unge legene ønsker seg fastlønnsordninger? Kan vi for å møte en slik utfordring se for oss at vi får kjeder i norsk allmenmedisin, tilsvarende apotek-kjedene? I dag er det rundt 10 år siden vi fikk dem, og vi har også kjeder i den private helsebransjen. Men vi har ikke hatt den samme utviklingen og diskusjonen blant offentlig finansierte allmennleger om dette. Vi burde kanskje forventet en raskere kjededanning – til allmenmedisinske kjeder, slik som vi så i apotekbransjen for ti år siden.

**4. Den halvspesialiserte allmennlegen.** – Et spørsmål er i hvilken grad legene i framtiden kan «halvspesialisere» seg f.eks. i allergologi,

gynekologi eller i eldres lidelser? I dag gjør en del pasienter opplyste valg – basert på kjennskap til legenes interessefelt og kunnskaper. Spørsmålet er ihvilken grad dette bør gjøres mer synlig – og formalisert?

**5. Hvor langt skal ansvaret strekke seg?**

– Hvor langt skal legenes ansvar gå, når det for eksempel gjelder rehabilitering, sykmelding og yrkesrettet attføring? I dag ser man at noen gjerne vil beholde rollen der de sykmelder pasienter – mens andre godt kunne gitt slipp på dette. Hva vil norske allmennleger i framtiden? Ønsker de å slippe unna sykmeldinger?

**Må tone flagg.** – Allmennlegene må tone flagg – sammen. Det holder ikke å vente på myndighetene – og så respondere. De må i stedet krangle seg fram til omforente kollektive standpunkter, sier Geir Sverre Braut, som gjerne vil understreke at han ser positivt på mulighetene for framtidens allmennleger:

– Når jeg har deltatt på videreutdanningskurs for allmennleger har jeg møtt en mye mer interessert gjeng siste 5-6 årene enn tidligere. For 10 år siden var mange bare opptatt av hvor mye de kunne tjene. Nå møter jeg allmennleger som er positivt interessert i utviklingen for sitt eget fag, sier Braut: – Men de må på banen nå. Hvis ikke forspiller de sjansen til å påvirke! ■

- **Fastlegereformen er i disse dager 10 år.**
- **Forskere mener at den har gitt pasientene mer makt, men at den ikke har gitt allmennlegene mer prestisje.**
- **Fastlegereformen regnes som en mønsterreform, men har vært kostbar.**

# Fornøyde forskere

## FASTLEGEORDNINGEN

- ▶ Hovedmodellen i fastlegeordningen er at fastlegen skal være selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen.
- ▶ 93,5 prosent av fastlegene er privatpraktiserende, mens de resterende 6,5 prosent er ansatt i kommunen.
- ▶ Gjennom den individuelle fastlegeavtalen/ansettelseskontrakt, skal kommunen sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten.
- ▶ Kommunen må samtidig sikre ivaretagelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta.
- ▶ I Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslår departementet at kommunene skal få bedre styring med fastlegene. Lovforslaget ligger nå til behandling i Stortinget

AV KRISTIN MACK-BORANDER

Fastlegereformen er i disse dager 10 år. Den har trolig gitt pasientene mer makt, men ikke mer prestisje til allmennlegene. Nå ønsker myndighetene å redusere legenes frihet.

**Mønsterreform.** – Fastlegereformen er en av de bedre reformene, egentlig en mønsterreform hvis vi sammenlikner med sykehus- og samhandlingsreformen, hvor mangelen på empiri er en betydelig svakhet, mener professor Olaf Aasland, instituttssjef ved Legeforeningens forskningsinstitutt. Før fastlegereformen ble vedtatt, ble det gjennomført en forsøksordning i enkelte kommuner.

– Prøveprosjektet gjorde at man fant en god form allerede fra start og slapp de store politiske sjøslagene. Politikerne vet imidlertid at slik utprøving har en tendens til å trekke ut i tid, derfor velger de heller å skjære gjennom og ta en bestemmelse, slik vi har sett med sykehus- og samhandlingsreformen, sier han.

**Dyr reform.** – Ordningen er dyr fordi pasienten har fått mer makt. Samtidig var en av intensjonene med reformen, nettopp å gi pasientene mer makt, sier forsker Benedicte Carlsen ved Rokkan-senteret i Bergen hun.

– **Har kostnadene, som følge av pasientens økte innflytelse, vært en utilsiktet effekt?**

– Ja. Når pasientene får velge og vrake, så blir det lett veldig kostbart. Det er vanskelig å styre ressursbruken i samfunnet når allmennlegenes såkalte portvaktfunksjoner kun belager seg på deres ansvarsfølelse for ressursbruk, og ikke på, for eksempel økonomiske virkemidler. Det samme gjelder sykmelding, attestskriving, etc. Legene slipper å ha økonomisk ansvar for de overordnede prioriteringene.

Aasland mener det er slik det må være.

– Legen skal primært være pasientens advokat, ikke samfunnets forlengede arm. Ved sykmeldinger og søknad om uførepensjon, kombinerer man disse to rollene, og er både pasientens talsmann og samfunnets sakkyndige, sier han.

◀ **Bedre tilgjengelighet.** – Da fastlegeordningen ble innført, var vel målene særlig knyttet til bedre tilgjengelighet, bedre kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient og bedre arbeidsdeling mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vurdert for landet som helhet er mitt inntrykk at det har vært en forbedring i tilgjengelighet og kontinuitet. Hvordan arbeidsdelingen mellom allmennlegene og spesialisthelsetjenesten har utviklet seg, vet vi ikke, siden det ikke er tilgjengelige registerdata som kan belyse dette. At slike data ikke eksisterer, er utilfredsstillende ved inngangen til samhandlingsreformen, sier professor og forskningsleder ved Helseøkonomisk forskningsprogram, Tor Iversen, Universitetet i Oslo.

Iversen tror ikke at det uten videre er gitt at en økning i antall fastleger vil dempe presset på spesialisthelsetjenesten. Han mener oppmerksomheten først bør rettes mot hva innholdet i fastlegeordningen skal være, og deretter mot hvilken kapasitet som trengs for å fylle dette innholdet.

**Paradoks.** Fastlegeordningen skårer langt høyere i befolkningstilfredshetsundersøkelser enn for eksempel pleie- og omsorgstjenesten og helsesøstertjenesten. Olaf Aasland mener det er et paradoks å forsøke og gjøre fastlegeordningen mer lik de tjenestene folk er mindre fornøyde med. Samtidig forstår han godt myndighetenes behov for å sikre en bedre dekning av kommunale allmennmedisinske og samfunnsmedisinske legeoppgaver.

Studier viser at autonomi er spesielt viktig for fastlegenes identitet.

– Er allmennleger lite flinke til å

innordne seg, og først og fremst opptatt av penger og friheten til å gjøre som de vil?

– Jeg tror ikke allmennleger er så opptatt av penger som man kan få inntrykk av. Men det som virkelig opptar dem, er deres faglige frihet, og denne hegner de godt om. I undersøkelser om jobbtilfredshet blant leger, skårer privatpraktiserende spesialister høyest, allmennlegene følger hakk i hæl, mens det er et stort gap ned til sykehuslegene. Allmennlegene rapporterer særlig tilfredshet med friheten til å bestemme selv. Det er helt klart at samhandlingsreformen setter denne friheten under press. Sterkere styring er del av en trend som vi ser i mange andre land, sier Aasland.

Tor Iversen påpeker at selv om fastlegene driver privat, kommer størstedelen av praksisinntekten fra stat og kommune. Til tross for at ressursinnsatsen i primærlegetjenesten er beskjeden i forhold til innsatsen i spesialisthelsetjenesten og omsorgssektoren, har de beslutningene allmennlegene fatter, stor betydning for ressursbruken i de andre sektorene.

– Å legge føringer for fastlegenes virksomhet, er derfor en viktig del av offentlig sektors oppgaver, sier han.

**Økt prestisje.** Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen uttalte at han ville gjøre det mer prestisjefyllt å være fastlege, og at det å jobbe i kommunen skulle få økt status og betydning. Olaf Aasland mener prestisje ikke kan bestemmes politisk, og får støtte av Benedicte Carlsen:

– Det ser i hvert fall ikke ut til at Fastlegeordningen har ført til en slik endring, selv om de tjener mer enn spesialiteter som skårer høyere på prestisjeskalaen, sier hun. ■

## Ønsker fortsatt avtaleløsning

I dag reguleres fastlegeordningen gjennom «Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeförening om allmennlegetjeneste i fastlegeordningen i kommunene».

Arne Norum, spesialrådgiver i KS synes, i likhet med Legeföreningen, at dagens ordning fungerer bra. Han mener politikernes ønske om sterkere styring av fastlegene nedfelt i fastlegeforskriften vitner om en veldig teoretisk tilnærming, og stiller spørsmål ved om det å flytte bestemmelser fra et avtaleverk til en forskrift i praksis utgjør den store forskjellen.

– Hvis man som en del av samhandlingsreformen mener at fastlegene skal gjøre noe annerledes enn det de gjør i dag, så må dette konkretiseres, og ikke gjemmes bort i vage, generelle formuleringer. Deretter får man ta en faglig diskusjon om de eventuelle endringsforslagene er til det bedre eller ikke. Uten en spesifisering av hva man legger i den økte styringen, virker ønsket om endringer mest som en papirbestemmelse, sier Norum.

## Utenlandske leger i Norge

I Journalen nr 1/2011 side 6 står det en artikkel «Færre enn hver tredje lege utdannes i Norge». Dette bygger på opplysninger fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) om at kun 481 av 1571 leger som fikk norsk autorisasjon i 2010 var utdannet i Norge.

Problemet med denne betraktningen er at antallet leger som får norsk autorisasjon i løpet av et år ikke er noen god indikator på tilgangen av nye leger. Dette illustreres best ved å differensiere opplysningene om de 1090 legene som ikke var utdannet i Norge. Av disse var det en stor gruppe utenlandske statsborgere, men ifølge Legeföreningens legeregister er det bare ca 18 % av disse som arbeider i Norge per i dag. Denne andelen er særlig lav for leger fra Sverige og Danmark, som utgjør en stor del av det totale antallet utenlandske leger som fikk norsk autorisasjon i 2010.

Antallet norske leger som er utdannet i utlandet, hovedsakelig i Øst-Europa, utgjør også en stor del av gruppen som ikke var utdannet i Norge. Disse er færre enn de utenlandske legene totalt sett (når vi ser på alle 1571), men omkring tre ganger flere enn de utenlandske legene som fikk norsk autorisasjon i 2010 når vi avgrenser til de legene som faktisk arbeider i Norge per i dag. Totalt sett er det derfor blant legene som fikk norsk autorisasjon i 2010 og som arbeider i Norge per i dag, opp til 87 % som enten er norske statsborgere eller er utdannet i Norge (når de 19 utenlandske legene som ble utdannet i Norge regnes med).

Andelen utenlandske leger i Norge har de siste 10 årene ligget nokså stabilt omkring 16 %, og heller ikke tallene for leger som fikk norsk autorisasjon i 2010 bidrar til å endre denne andelen nevneverdig. Derimot er det interessant å påpeke at en økende andel av de utenlandske legene som faktisk arbeider i Norge per i dag, er godkjente spesialister, enten etter konvertering av spesialiteten fra EU/EØS eller ved at de blir godkjente spesialister etter norske regler etter å ha tatt deler av, eller hele, spesialistutdanningen i Norge. Det skjer altså en del endringer i sammensetningen av de utenlandske legene i Norge med hensyn til godkjent spesialitet, og det skjer også en del endringer med hensyn til fordelingen på ulike nasjonaliteter. Nærmere informasjon om dette finnes i denne artikkelen:

<http://www.legeföreningen.no/id/167501>

ANDERS TARALDSET

Statistikkseksjon

Den norske legeförening



# E-journal hos Google

## MARTIN AASBRENN



(F. 1982)

- ▶ 2008 Cand. med. Universitetet i Oslo
- ▶ Fra 2006 Underviser, Diakonhjemmet Høgskole
- ▶ Fra 2011 Assistentlege, Tynset Sykehus

[www.twitter.com/maasbrenn](http://www.twitter.com/maasbrenn)

**Jeg har opprettet en profil på Google Health i dag.** Der har jeg lagt inn informasjon om tidligere sykdommer, røntgenbilder og prøveresultater.

**Om jeg blir alvorlig syk** vil jeg at legen som vurderer meg har rask tilgang på relevante og riktige opplysninger. For meg er disse dataene spredt i mange journalsystemer i ulike utkanter av Norge og Danmark, og vi fortsetter å flytte rundt. Jeg vil at gamle spirometrikurver også finnes tilgjengelig for legene om vi bor i Peru, og at nøyaktige livstidskurver over medikamenthistorikk og blodtrykksutvikling kan hentes med tre klikk. Dessuten kan jeg godt tenke meg å redigere avsnittet med tidligere sykdommer selv, i stedet for å skulle satse på at den stressede turnuslegen som skriver journalen er nøyaktig.

**En del pasienter har ringpermer** med alle epikriser. En e-journal har fordeler: Den veier ingen ting og er dermed tilgjengelig selv hvis en blir overraskende innlagt. Journalen kan inneholde multimedieinnhold. Den er søkbar, og kan ha bilder med høy oppløsning.

Innsyn er beskyttet med passord, og jeg får gode statistikker over hvem som har logget seg inn i journalen.

**Er det problematisk** om utålmodige pasienter samler sine journaler med multimedievedlegg hos et firma? Hva endrer seg hvis pasientene selv begynner å redigere sine journaler?

**Martin**

*Vil gjerne diskutere journaler og redaktørroller videre: Dette innlegget legges med kommentarfelt på [medisiner.blogspot.com](http://medisiner.blogspot.com)*



**NETTTIPS:** Skriver du på dokumenter sammen med andre, og er lei av vedlegg der det blir rot med ulike versjoner? Mine favorittsystemer for samskriving er en fellesmappe på Dropbox, [www.dropbox.com](http://www.dropbox.com), eller Google Dokumenter, [docs.google.com](http://docs.google.com).

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

# Streng, men inspirerende

Yngvar Andersen er kjent for å hjelpe utrente folk i programmet PULS på NRK1. Nå har han skrevet bok om det å komme seg i form.

Yngvar Andersen har, i tillegg til at han driver treningsstudioene *Mykjemeir* og jobber som personlig trener, undervist og vært sensor på personlig trener-utdanningen ved Norges idrettshøgskole, der han også er utdannet. Han holder foredrag og workshops rundt om i landet. Han har også vært norsk juniormester i kule, diskos og spyd.

**Yngvar Andersen lover mye.** Han åpner boken med å si at den er løsningen for de som aldri har vært i form, og for de som aldri greide å holde seg i form.

Innledningsvis motiverer han leseren til å få lyst til å trene, og til å få troen på at dette er gjennomførbart. Ifølge treningsguruen er

det mulig å komme i svært god form ved å trene bare tre timer i uken i syv uker. Han bruker også plass på å avlive noen myter om trening. For eksempel at det ikke alltid er gøy å trene, og at det ofte er et slit å komme i god form.

**Boken er delt i to hoveddeler;** én treningsdel og én ernæringsdel, med oppskrifter på sunn og god mat. Treningsdelen er igjen delt inn i kondisjon og styrketrening.

Boka legger opp til et treningsprogram på syv uker. I tillegg får man enkle kostholdsregler for å gå ned i vekt.

Før man starter, skal man teste seg selv, både styrke og kondisjon. Videre skal man ta et bilde av seg

selv i helfigur kun iført undertøy, og måle livvidden. Da har man noe å sammenligne med når målet er nådd.

Kondisjonsdelen er lagt opp til øker på 60 minutter, enten det er rask gange, lett jogging, sykling eller skigåing. Styrketreningen kan utføres hjemme, i parken eller ved treningsstudioet. Øvelsene er enkle og med mange illustrasjoner og gode instruksjoner.

Boken inneholder også en treningsdagbok som er inndelt som boken; én treningsdel og én kostholdsdel. Her har Yngvar Andersen satt opp rubrikker både for kosthold og for treningsøkter slik at en kan krysse av for hver dag, og se hvor flink man har vært. Det er tolv rubrikker for hver uke, og ett kryss gir to poeng. Dersom man scorer 10 eller høyere, har man «klart det». Dersom man scorer lavere, må man ta uken om igjen. Yngvar legger vekt på hverdagsaktivitet. Dersom man gjennomfører én hverdagsaktivitet som utgjør et par timer, utenom treningen hver uke, kan man sette kryss i en av rubrikkene.

Denne poenggivingen er nok ment å skulle motivere. Den gir faktisk rom for en utskeielsesdag i uken hvor man kan spise hva man vil, og fremdeles få lov til å sette kryss. Etter fire uker er det på nytt tid for testing for å se på resultatene av sin innsats. Nå kan man også utfordre seag selv mer ved å øke vanskelighetsgraden av styrkeøvelsene. Når de syv ukene er vel gjennomført, er det på tide med nytt bilde og ny testing. Forhåpentligvis har livvidden gått ned – og kondisjonen opp.

**Kostholdsradene er enkle.** Det legges ikke opp til spesielle dietter eller at man ikke skal kunne spise god mat. Det er til og med tillat med litt vin i ny og ne. Forfatteren vektlegger også hvor viktig det er

**YNGVAR ANDERSEN**

KOM I FORM MED YNGVAR

Aschehoug forlag, 2011  
ISBN: 978-82-03-23939-7  
Veil. pris: 299,-



med mellommåltider, slik at man ikke skal falle for fristelsen til å hive innpå med en neve potetgull eller en sjokolade rett før middag.

I kostholdsdelen er det mange gode og enkle oppskrifter på frokoster, lunsjer og middager. Man må ikke oppsøke spesialbutikker for å finne ingrediensene, og man trenger heller ikke å ha gjennomført et kokkekurs for å kunne tilberede maten.

**Boken er lettlest,** med mange fine illustrasjoner. Spesielt fine er bildene fra styrketreningen. Jeg synes også at forfatteren legger opp til et overkommelig ambisjonsnivå. Man kan gjennomføre alle delene av treningen uten å gå til innkjøp av dyre klær og utstyr, og de fleste av kan sette av tre timer i uken.

Hvis jeg skal ha en innvending, må det være at jeg synes Yngvar er streng. Men det er kanskje, etter hans erfaring, nødvendig.

**Dette er boken** hvis du vil komme i form. Den veileder deg til et sunnere kosthold og et mer aktivt liv, selv om du er i full jobb og har familie. Noe annet som er veldig positivt er at målet nås etter bare syv uker.

Boken inspirerer, det er det ingen tvil om. Selv er jeg i alle fall i full gang. Så vil det vise seg om den holder det den lover.



AV MONICA SAILER  
Fysioterapeut,  
ass. lege ved kirurgisk avd.,  
ortopedisk seksjon,  
ved Diakonhjemmet Sykehus

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

I anledning 125 års-jubileet, har *Journalen* snakket med samfunnsengasjerte personer om deres forhold til Den norske Legeforening. I jubileumsåret vil vi bringe flere slike intervjuer, både i papirutgaven og på nett.

## – Altfor lite ressurser går til psykologi sammenliknet med psykiatri

Tidligere statsminister **KÅRE WILLOCH** vil at den neste legepresidenten skal arbeide for å styrke det psykiske helsevesen og for å overføre behandlarmakt fra psykiatere til psykologer.

### – Hvilket inntrykk har du av Den norske legeforening?

– Jeg tror nok at Den norske legeforening er Norges dyktigste fagforening med tanke på å framforhandle et høyt lønnsnivå for sine medlemmer. Leger har påfallende høyere inntekter enn andre grupper med like høy utdanning. Hvis man for eksempel sammenlikner med jurister har jo de mye større innbyrdes forskjeller, men det har ikke sammenheng med Juristforeningens arbeid. Legeforeningen har derimot oppnådd en generell heving av inntektsnivået.

### – Hvilken samfunnsrolle bør Legeforeningen spille?

– Legeforeningen har en klart viktig faglig pådriverrolle, og det er svært viktig at den ikke påvirkes utilbørlig av egeninteresser. Så ønsker jeg en klargjøring av kompetanseforskjeller. Altfor lite ressurser går til psykologi sammenliknet med psykiatri. Det er svært viktig at det bygges opp en parallel førstelinjetjeneste for psykiske problemer. Den passer ikke nødvendigvis for en som har benyttet sine mest formende år på en ren medisinsk utdanning.

### – Hvilket råd vil du gi til Legeforeningens neste president?

– Å engasjere seg i utbedringen av det psykiske helsevesenet som ikke er godt i Norge. Dødsfall under psykiatrisk behandling er et stort problem. Og alle fagfolk bør ikke legge skjul på begrensningen av faglige løsninger som skyldes kommuneinndelingene. Dette er inderlig irrasjonelt og et indirekte helseproblem. Og Legeforeningen har så uforholdsmessig stor innflytelse at jeg nesten bør be om å få se situatene.

AV PER HELGE MÅSEIDE

## – Mer engasjement i narkotikadebatten!

**ANLOV P. MATHIESEN** er redaktør for =Oslo, tidsskriftet som selges av tiggere og hjemløse på mange gatehjørner rundt om i Oslo. Han vil høre en sterkere røst fra Legeforeningen i narkotikadebatten, men helst en nykter stemme.

### – Hvilket inntrykk har du av Den norske legeforening?

– Mitt inntrykk er at Legeforeningen har en ryddig og profesjonell rolle i det offentlige ordskiftet. En sober stemme blant mange sprikende og sterke meninger. Det er dog liten tvil om at Legeforeningen til tider kan virke som en forlenget arm for gammeltdagse krefter og tankemåter, men det er langt bedre enn om det hadde vært motsatt. En viss dose konservatisme kan være på sin plass i en ellers raskt skiftende samfunnsverdag.

### – Hvilken samfunnsrolle bør Legeforeningen spille?

– Legeforeningen bør etter mitt syn fortsette å dyrke sin allerede sterke rolle som en organisasjon som hever seg over populistiske utspill og kortvarige tendenser. Når det er sagt, så ønsker jeg selvsagt at Legeforeningen engasjerer seg mer i narkotikadebatten. For er det noe debatten om ruspolitikk og fag behøver i dag, så er det flere kompetente stemmer.

### – Hvilket råd vil du gi til Legeforeningens neste president?

– Bruk hjernen ydmykt og stolt. Ikke la deg bruke av de utallige interesseorganisasjonene innen helse- og omsorgsindustrien. Tenk deg om to og tre ganger før du benytter Legeforeningens stempel på utspill som vekter en bestemt mening i en dagsaktuell sak. Men slutt ikke å ytre deg av den grunn, tenk heller mer!

AV KARSTEN GUNDERSEN

## JOURNALEN I NYHETENE

Saken i forrige nummer om at Helsetilsynet skal føre tilsyn med helsetjenester i Afghanistan ble gjengitt i *Aftenposten*.

Lederen om helsetjenester til papirløse barn, ble publisert i en noe omarbeidet versjon i *VG* 25.02. *NTB* grep deretter fatt i temaet i en sak som ble trykket i *Dagsavisen* og i *Vårt Land*.



## Styret

### LEDER

Svein Aarseth 22 02 62 10  
Frysja legekontor

svein.aarseth@legeforeningen.no

### NESTLEDER

Kristin Hovland, Namf 23 19 51 00  
Statens arbeidsmiljøinstitutt  
kristin.hovland@stami.no

Recep Øzeke 22 89 40 00  
Oslo universitetssykehus, Aker  
recep.ozeke@akersykehus.no

Pernille Bruusgaard 02180  
Oslo kommune, Smestadhjemmet  
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 15 70 00  
Grefsen legesenter  
bjorn.sletvold@vikenfiber.no

Siri Schøyen Seterelv, LSA 02180  
Bydel Grorud  
siri.schoyen.seterelv@bgr.oslo.kommune.no

Vidar Gundersen, LVS 22 85 11 73  
Universitetet i Oslo  
vidar.gundersen@medisin.uio.no

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80  
Oslo universitetssykehus, Ullevål  
aasmund.bredeli@ullevaal.no

Oscar Løvdal, PSL 23 07 26 00  
Oslo Øre-Nese-Hals  
oscar@oslo-onh.no

Kristian Fosså, Ylf 22 11 80 80  
Klinikk for diagnostikk og  
intervensjon ved OUS, Rikshospitalet.  
kristian.fossa@rikshospitalet.no

Ole-Christian Normann, Nmf 22 85 50 50  
Universitetet i Oslo  
ole-christian@normann.no

### SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40  
Oslo legeforening  
unni.brøter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42  
Oslo legeforening  
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no

### KURSKOMITÉ

Reidar Johansen 22 95 55 90  
leder  
Majorstukrysset legegruppe  
reidar@doctor.com

### HELSETJENESTER FOR LEGER

Ellen Scheel 22 51 11 00  
«Lege-lege»-ordningen  
Ullern legesenter  
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Sven Haaverstad 23 15 61 00  
Støttekollega-ordningen  
Schouslegene  
sven.haaverstad@oslolegene.no

Oslo legeforening er en lokalforening  
i Den norske legeforening.

## LEDEREN

# «For noen holder det med noen timer hjemmehjelp i uka

**DETTE SA JENS STOLTENBERG** i sin nyttårstale. Jeg tolker det slik at han tror han beskriver virkeligheten – at dette er en tjeneste som er tilgjengelig for de som trenger det. Slik er det ikke. I min bydel – og den er neppe noe unntak – er det mer vanlig med en time hver 14. dag.

**JEG BLIR DERFOR SITTENDE** med et inntrykk av at det er denne slags mytedannelser som ligger til grunn for politikeres forståelse av situasjonen og de vedtak som treffes både på nasjonalt og kommunalt nivå.

**ÉN MYTE BESKRIVER** en oppbygging av hjemmebaserte tjenester som skal gjøre det lettere for bl.a. eldre å kunne bo hjemme. Riksrevisjonens rapport fra 2009 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene til eldre beskriver en annen virkelighet. Andel plasser i institusjon for de over 80 år er redusert. Det er de unge brukerne som tilgodeses med hjemmesykepleietjenester. Dette ser jeg også i egen bydel.

**ANTALL BRUKERE** i hjemmebaserte tjenester går ned, antall brukere over 80 år går ned, antall som har trygghetsalarm går ned, antall som får TT-kort går ned.

**ETTER DAGENS LOVGIVNING** skilles det klart mellom tjenester som er lovpålagte og tjenester som ikke er lovpålagte – f.eks. dagsenter for eldre. Dette er tjenester som kan bidra til verdighet i alderdommen og til at funksjonsnivået opprettholdes forsvarlig høyt til at man kan bo hjemme – men som nedprioriteres av økonomiske grunner.

**STOLTENBERG SA OGSÅ:** «For 100 år siden fikk mange 65-åringer

omsorg av sine barn. I dag gir mange 65-åringer omsorg til sine foreldre.» Han har mer rett enn han aner. Mange eldre får ikke det tilbudet de har krav på – og er helt avhengige av at familien trår til. For kommunen gjelder det med en liten omskrivning av Paulus: «For viljen har jeg, men å gjøre det gode makter jeg ikke» – fordi jeg ikke har råd.

**JEG ER USIKKER PÅ** hva samhandlingsreformen vil medføre, men det nye verktøyet blir hetende: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), proposisjonen er nylig overlevert Stortinget. Jeg ser flere fallgruver: Bl.a. mangel på personell, mangel på økonomi, små og uhensiktsmessige kommuner og manglende mulighet til samarbeid for å nevne noen. Tjenester i kommunesektoren må rettighetsbaseres på objektive kriterier på linje med det man har i spesialisthelsetjenesten. Man må ut i terrenget og revidere kartet (avlive mytene) før man ser om tiltakene faktisk er nyttige.



SVEIN AARSETH  
LEDER OSLO LEGEFORNING

# Årsmøte med temamøte

## 25. august 2011 i Legenes hus

Saker som ønskes behandlet, må være Oslo legeförening i hende senest åtte uker før årsmøtet.

Emne for temamøtet og nærmere informasjon om årsmøtet offentliggjøres senere.



17. MAI  
i Legenes hus

**Vi feirer 17. mai  
i Legenes hus  
fra kl 12-14.**

- Det blir is, pølser, brus og kaker.
- Tryllekunstneren kommer i år også.
- Medicinsk Paradeorchæster spiller ute og inne.
- Inngangsbilletten er et lodd og gevinsten trekkes kl 14.



## OSLO- LEGEN 2011

**Vi ber om forslag til kandidater til årets Oslo-lege.**

Retningslinjer som legges til grunn er:

1. Mottakeren må være medlem av Oslo legeförening
2. Mottakeren må ha utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet ha synliggjort legene og legerollen på en positiv måte.
3. Nåværende medlemmer av Oslo legeföreningens styre er ikke aktuelle.
4. Mottakeren bør ha et spesielt «Oslo-fokus» med hensyn til sitt virke, og være kjent ut over en indre krets.
5. Svært kjente kandidater som også har mottatt andre utmerkelse, er ikke prioritert.

Begrunnet forslag til kandidater sendes Oslo legeföreningens sekretariat ved Unni Brøter: unni.brøter@legeforeningen.no innen 23. mai 2011.

Utmerkelsen vil bli delt ut på vårt årsmøte 25. august.

## Medisinsk- filosofisk debatt- forum

Medisinsk-filosofiske debattfora har Bergen og Tromsø hatt lenge. Oslo fikk sitt i 2006, først og fremst etter at Eli Berg, da allmennpraktiker på Kongsvinger, nå førsteamanuensis på Ahus, tok et fast grep. Styringsgruppen er i tillegg Kristin Halvorsen, Hans Magnus Solli og Bjørgulf Clausen.

Møtene holdes stort sett hver andre tirsdag i måneden kl 19 i Fredrik Holsts hus inne på Ullevål sykehus. Høstens møteplanen er nå slik:

Professor Per Sundby skal snakke om språkets makt og magi i erkjennelsen av sosiale virkeligheter, og den 8. november snakker filosof Trond Skaftnesmo om bevissthet og hjerne, nevrobiologiens harde problem.

BJØRGULF CLAUSSEN

### AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFÖRENING

Mai

**Tirsdag 17.** Arrangement i Legenes hus

**Torsdag 19.** Styremøte

**Onsdag 25.** Legeföreningens 125 årsjubileum

**25.-27.** Landsstyremøte

Juni

**Torsdag 9.** Styremøte

August

**Mandag 22.** Styremøte

**Torsdag 25.** Årsmøte med valg og temamøte

Fra september vil det være nytt styre, møtedatoer kan evt endres.

September

**Torsdag 22.** Styremøte

Oktober

**Torsdag 27.** Styremøte

November

**Tirsdag 22.** Temamøte på Litteraturhuset

**Torsdag 24.** Styremøte

# Klare for kamp

«Den morsomste jobben jeg noensinne har hatt» mener avtroppende president Torunn Janbu. Første september blir det Trond Egil Hansen eller Hege Gjessing som overtar presidentvervet i Den norske legeforening. Her forteller de oss hvorfor det bør bli en av dem.

AV CHARLOTTE LUNDE

**Hvorfor er akkurat du egnet som ny president i legeforeningen?**

## TROND EGIL HANSEN:

Jeg mener at jeg er den som er best egnet til å overta som president, og jeg har lyst. Jeg har omfattende klinisk og organisasjonsmessig erfaring. I Legeforeningen har jeg hatt sentrale verv både i fagmedisinsk forening og yrkesforening. Jeg har som sentralstyremedlem vært bevisst på å ivareta alle Legeforeningens medlemmer, ikke bare den gruppen jeg selv tilhører. Likevel ser jeg at presidentrollen vil innebære et tydelig rolleskifte for å bli hele foreningens president, og jeg er klar for dette.

## HEGE GJESSING:

Jeg har en bakgrunn som har gitt meg innsikt i de forskjellige delene av helsetjenesten: før jeg begynte med anestesi var jeg i Sudan med Leger uten grenser, jeg jobbet i allennpraksis og med radiologi og jeg brukte et år på forskning og var førsteforfatter på en artikkel om totalruptur ved fødsel før jeg avsluttet studiene. Denne bredden sammen med at jeg nå har jobbet nesten fire år på fulltid som Ylf-leder og sentral-

styremedlem, og at jeg i denne tiden har oppnådd gode resultater, er et godt grunnlag for å gå inn i presidentrollen. Resultatene jeg har oppnådd har kommet som følge av en lederstil og mine personlige holdninger. Jeg er opptatt av å involvere andre uavhengig av standpunkt sånn at vi kan få så mange argumenter opp på bordet som mulig. På den måten kan vi forstå hva vi må gjøre for å få gjennomslag. Som leger flest liker jeg å jobbe med mennesker. Jeg er opptatt av å bygge nettverk, inspirere andre og å gi plass til personer som ønsker å bidra med sine egenskaper og med sin tid. Jeg er glad i å formidle og å diskutere og jeg har stor tro på at når akkurat det gjøres på en konstruktiv måte, beveger vi oss framover både som mennesker og som forening.

**Hva tror du/forventer du et slikt verv vil kreve av deg?**

## TROND EGIL HANSEN:

Jeg har alltid hatt stor arbeidskapasitet og stor entusiasme for arbeidet mitt både i og utenfor Legeforeningen. Det gir krefter og inspirasjon i seg selv. Jeg er god på å velge de rette kampene. Jeg vil ikke kaste bort krefter på tapte slag, men føre de krigene som må føres. Jeg er god på kompromisser

når det er riktig, sta og ubøyelig når det er viktig.

## HEGE GJESSING:

Det er en stor og mangfoldig jobb som blant annet krever at jeg stiller meg til rådighet for andre i svært stor grad. Som Ylf-leder har jeg brukt mye tid på å reise for å holde tett kontakt med tillitsvalgte, og dette vil jeg forsette med som president. Det er en utadrettet stilling også på den måten at presidenten er legenes talsperson i mange forskjellige situasjoner. Det er derfor viktig med gode forberedelser og god bruk av foreningens samlede kompetanse og kunnskap. Legeforeningen må ha gode relasjoner til myndigheter og andre organisasjoner, og presidenten må jobbe med dette selv, og gjennom foreningens mange ressurspersoner. Alt dette er også det som gjør jobben spennende, interessant og morsom.

**Hvordan tror du legeforeningen oppfattes utad blant «folk flest»?**

## TROND EGIL HANSEN:

Legeforeningen oppfattes som seriøs og kompetent, og som en pålitelig samarbeidspartner for pasientorganisasjoner og for helse-



FOTO: LEGEFORENINGEN/MARK CABOT

myndigheter. Det skal vi ta vare på. Vi må være et tydelig talerør for pasientenes og befolkningens interesser. Men jeg mener at vi gjerne kan komme med tydeligere budskap og fremstå mindre føye-lige. Jeg synes også at vi bør la det menings spenn som er blant medlemmene i en del saker, få komme tydeligere frem. Mest omdømme-kritisk er det hvis vi fremmer egne interesser med «faglig forkledning». Det må vi unngå.

## HEGE GJESSING:

Dette er viktig fordi vi målet vårt er at vi skal oppfattes som garantisten for at det medisinskfaglige ivaretas på en så god måte som mulig. Når vi er på banen, vil vi at folk skal være trygge på at vi snakker ut fra god og sikker kunnskap, og at målet vårt er å få til helsepolitiske løsninger som gir bedre pasientbehandling og bedre generell helse i befolkningen. Vi er også en fagforening, og medlemmene skal vite at vi er der når de trenger oss og at vi jobber for at arbeidsmiljø og arbeids-

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.



FOTO: LEGEFORENINGEN/MARK CABOT

vilkår skal gi den tryggheten som skal til for at legene kan arbeide så godt som mulig med faget sitt. Jeg tenker at vi kan jobbe bedre med akkurat dette i neste periode ved å bli mer offensive og tydelige i det offentlige rom.

**Nevn kort de viktigste sakene legeföreningen nå står overfor – og hvorfor du anser disse som de viktigste.**

#### TROND EGIL HANSEN:

Kvalitet i helsetjenesten. For å arbeide med kvalitetsutvikling må vi ha på plass gode kvalitetsregistre for å skaffe kunnskap om hvordan det går med pasientene våre over tid. Det er mulig å utvikle gode kvalitetsregistre og ivareta personvernet samtidig. Helsetjenesten både i og utenfor sykehus må måles på kvalitet, og det må være åpenhet om resultatene.

Medisinsk forskning må styrkes, både ved universitetene, i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Allmennmedisinsk forskning trenger et særlig løft.

Riktige virkemidler for gjennomføring av samhandlingsreformen. Vi må ha rammer for omforent ansvars- og oppgavedeling, tilpasset kapasitet, og gode prioriteringer. Nasjonal sykehusplan må på plass og må fylles med et innhold. Fastlegenes tilbud må utvikles på innhold, kvalitet og kapasitet. Kommunehelsetjenesten må settes i stand til å ta hånd om de som er for syke til å være hjemme, men ikke har aktuelt behov for sykehusinnleggelse. Både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må det være samsvar mellom bestilling/forventning og finansiering.

Vi må opprettholde et konkurranseforhold mellom et offentlig helsetjenestetilbud og et avtalebasert og helprivat tilbud. Det vil bidra både til kvalitetsutvikling i tjenestene og til et variert legearbeidsmarked. Vi må sikre at alle typer legearbeid er attraktive yrkesvalg.

#### HEGE GJESSING:

1. Ledelse – fordi god ledelse sikrer god fagutvikling. God medisinsk faglig ledelse gir bedre pasientoverlevelse og bedre økonomisk kontroll. Dette er helt nødvendig at vi forbedrer oss på ledelse hvis vi skal klare å løfte oss kvalitetsmessig.

2. Samhandlingsreformen fordi den vil legge sterke føringer for fremtidens helsetjenester. Fastlegenes rolle må sikres og styrkes og det må utvikles bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus for at reformen skal få ønsket effekt

3. Utvikling av sykehus. Vi har bedt om en Nasjonal sykehusplan og vi trenger i mye større grad faglige begrunnelser i forkant av at endringer innføres. Somatiske sykehus er nå i en presset situasjon og både legebemannning og antall senger er i ferd med å nå et så lavt nivå at det vil måtte komme en motreaksjon. Faste stillinger må innføres for leger i spesialisering for å sikre normale arbeidstagerrettigheter.

**Hva gjør du hvis du ikke vinner?**

#### TROND EGIL HANSEN:

Jeg stiller til gjenvalg som leder for Allmennlegeforeningen og håper på å fortsette som det hvis presidentambisjonene ikke fører fram. Jeg vil uansett gjøre mitt beste for at det valget landsstyret gjør, skal bli bra for foreningen. Mine personlige ambisjoner er underordnet hensynet til Legeföreningen og medlemmenes beste.

#### HEGE GJESSING:

Akkurat nå er det fullt fokus, men uavhengig av utfall skal jeg reise til Paris helgen etter Landsstyremøtet. Etter det kan jeg begynne å planlegge de neste årene på den ene eller andre måten. Jeg håper selvsagt at jeg til høsten fremdeles har kontor i Legenes hus.



FOTO: PER HELGE MÅSEIDE

## Kongressen i Hannover

På konferansen i 2020, om omorganiserings-tsunamien som slo inn over oss rundt årtusenskiftet, fant jeg denne posteren

### «Kan man forutsi etterpåklokskapen?»

Fusjon var svaret på alle problemer i næringslivet. Modellen ble overført til kunstinstitusjoner, universiteter og sykehus uten hensyn til deres egenart.

#### A. Generelle problemer

1. *Manglende basisbevilgninger fra oppdragsgiver.* Målet var å spare i ettertid, men modellene fra næringslivet forutsatte investeringer fra starten av, for å oppnå lønnsom drift.

2. *Manglende konsekvensanalyser.*

Man kan ikke overskue alt. Men hadde man forsøkt å vurdere konsekvensene av vedtakene i forkant, kunne man unngått dyre valg som senere måtte omgjøres.

3. *Manglende faglighet i ledelsen.*

De faglige målene for de berørte institusjonene hadde vært å samle og utvikle kompetanse gjennom vel-fungerende grupper som det hadde tatt år å bygge opp. Likevel var det byråkratene som styrte. Hvor var fagfolkene hen?

4. *Manglende forståelse av fusjonsprosessenes psykologi*

Fusjoner og konflikter hører sammen. Forutsigbare konflikter kan ikke bare feies under teppet med håp om at de er løst. Var ledere på alle nivåer utvalgt til, og opplært i, å takle disse?

#### B. Problem under gjennomføringen

Det ble tidlig sterke reaksjoner, ikke minst fordi prinsippet om nulltoleranse for reduksjon i pasientbehandlingsomfang og kvalitet ikke ble respektert.

Ble prinsippene om åpenhet og dialog mellom ledelse og ansatte, likeverd mellom de fusjonerte parter, og rettfærdige ansettelsesvilkår, praktisert?

#### C. Publiserte resultater tidlig i prosessen

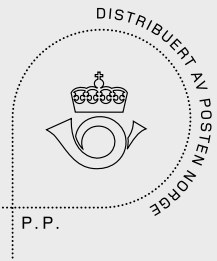
Et par artikler publisert før 2011 viste at administrasjonene, men ikke antallet fagfolk, vokste ved de europeiske universiteter. Likevel skulle produktiviteten økes. Var det mulig?

Midt i prosessen var det som ventet forvirring. Verst av alt var likevel at målet ble mer og mer utydelig.

*Konklusjon:* Svaret på spørsmålet «Om man kan forutsi etterpåklokskapen?», vet man ikke før i 2030.

Returadresse:  
Oslo legeforening  
Postboks 178 Sentrum  
0102 Oslo

B-Economique  
NORGE



I FORBIFARTEN | CHRISTIAN GRIMSGAARD

# En saklig kranglefant

Prisen for å gjøre fire Oslo-sykehus til ett stort har vært høy – på alle nivåer. På Rikshospitalet er det en stemme som har turt å snakket klarere enn mange.

Overlege og klinikk-tillitsvalgt Christian Grimsgaard ved Klinikk for kirurgi og nevrofag ved OUS opplever god støtte blant kolleger og fagforening, men er glad han har fast stilling. I ett debattinnlegg i Dagens Medisin nylig skrev han blant annet at sykehusene står i et flyttekaos med haltende drift, at store deler av virksomheten er uten daglig tilstedeværende ledelse, og at det omfattende uføret skyldes en blanding av overmott, ignoranse og manglende kunnskap om sykehusdrift

– Hvorfor har du valgt å være så offentlig tydelig om hva du mener om Oslo-prosessen?

– Jeg mener vi hadde fire velfungerende sykehus, og så ikke egentlig grunnlaget for å lage ett stort. I et sykehus med 20 000 ansatte kan både ansatte og pasienter lett føle seg fremmedgjort, og det er ekstremt krevende å drifte godt. Mange fagfolk stilte spørsmål ved rammevilkårene og forutså også noen av de problemene man står i dag. En årlig innsparing på 800 millioner kroner ved samordnet drift som vi ble forespeilet, er helt utenkelig å oppnå. Nå styrer Oslo universitetssykehus mot et underskudd på 900 millioner og neste år er det estimert til 1,4 milliarder! Sykehusdrift og pasienter er ikke elementer på Excel-ark. Hele forutsetningen for prosessen har vært helt urealistisk og jeg mener Helse Sør-Øst har et betydelig ansvar her.

– Men er det egentlig noen rettemulighet?

– Mange mener dette har gått så langt at det er uopprettelig. Aker sykehus har blitt påført stor skade. Jeg tror likevel den beste løsningen er å reversere deler av denne prosessen. Organisasjonsstrukturen er ikke tilpasset den hverdagen vi jobber i, og det vil heller ikke skje i overskuelig fremtid. Vi må snarest komme oss bort fra prinsippet om tverrgående ledelse og tilbake til tilstedeværende ledelse. For mange fag vil dette innebære en fisjon.

## CHRISTIAN GRIMSGAARD

(F. 1969)

- ▶ Cand med 1998
- ▶ Overlege ved Seksjon for hånd- og mikrokirurgi, Ortopedisk avdeling, Klinikk for kirurgi og nevrofag fra 2006



– Hvordan har det vært å jobbe som tillitsvalgt i denne prosessen?

– Det har vært spesielt turbulent den siste tiden. Jeg tror derfor både tillitsvalgtrollen og oppgavene har endret seg ganske mye under omorganiseringen. Nå må vi jobbe med å forsvare faglige hensyn og legge frem bekymringer for drift og økonomi. Tidligere har nok fagforeningsarbeidet handlet mer om å forsvare medlemmer på individnivå. Nå er det mindre tid til det, uten at behovet er blitt noe mindre, kanskje tvert i mot. Vi må likevel prioritere de mer overordnede hensyn sånn som situasjonen er nå.

– Hva risikerer du ved å være så frittalende?

– Dette oppleves i perioder som ganske utmatende for egen del og for familien, og jeg har opplevd en del ugreie personangrep. Ved siden av at det er mye å gjøre, og mye vi ikke rekker å gjøre, opplever jeg at opponentene kan ha en tendens til å diskutere person og ikke sak. Dette gir seg gjerne uttrykk i anklager om at vi er reaksjonære kranglefanter og ikke egentlig er interessert i en bedre organisering av helsevesenet, eller bare meler egen kake. Dette er jeg ganske lei av. Vi blir anklaget for å skyve pasientene foran oss, men hvilke andre hensyn har vi egentlig å forsvare? Pasientene er vårt viktigste hensyn. Men jeg er fast ansatt overlege og har et bra stillingsvern. Som assistentlege hadde jeg nok ikke våget uttale meg på denne måten.

– Hvorfor snakker ikke andre tillitsvalgte like høyt som deg? Er leger generelt litt for veloppdragne og plikttoppfyllende?

– Ja, det tror jeg nok. Men jeg tror også det er en utbredt resignasjon blant mange. Denne prosessen har ført til omfattende misnøye, men de færreste blir hørt og det gjør at mange resignerer. Noen har nok også opplevd sanksjoner, og flere tillitsvalgte i min klinikk har sluttet på sykehuset etter lang tids frustrasjon.

– Hva slags støtte har du fått fra Legeforeningen og andre tillitsvalgte?

– Det er et veldig godt felleskap blant de tillitsvalgte og jeg føler jeg har god støtte i egen organisasjon. Foretakstillitsvalgt Aasmund Bredeli har vært en ekstremt viktig ressurs for oss. Vi er en stor bra gjeng med god samarbeidsånd, og det er ikke sånn at jeg står alene om mine utspill. Ofte utarbeides disse ved en form for idé-dugnad, og de er alltid luftet med andre tillitsvalgte.

– Legeforeningen har gjort mye arbeid med veiledere og kursing av tillitsvalgtapparatet, og når det virkelig gjelder er det godt å ha dem i ryggen. I mange av de dagligdagse sakene kunne vi nok likevel ønske at de hadde hatt ressurser til å bidra mer.

– Tror du Oslo-prosessen gir økt rekruttering av leger til det private?

– Definitivt. Vi er allerede der at mange flinke medarbeidere slutter. Vi har mistet mange flinke folk til det private og andre sykehus som Diakonhjemmet og Lovisenberg. Folk er slitne og det er mye frustrasjon.

*Les også Sverre Halvorsens «Kongressen i Hannover», side 15*

AV CHARLOTTE LUNDE