

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 2 / 2013

*Innkalling
til årsmøtet
2013*

TORGEIR BRUUN WYLLER

*– Helsetjeneste-
aksjonen skal ikke
bli et blaff!*

SIDE 20

PER EGIL HEGGE

*– Jeg har stor
beundring
for norsk
skolemedisin*

SIDE 10

Helseminister-duellen

*«Det er det sterke faglige engasjementet.
Ønsket om å gjøre en god jobb for pasienten
og la faglighet styre innholdet i tjenesten.»*

BENT HØIE

SIDE 3-8 ►

JOURNALEN

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



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 3/2013 er 2.9. 2013.

ANNONSER:
Media-AaMarketing
Postboks 240,1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 / 90 04 32 82
E-post: arne@aamedia.no

POSTADRESSE:
c/o Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

TRYKK: Merkur-Trykk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.legeforeningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

Redaksjonen avsluttet 21. mai 2013.
Forsidefoto: PAAL AUDESTAD

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



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

REDAKTØREN

PER HELGE MÅSEIDE



Kan Gerd redde Jonas?

Hun røyker som en skorstein, og ikke trener hun heller. Men hun kan bestemme hvem som blir den nye helseministeren.

Mye tyder på at **Bent Høie** (H) kan bli vår nye helseminister. Hans største trussel er kanskje en 57 år gammel hjelpepleier. Nyvalgt LO-leder Gerd Kristiansen kan nemlig få stor innflytelse i helse-Norge.

Fagforbundets mektige leder Jan Davidsen brukte usedvanlig rå makt for å få valgt henne som LO-leder. En av dem som føler seg sveket av Davidsen er en annen tillitsvalgt hjelpepleier. Are Saastad, kjent som en av de fremste forkjemperne for Aker sykehus, har nettopp gitt ut boken «Feil medisin», om sammenslåingen av Oslo-sykehusene. Den er et knallhardt oppgjør med helseforetaksmodellen og markedstenkningen bak den. I følge Klassekampen mener Saastad at Kristiansen måtte oppgi motstanden mot de regionale helseforetakene for å nå sjefskontoret i Folkets Hus.

Motstanden mot de regionale helseforetakene, er blitt selve kvintessensen i kritikken mot regjeringens helsepolitikk, som også er frontet av Torgeir Bruun Wyller i legenes grasrotoppør – Helse-tjenesteaksjonen. Jonas Gahr Støre svarer på aksjonens kritikk i dette nummer av *Journalen*, mens Wyller forteller hvordan den frittstående aksjonen har satt ord på legers motløshet. Selv om Støre forsøker seg på elegant splitt og hersk ved å peke på at tillitsvalgte ikke nødvendigvis er enig i aksjonens mål, har den uansett virket som en katalysator for en omfattende helsepolitisk systemdebatt.

Støre vil ha oss til å tro at Arbeiderpartiet ikke har noen prestisje knyttet til hvordan sykehusene skal organiseres. Samtidig slår han nå fast at de regionale helseforetakene skal bestå, det vil si han kaller dem for «de regionale nivåene». Dermed er motstanden mot de regionale helseforetakene blitt et av de sterkeste kortene til Støres utfordrer – Bent Høie. Så hvorfor er ikke Støre mer lydhør på dette punktet?

Årsaken er historisk – en kritikk av helseforetaksreformen er en kritikk av en politikk som ikke minst er utformet av Jonas Gahr Støre og hans sjef – Jens Stoltenberg. Samfunnsredaktør Erling Rimehaug i Vårt Land har pekt på at en så markedsrettet sykehusreform ville blitt møtt med massiv motstand fra fagbevegelsen dersom andre enn Arbeiderpartiet stod bak. Det er der Gerd Kristiansen kommer inn i bildet. Hun fronter Arbeiderpartiet og LOs felles nye helseplattform: «Felleskapets sykehus». En setning stikker seg fram: Det regionale nivået skal bestå. I bytte mot dette ligger fagre løfter om flere heltidsstillinger til Kristiansens hardtarbeidende kolleger og bedre stillingsvern ved konkurranseutsetting. Og for å ta brodden av Høyres løfter om større valgfrihet og lettere tilgang til private helsetjenester skal sykehuspoliklinikkene ha lengre åpningstider.

LOs medlemmer er som oss andre. Når de hører i lunsjen om lange ventetider – og på kvelden ser på Dagsrevyen av pasienter som har klart å komme seg innenfor sykehusdørene ligger stablet i korridorane, så skjønner de at noe er galt fatt, selv med et romslig fratrekk for tabloide titler og spisse vinkler. Og dermed øker nok forståelsen hos mange – i det stille – for Høyres ideer om bruk av hel- og halvprivate løsninger.

Gerd Kristiansen kan nok en gang komme Støre til unnsetning. Hun kommer ikke til å legge fingrene i mellom når det gjelder å fortelle LOs 880 000 medlemmer hva som står på spill dersom de lar misnøyen med helsevesenet komme til uttrykk ved feil valg av stemmeseddel. Det vil nemlig ikke bli så mange privatklinikker i Odda selv om statsministeren heter Solberg og ikke Stoltenberg.

Når helsa svikter midt på natten, er det nærmeste sykehus som gjelder. Så da får det heller være at de regionale helseforetakene får bestå.

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

BENT HØIE OG JONAS GAHR STØRE.

En av disse to blir mest sannsynlig Norges helseminister etter valget. *Journalen* har bedt dem svare skriftlig på de samme spørsmålene om fremtidens helse-Norge.

– Altfor mange blir skadet og dør som følge av mangler i helsevesenet

– Hva er hovedproblemet i dagens helse-Norge?

– Den største utfordringen er at mange av de som har størst behov for hjelp, ikke får det de har krav på. Verken rusavhengige eller personer med psykiske helseplager får god nok hjelp. Helsetjenesten redder mange liv, men svikter ofte når det er behov for rehabilitering og habilitering som gjør det mulig å leve et aktivt og godt liv. Kreftpasienter opplever at det tar for lang tid å få diagnose, og mangler tilgang på nyere behandlingsmetoder. Mange venter lenge på enkle inngrep, selv om det er ledig kapasitet hos private.

Det er også en utfordring at altfor mange blir skadet og dør som følge av feil og mangler i helsevesenet. Samtidig med alt dette ser vi at strukturen i helsetjenesten til dels skaper uklare linjer og svak ledelse, som gir frustrert helsepersonell.

– Hvordan bør sykehusene og spesialisthelsetjenesten organiseres etter valget?

– I dag er det behov for tydeligere ansvarsfordeling, klarere ledelseslinjer og mer konkrete bestillinger fra politisk hold. Det er for lang avstand mellom de pasientene og legene som opplever utfordringer på sykehuset, til lederen som har beslutningsmyndighet.

Derfor ønsker vi mer beslutningsmyndighet flyttet ned til de lokale helseforetakene og å fjerne de regionale helseforetakene. Dette vil gi mer nærhet mellom ledere og ansatte, og pasienter og beslutningstakere.

Høyre ønsker også å gjøre flere av prioriteringene i helsevesenet til politiske beslutninger. Vi ønsker å etablere en operativ helse- og sykehusplan. Den skal inneholde blant annet minimumskrav til hvilke nøkkel-funksjoner som må være i de ulike sykehustypene og landsdelene. Planen er viktig for å sikre en nasjonal samordning i de ulike

sykehustypene og landsdelene. I tillegg må planen sikre nasjonal samordning av viktige funksjoner, for eksempel IKT-infrastruktur. Planen skal utarbeides etter faglige innspill, i samarbeid med lokale myndigheter og sykehusene. Til slutt skal den vedtas av Stortinget. Dermed vil politikerne ta diskusjoner og aktive beslutninger om prioritering i helsetjenesten.

– Hvordan få orden på OUS?

– Det er åpenbart at enkelte av prosessene i fusjonen var lite vellykket, og at dette har hatt negativ effekt både på ansatte og pasienter. Høyre ønsker en tydeligere eierstyring og mener at sykehusstrukturen vil være en viktig del av en helse- og sykehusplan vi vil legge frem for Stortinget.

Vi slutter oss til den tydelige kritikken av eierstyringen som kom frem i Riksrevisjonens rapport. Vi mener eier, Helse- og omsorgsdepartementet, i større grad må involvere seg i denne omstillingen som er så betydelig og omfatter en så stor andel av befolkningen. Det må etableres et tydelig felles bilde av hva som er situasjonen i OUS og hva som er retningen videre. Det er også behov for tydelig og nær ledelse. Høyre mener det må investeres i et moderne IKT-system som fungerer, og lages en realistisk fremdriftsplan for å rette opp de bygningsmessige forholdene. Vi har en klar oppfatning av at den nåværende ledelsen har fått prosessen på et mer konstruktivt spor og at det er klare forbedringer, selv om utfordringene fortsatt er store.

– Hvordan forholde seg til pressgrupper som mobiliserer politisk for diagnoser som er svært omstridte – som kronisk borreliose og ME?

– Det er bra at pasienter, pårørende og pasientforeninger gir beskjed når rettigheter



FOTO: PAAL AUDESTAD

ikke fylles med innhold eller når pasientbehandlingen svikter. Samtidig må det aldri bli «den sterkeste rett» i helsetjenesten eller i helsepolitikken.

Den største faren er at vi ubevisst nedprioriterer pasientgrupper som ikke er i stand til å sloss for rettighetene sine på samme måte. Et eksempel er ruspasienter som er for dårlige til at de selv kan ettergå og påse at de får behandlingen de har rett på, med pårørende som er for utslitt til å hjelpe.

Syretesten på om vi har en helsetjeneste for alle og fungerende pasientrettigheter, er hvordan vi tar vare på de pasientene som er så syke at de ikke kan ta vare på seg

selv og følge opp egen behandling. Klarer helsetjenesten det, tåler vi også sterke pressgrupper.

Det er faglighet som skal bestemme innholdet i helsetjenesten vår. Behandlingen skal være basert på dokumentert effekt og beste praksis. Men medisinen drives også fremover av at noen stiller spørsmål med vedtatte sanheter og utfordrer. Vi må aldri komme dit at fordi en har en oppfatning om hva som er riktig og dokumentert i dag, så skal de som stiller spørsmål og utfordrer avvises.

– Hvilke helsetjenester bør konkret

prioriteres opp – og ned – i det offentlige helsevesenet?

– Ruspasienter og pasienter med psykiske lidelser bør prioriteres opp. I tillegg er det på tide å løfte frem rehabilitering, slik at alle de som får helsehjelp også kan bli selvstendige og få mer av livet tilbake.

Vi må prioritere ned helsetjenester som ikke handler om å hjelpe syke. Høyre er åpne for å se på om det er uprioriterte helse-tilbud som vi gir i dag som vi i fremtiden bør si at ikke er et offentlig ansvar. Vi mener også at vi må ta i bruk diffrensierte egenandeler for å gi tydeligere uttrykk for hvilke helsetjenester som ikke er prioriterte. Dette

bør være en politisk beslutning, basert på faglige råd. Dette bør være en del av mandatet for det nye prioriteringsutvalget.

– Hvorfor bør ikke Ap igjen ha helseministeren etter valget?

– Det er viktigere at Høyre får helseministeren, enn hvem som ikke bør ha det. Men når det er 260 000 personer i helsekø, og vi mottar svært kritiske tilsynsrapporter om både akutt-helsetjeneste, legevakten og kreftbehandlingen så er det alvorlig. Regjeringen har hatt rent flertall på Stortinget i åtte år, og fortsatt ikke tatt tak i noen av disse problemene, da er det ingen overdrivelse å si at jeg svært gjerne ser en høyreminister i regjering til høsten. ▶

– Vi må ha en bred mobilisering for folkehelse

– Hva er hovedproblemet i dagens helse-Norge?

– Det mest slående med dagens helse-Norge, er alle mulighetene som ligger åpne, om vi innretter oss riktig – både i sykehussektoren, kommunene, og i samfunnet ellers. Kjernen i god helsepolitikk er å tenke helse på alle samfunnsområder og sikre alle like muligheter til god helse. Tiltak for bedre folkehelse var avgjørende for det norske samfunnets utvikling i det forrige århundre. Vi må nå igjen ha en bred mobilisering for folkehelse.

En aldrende befolkning og nye medisinske metoder gjør at vi må sette av mer ressurser til selve helsetjenestene. Vi må gjøre det enklere både å være ansatt og pasient. Det betyr blant annet at vi må ha bedre IKT-løsninger og redusere unødig papirarbeid.

– Hvordan bør sykehusene/spesialisthelsetjenesten organiseres etter valget?

– Arbeiderpartiet har ingen prestisje knyttet til hvordan vi organiserer sykehusene. Det viktigste er at vi gir flest mulig best mulig pasientbehandling. Arbeiderpartiet vil styrke sykehussektoren gjennom økte ressurser, mer samarbeid og bedre arbeidsdeling. Utviklingen av tilbudene bør skje nærmest mulig dem det gjelder, enten lokalt eller regionalt. Vi vil sikre en sterk nasjonal, politisk styring for å sikre gode og likeverdige tilbud i hele landet. Vi vil videreutvikle lokal og regional forankring av norske sykehus, og de skal drives etter gode medisinske og helsefaglige standarder. Arbeiderpartiet vil fortsatt fullfinansiere aktivitetsveksten. Trygge og forutsigbare rammebetingelser og samsvar mellom oppgaver og finansiering er avgjørende for god kvalitet og framtidsrettet drift. Vi vil videreutvikle den norske sykehusmodellen og beholde det regionale nivået. Vi vil sikre det offentlige eierskapet

og en tydelig politisk styring og prioritering. Innenfor disse rammene vil Arbeiderpartiet vurdere justeringer av dagens modell.

– Hvordan få orden på OUS?

– Det er utvilsomt en stor oppgave for ledelse og ansatte å få virksomheten til å fungere til det aller beste for pasienter og ansatte. Nå kommer stedlig ledelse på plass, økonomien nærmer seg balanse og det gjøres et viktig arbeid av ledelse og ansatte for å få godt samarbeid mellom ulike avdelinger og klinikker. Jeg ser også hvilke enestående resultater dette store og kompetente sykehuset leverer, fra god pasientbehandling til undervisning og fremragende forskning.

De omstillingene som pågår på sykehusene i hovedstadsområdet er krevende, men vi må ikke glemme hva som er hensikten: Formålet med å slå sammen helseregionene Sør og Øst til Helse Sør-Øst RHF var å få løst en flere tiår gammel problemstilling om lite effektiv bruk av fagfolk og ressurser i hovedstadsområdet.

Fusjonen mellom de fire sykehusene som nå utgjør OUS er i all hovedsak gjennomført, men det gjenstår fortsatt noe interne omorganiseringer og nedbemanning. Det er nytt styre og ledelse i OUS (2011) og Helse Sør-Øst (2012). De må få mulighet til å løse oppgavene best mulig sammen med de ansatte. Virksomheten må forvente å være i stadig utvikling framover. Dette er en situasjon som gjelder for mange sykehus.

Det viktigste arbeidet fremover må skje på selve sykehuset i et samarbeid mellom ledelse og ansatte. Departement og Storting bør støtte opp med å fullfinansiere aktivitetsvekst og å bidra ved større investeringer. Sentrale politikere bør etter vår mening ikke detaljstyre de ulike sykehusene. Likevel er det viktig at vi gir best mulig ramme-

betingelser. Flertallsregjeringen har rettet opp de store underskuddene fra den forrige regjeringen, og vi har oppnådd god styring av drift og virksomhet i alle regioner. Sykehusene skal kunne konsentrere seg mer om kvalitet i behandlingen, forbedring av tjenestene og nye investeringer.

Når omstillingene og samordningen i Osloområdet og ved Oslo Universitetssykehus er gjennomført, vil vi vurdere organiseringen av Helse Sør-Øst-området, herunder muligheten for å dele opp regionen, for å styrke den regionale forankringen i sykehusmodellen.

For både OUS og andre sykehus gjelder at Arbeiderpartiet vil satse mer på systematisk kvalitetsforbedring og bedre pasientsikkerhet. Slik kan vi få færre uønskede hendelser. Vi skal fjerne unødig rapportering og byråkrati, og vil gjøre det enklere både for pasienter og for de som jobber i sykehusene. Vi er i gang med en storstilt satsning på IKT i helsesektoren. Vi vil arbeide oss bort fra et fragmentert mønster av ulike IKT-løsninger og i retning av god kommunikasjon mellom alle ledd av tjenesten – mellom fastleger, sykehus og omsorgssektoren i kommunen. Omstillingsprosessen innen psykisk helsevern må videreføres. Arbeiderpartiet vil sette distriktspsykiatriske sentre i stand til å ivareta alle allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet. Vi vil legge til rette for flere oppsøkende og tverrfaglige team som kan jobbe tett med pasienten.

– Hvordan forholde seg til pressgrupper som mobiliserer politisk for diagnoser som er svært omstridte – som kronisk borreliose og ME?

– Alle har rett til å ytre seg, også pasientgrupper som utfordrer helsetjenesten. Vi må ha forståelse for at disse menneskene har reelle helseplager som de oppfatter å ikke få god nok

hjelp til. Målet er at disse pasientene skal få god og kunnskapsbasert oppfølging, derfor er vi opptatt av mer forskning og bedre kunnskap på disse områdene.

– Det er to ting som er viktig for meg i slike saker, at de som har en slik diagnose blir møtt med respekt og omsorg. Og at vi får bedre kunnskap, slik at vi kan forstå mer av komplekset.

– Vi skal ha retningslinjer som bygger på kvalitetssikret kunnskap. Det jeg kan love er at vi skal ha diskusjon om ny kunnskap, og om den er overbevisende skal våre fagmyndigheter åpne for nye diagnoser eller medisiner.

– Hvilke helsetjenester bør konkret prioriteres opp – og ned – i det offentlige helsevesen?

– Politikere bør være varsomme med å prioritere mellom ulike pasientgrupper internt i helsetjenesten. Også grupper som ikke roper høyt, kan ha store behov. Det er viktig at vi sikrer helsepersonellet og ledelsen ved ulike sykehus og regioner mulighet til å prioritere og å tenke helhet. Sykehus skal ivareta akuttberedskap, forskning, utdanning og behandling av pasienter med både enkle og komplekse tilstander. Det viktigste valget politikerne gjør er hvor høyt vi prioriterer det offentlige helsevesenet i forhold til skattekutt eller andre formål. Politikere bør også være klare på hvilke forventninger vi har til hvordan helsetjenesten prioriterer. Debatten i dette valgåret har båret preg av at mange politikere ikke lenger forholder seg til kriteriene for prioritering som det tidligere var enighet om. Derfor setter vi ned et nytt bredt offentlig utvalg for å vurdere hvordan vi kan prioritere på en best mulig måte.

– Hvorfor bør ikke Høyre ha helseministeren etter valget?

– Jeg er mest redd for at Høyre og FrP får finansministeren. 25–100 milliarder i skattekutt vil ramme sykehusene hardt, og vi husker de store underskuddene forrige gang Høyre styrte. I tillegg vil Høyres modell om automatisk offentlig finansiering av alle pasienter med behov hos kommersielle klinikker svekke de offentlige sykehusene. Det vil vri prioriteringene fra store universitetssykehus og komplekse pasienter til små klinikker og pasienter med enkle lidelser. Jeg tror også det vil føre til mer byråkrati.

REDAKSJONEN

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

Støre møter kritikken fra Helsetjenesteaksjonen

– Hva tenker du om kritikken fra helsetjenesteaksjonen.no?

– Jeg har hatt møte med dem, og synes det var lærerikt. De ulike medlemmene hadde mange ulike synspunkter på hva som er mangler og hva som bør gjøres. Dette er innspill jeg tar med meg. Hver gang jeg besøker et sykehus, så har jeg et møte med de tillitsvalgte uten ledelsen tilstede. Jeg merker meg at de tillitsvalgte tegner et noe annet bilde enn det helsetjenesteaksjonen gjør. Jeg har sett på de konkrete forslagene deres:

1. Avskaffe sykehusstyrene i deres nåværende form

Jeg ser at kronikkforfatterne mener at beslutningene som vedrører sykehusene må fattes i selve organisasjonen og forankres i fagmiljøene. Sykehusene er blant fellesskapets største og viktigste verdier. De skal styres av representanter for fellesskapet på vegne av fellesskapet.

2. Avskaffe «tverrgående» avdelinger som ikke er forankret i fagmiljøene

Kronikkforfatterne ønsker lokal stedlig ledelse. Ledelse i sykehus er et viktig tema og vi har satt dette på dagsorden overfor helseregionene.

3. Avskaffe de regionale helseforetakene

Jeg er i mot å legge ned regionene og erstatte dem med et sykehusdirektorat eller innlemme dem i departementet. Det vil gi større sentralisering og svakere regional forankring. Jeg tror heller ikke det fører til mindre byråkratisering, snarere tvert i mot. Vi må imidlertid på sikt være åpne for endringer i den store SørØst regionen.

4. Slutte med ISF

Før vi innførte innsattsstyrt finansiering straffet det seg for sykehusene å behandle flere enn planlagt. Derfor ble det innført et system der staten og sykehusene deler kostnadene ved å behandle flere pasienter. Kronikkforfatterne som ønsker å fjerne innsattsstyrt finansiering mener tydeligvis at det fører til at sykehusene prioriterer pasientene som gir mest i kassa. Jeg har større tro på norske leger. Jeg er sikker på at de prioriterer pasientens beste – ikke hva som gir sykehuset størst inntekter. Så skal vi selvsagt følge med på den innsattsstyrte finansieringen og gjøre justeringer og forbedringer hvis det er nødvendig. Jeg er i mot Høyre og FrP sitt forslag om å øke ISF betydelig.

5. Forby fakturering innen den offentlige helsetjenesten

Vi skal fortsette å bruke mye penger på helse i Norge. Jeg kan godt forstå at mange som arbeider i helsetjenesten opplever noen av ordningene som byråkratiske. Men det er ikke så enkelt at vi kan ha ett eneste stort budsjett for helsetjenesten i hele landet. Vi har for eksempel 429 kommuner i Norge – de velger selv hvordan de vil organisere helsetjenestene sine.

6. Slanke direktorat og departement

Kronikkforfatterne framstiller det som om departementene vokser ukontrollert. Det gjør de faktisk ikke. Bemanningen i Helse- og omsorgsdepartementet har stått på stedet hvil siden 2008. (212 ansatte i dag).

7. Slanke sykehusenes eget byråkrati

Sykehusene er komplekse organisasjoner som trenger dyktige ledere. Penger og personell er viktig for at sykehusene skal være gode – men god organisering og god ledelse er avgjørende for å få brukt personellet og pengene på en god måte. Støttepersonell som for eksempel legesekretærer kan avlaste medisinsk personell med administrative oppgaver slik at leger og sykepleiere kan bruke mer tid på pasienten.

8. Skille mellom investeringer og drift

Et slikt skille gir ikke mer penger til verken investering eller behandling. Det avgjørende er helheten, hvor mye penger vi totalt setter av til sykehus, og alt som skjer der – fra pasientbehandling til innkjøp av utstyr, vedlikehold og nybygg. Dagens modell legger til rette for at sykehusene selv kan vurdere hvilke investeringer det er behov for – for å gjøre pasientbehandlingen bedre.

9. Ingen ytterligere sentralt drevne skrivebordsreformer

Den siste reformen i helsetjenesten er Samhandlingsreformen – som handler om å forebygge sykdom og gi bedre tjenester der folk bor. En slik styrking av helsetjenesten i kommunene har blant annet legeforeningen tatt til orde for i mange år.

10. Bare gjennom å vise tillit til grunnplanet kan helsetjenesten gjøre seg verdige vår tillit.

Kronikkforfatterne mener at dagens krav til kontroll og styring viser mistillit til de ansatte. Ingen ønsker en overdreven rapportering ved sykehusene våre – og helse- og omsorgsministeren har derfor satt i gang et prosjekt for å undersøke om det er for mye av slik unødvendig rapportering. Men uansett – i likhet med alle andre samfunnssektorer må også helsetjenesten kunne dokumentere at vi bruker fellesskapets midler på best mulig måte.



FOTO: PAAL AUDESTAD

Det sterke faglige engasjementet

– Hva tenker du om kritikken fra helsetjenesteaksjonen.no?

– Jeg tror vi som politikere skal anerkjenne engasjementet fagfolkene viser, og lytte til problembeskrivelsene deres. Fagfolkene opplever alle sidene ved organiseringen av helsetjenesten, og vi må lytte til deres erfaringer.

Noen av punktene til Helsetjenesteaksjonen er forslag Høyre allerede har fremmet i Stortinget, og som vi ønsker å gjennomføre. Både nedleggelse av regionale helseforetak og slanking av byråkrati er saker jeg er opptatt av.

Når det gjelder helsebygg har vi flere rapporter som dokumenterer et stort vedlikeholdsetterslep, og svært få helseforetak ser ut til å ha mulighet til å prioritere langsiktig vedlikehold, rehabilitering og nybygg. Samtidig vet vi at det vil være behov for nybygg flere steder, og det er unødvendig å bygge opp parallelle prosjektorganisasjoner for sykehusbygging. Vi ønsker derfor å skille drift av bygg og teknisk utstyr fra sykehusdriften, og lage en nasjonal plan for finansiering av vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer for sykehusbygg.

Jeg mener at Helsetjenesteaksjonen er uttrykk for et engasjement som i for liten grad anerkjennes i dagens ledelse og styring av helsevesenet. Det er det sterke faglige engasjementet. Ønske om å gjøre en god jobb for pasienten og la faglighet styre innholdet i tjenesten. I dag er det i for stor grad økonomiske virkemidler og styring gjennom byråkratiske virkemidler som brukes for å lede helsetjenesten. Det er behov for en mer balansert ledelse, der en i større grad bruker faglighet og kvalitet som grunnlag for å lede helsetjeneste. Et eksempel på dette er fastlegenes praksis. I stedet for en mer detaljstyrende fastlegeforskrift, burde en ha gjort det obligatorisk å delta i jevnlig kollegagrupper der en sammenliknet egen praksis og diskuterte for eksempel indikasjoner for henvisning. Jeg har større tro på å bruke motivasjonen til å gjøre en god jobb som styringsvirkemiddel, enn økonomiske insentiver og detaljstyring.

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

Det beste – og det verste

I dette århundret har vår familie svært mye å takke det norske helsevesenet for. Det dreier seg om livreddende behandling av kreft og hjertelidelser, kirurgi i ytterst krevende former, kombinert med imøtekommenhet, omsorg og høflighet. Det har vært imponerende, og ja: Jeg har personlig takket de myndighetspersoner som har det øverste ansvar for tilstandene, og som ellers har fått høre kritikk fra min side.

Jeg tror jeg vet hvorfor vi har støtt på så mye solid ekspertise. Og jeg har ikke revidert mitt syn på årsakene til at dette høye nivået ikke kjennetegner felter hvor norsk medisin ennå er preget av adferd og holdninger som synderne bør legge av seg. Av denne innledningen vil leseren ha skjont at det er blandadrops i vente.

I boken «Det norske hjerte»¹⁾ fortelles det utførlig om den interesse norske kardiologer viste for forskning i utlandet. De norske ekspertene nysgjerrighet, åpenhet og høye kunnskapsnivå gjorde at nye metoder ble studert, vurdert, importert og tatt i bruk.

Tilsvarende med transplantasjonskirurgien, som i fjor også fikk sitt bokverk. Den produktive nysgjerrigheten er beskrevet i en artikkel av Erik Thorsby²⁾. Det samme preger kreftforskere, og konsekvensen er at det neppe er mange land hvor det er «bedre» å få kreft enn i Norge.

Uten at parallellen blir trukket inn så ofte, har disse ekspertene gått på de samme kunnskapssøkende stier som en av de store pionerer i norsk medisin. Hans uheldige etternavn og hans enda «uheldigere» nevø Vidkun har sikret ham en plass i skyggen. Nils Andreas Quisling (1854-1934) reformerte fødselsmedisin og gynekologi i Norge. Han stiftet Norsk Jordmorforbund, arrangerte seminarer for jordmødre, redigerte i mange år forbundets blad, reiste uopphørlig i Europa for å oppdatere seg på fagfeltet, og innførte gynekologisk kirurgi i vårt land. Han var Eva Sars Nansens fødselslege. Han meldte



PER EGIL HEGGE

«Jeg forstår de medisinerne som lengter tilbake til gamle dager. De kommer ikke igjen.»

seg inn i nevøens nystiftede parti, Nasjonal Samling, i 1933. Det var i hans siste leveår, så han fikk ikke gjort så mye galt som politiker.³⁾

Så kontrapunktet, de holdninger som bør bort – og ikke bare fordi enhver lege nå risikerer at annenhver pasient kommer med 400 sider utskrift fra nettet. Legen må dermed stille diagnose på dette materialets pålitelighet og på pasientens innsikt eller mangel på samme – og helst også på pasienten. Jeg forstår de medisinerne som lengter tilbake til gamle dager. De kommer ikke igjen.

Kontrapunktet opplevde jeg da jeg kjempet for å redde min kones liv etter en drabelig feildiagnose. Første etappesier kom da en lege motvillig gikk med på å medisinere henne. Da jeg fortalte den mest stridbare av mine motparter at hun var blitt bedre, svarte han på mitt spørsmål om ikke det var interessant:

– Det er ikke interessant i det hele tatt! sa han med påfallende høy stemme.

Jeg kan ikke tenke meg et klarere signal om at legen da heller ikke interesserer seg for hvordan pasienten har det, eller for forsøk på helbredelse. Jeg kan ikke forestille meg et utsagn bedre egnet til å ødelegge en pasients tillit til en lege.

Han er ikke lenger blant oss. Sporene av hans innsats merker jeg ennå, i form av de 4-8 henvendelser som jeg hver måned får fra fortvilte mennesker med symptomer på stoffskiftesykdom.

Tilsvarende holdninger ser jeg når mennesker som klager over ME og borreliose, avfeies med at plagene er psykiske eller motepregede. Eller når de får høre at «det de driver med i utlandet, er ikke kvalitetssikret. ME-epidemien finnes bare på Internett.»

Den diagnosen som min kone neppe ville ha overlevd i 1985-1986, var kvalitetssikret så det suste. Den var ravende gal, og i ordets egentligste forstand livsfarlig. Men kvalitetssikret, det var den.

For ordens skyld: Jeg har liten tro på alternative behandlingsmetoder. Jeg har stor beundring for norsk skolemedisin. Men vitenskapsteoretisk er «ingen effekt er dokumentert» noe helt annet enn «det er dokumentert at det ingen effekt er».

For hva hvis pasienten er blitt bedre?

Da jeg sloss som hardest, signaliserte noen medisinere, ofte subtilt, at de var på min side. Noen av dem er døde nå. Her er tre tunge navn: Olav Hilmar Iversen (d. 1997), Harry N. Haugen (d. 2003) og Alexander Pihl (d. 2009). Det er noen til. De lever ennå. Dør jeg før dem, blir deres «forræderi» aldri kjent.

Til det er klimaet fremdeles for barskt. Slik burde det ikke være.

Fotnoter: ¹⁾ Universitetsforlaget 2007. Redigert av Kolbjørn Forfang og Knut Rasmussen. ISBN 97882-1500-891-2.

²⁾ Tidsskr Nor Lægeforen Nr. 24 - 14. desember 2006; 126:3305-10

³⁾ Per Egil Hegge: Fridtjof Nansen – Bare én vilje, s. 177-184. Stenersens forlag 2002. ISBN 97882-7201-326-6.

– Drøy stempling av Snåsamannen

På siste side av siste utgave av *Journalen* tar Preben Aavitsland «i forbifarten» et saftig oppgjør med «... Snåsamannen og andre sjarlataner og svindlere...». Enten har det gått litt for fort i svingene i redigeringen av dette intervjuet, eller så mener Aavitsland at Snåsamannen, Joralf Gjerstad, er en sjarlatan og svindler.

Jeg har ikke satt meg inn i Gjerstads virksomhet eller lest bøker om han, jeg har heller ikke noe behov for å ta denne spesielle mannen i forsvar. Men jeg synes det er drøyt å stemple en navngitt person som sjarlatan og svindler i et offentlige forum. Hvis Aavitsland

med «svindler» mener grov økonomisk utnyttelse så er angivelig ikke Gjerstad kjent for å være den som tar høye honorarer for sine tjenester så vidt jeg har forstått ut fra omtaler av han. Men det er mulig jeg tar feil og at Aavitsland derfor har dekning for sine utsagn.

Likevel vil jeg henstille til ansvarlige for *Journalen*, som drives etter Redaktørplakaten, om å utvise forsiktighet med å trykke stoff, inkludert intervjuer, som har et så direkte personfokuseret og injurierende preg som ovennevnte intervju med Aavitsland har.

TORE GUDE, Avdeling for medisinske atferdsfag, UIO.

Redaktøren svarer:

I forbifarten er en spalte med relativt korte intervjuer med et muntlig preg. Redaksjonen oppfattet at Preben Aavitsland først og fremst ønsket å ta et oppgjør med folks holdninger og forhold til healing og alternativmedisin, og ikke med Snåsamannen personlig. Samtidig har Snåsamannen vært så sentral i den løpende samfunnsdebatten at det ikke er unaturlig at han blir en referanseperson.

Sitatet Tore Gude nevner kunne imidlertid oppfattes som et unødig personangrep. Dette kunne vært unngått ved at ordene «og andre» var strøket under redigeringen. Jeg beklager at dette ikke ble gjort.

PER HELGE MÅSEIDE

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

INNKALLING TIL ÅRSMØTE i Oslo legeforening Legenes hus, torsdag 13. juni 2013

Klokkeslettet kommer senere i epost til medlemmene og på nettsiden.

SAKLISTE:

1. Godkjenning av innkallingen
2. Valg av møteleder
3. Valg av tellekomité
4. Godkjenning av sakliste
5. Styrets beretning og beretning fra kurskomité og helsetjenester for leger
6. Aktivitetsregnskap for 2012
7. Forslag til aktivitetsbudsjett for 2014, herunder kontingent, fastsettelse av honorar for leder, nestleder, redaktør av *Journalen*, leder av kurskomité og satser for frikjøp/praksiskompensasjon.
8. Valg i henhold til Oslo legeforenings vedtekter
9. Tildeling av signatur til leder, jf Enhetsregisterloven §8 og prokura til sekretariatets ansatte
10. Utdeling av utmerkelsen «Årets Oslo-lege»

AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFØRENING

August

Torsdag 22. Styremøte i Legenes hus

September

Torsdag 12. Styremøte i Legenes hus

Oktober

Mandag 14. Debattmøte i Litteraturhuset

Torsdag-lørdag, 17.-19. Styremøte/arbeidsmøte

Torsdag 17. Klinisk emnekurs i geriatri (Ullevål kurs)

Torsdag 24. Klinisk emnekurs i geriatri (Ullevål kurs)

Torsdag 31. Klinisk emnekurs i geriatri (Ullevål kurs)

November

Tirsdag 21. Styremøte i Legenes hus

Torsdag 21. HMS-kurs

VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

Kronikk skal være på 4500 tegn, leveres med portrett av kronikkforfatteren. Kommentar/leserinnelegg skal være på 2500 tegn. Ta kontakt med redaktør Per Helge Måseide (se kolofon s. 3). Kronikker som kommer på trykk honoreres med en boksjekk.

Styret

LEDER
Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekantor

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
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 58 44 99
Nydalens legesenter
bjorn.sletvold@vikenfiber.no

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

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

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

Ruth Foseide Fløning, Yf 22 89 40 0
ass. lege ved Medisinsk klinikk OUS Aker
ruthfth@hotmail.com

Bart Bækelandt, Nmf 22 85 05 50
Universitetet i Oslo
bart.baekelandt@studmed.uio.no

Espen Saxhaug
Kristoffersen, LVS 22 85 50 50
stipendiat, UiO Avdeling fra allmenntidisin
Epost: e.s.kristoffersen@medisin.uio.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
Majorstukturkrysset legegruppe
reidar@doctor.com

LEGE FOR LEGE-ORDNINGEN
Ellen Scheel 22 51 11 00
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

LEDEREN

Virker reformene?

Arbeidsavklaringspenger (AAP) har erstattet de tre tidligere ytelsene tidsbegrenset uførestønning, rehabiliteringspenger og attføringspenger. Dette skjedde 1. mars 2010. Det nærmeste året vil vi få vite hvorledes dette har fungert og om NAV har gjort jobben sin. Siden man som hovedregel ikke kan motta AAP i mer enn fire år, vil man antakelig neste vinter oppleve at mange mister sin trygdeytelse. Mange som går på AAP har ikke gjennomgått hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak til tross for at NAV-lovens § 14a

«Siden man som hovedregel ikke kan motta AAP i mer enn fire år, vil man antakelig neste vinter oppleve at mange mister sin trygdeytelse»

pålegger NAV nettopp det. Dessverre er det ofte sånn at aktivitetsplanen ikke meddeles legen som ofte kommer svært sent inn i prosessen. Neste vår kan det derfor hende at de kommunale NAV-kontorene får mye å gjøre når trygdeytelsene stopper.

KAD – kommunal akutt døgnenhet åpner nå på Aker med 28 senger – og flere skal det bli. KAD er et kommunalt tilbud til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, men som kan behandles

av lege med allmenntidisin kompetanse og følges opp av sykepleiere. Det er avtalt at KAD kan benytte seg av røntgen- og laboratorietjenester på Aker, og CT er nevnt som en ressurs. Laboratediagnostikk vil evt skje i samarbeid med laboratoriet på Ullevål. Myten sier at det er mange unødvendige innleggelse i sykehus – nå får vi vite om det stemmer. Tjenesten som bygges opp på Aker, kan jo framstå som et sykehus light – og vil få ressurser som KAD-er mange steder i landet bare kan drømme om.

Et tredje utslag av Spin-Hanssens tid i departementene er kommunens plikt til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare med økonomisk pisk som virkemiddel. Vi har et drøyt års erfaring, og sykehuslegene mener at bydeler og kommuner er flinke til å ta imot denne pasientgruppen. Det er sikkert viktig. Økonomiske incitamenter pleier å virke. Ved årets budsjett i Oslo kommune var det press på bydeløkonomien, og dette har medført redusert bruk av sykehjems-plasser. To bydeler har åpent sagt at lista for å få sykehjems plass må legges høyere – det må spares. Likevel hevder politikere og administratorer at alle som trenger sykehjems plass får det.



Svein Aarseth
SVEIN AARSETH

ÅRSMELDING:

Styrets beretning om Oslo legeforenings virksomhet i tiden 1. januar til 31. desember 2012:

Oversikt over medlemmer i styret og utvalg fremkommer nedenfor.

Styret med vara i perioden 1. januar til 31. desember 2012

Leder	Svein Aarseth		
Fritt valgte representanter	Recep Øzeke Pernille Bruusgaard	Vara til fritt valgte: Sigrid Aune de Rodez Benavent Saghir Elahi	
Representanter fra yrkesforeningene:	1. vara	2. vara	
AF	Bjørn Sletvold	Tove Gridset	
Namf	Kristin H. Hovland nestleder	Karl-Christian Nordby	Morten Wærsted
LSA	Siri Schøyen Seterelv	Ole Kristian H. Furulund	Zahid Mukhtar
LVS	Espen S. Kristoffersen		
Of	Aasmund Bredeli	Christian Grimsgaard	
PSL	Oscar Løvdaal	Anne H. Frostad	Eivind Thuve
Yf	Kristian Fosså	Arild Hagesveen	
	t.o.m.juli 2012		
	Ruth Foseide Fløning		
	f.o.m. 1. august 2012		
Observatør:	Per Helge Måseide, redaktør Journalen		
Representant fra Norsk medisinstudentforening:			
	Kjetil Fiane Christensen	Trine Otterstrøm	
	t.o.m. 30.06.2012		
	Bart Bækelandt	Ida Susanna Fattah	
	f.o.m. 01.07.2012		
Sekretariat:	Unni Brøter, Anita Ingebrigtsen		

Landsstyreprerentanter
f.o.m. 1. september 2011:

Svein Aarseth
Pernille Bruusgaard
Siri Schøyen Seterelv

Varamedlemmer til Landsstyret:

Kristin Hovland, Recep Øzeke, Oscar Løvdaal, Tove Gridset, og Kjetil Fiane Christensen

Avdelingstillitsvalgte i Oslo:

Overlegeforeningen - Aasmund Bredeli
Yngre legers forening – Kristian Fosså / Ruth Foseide Fløning

Kurskomité: valgt t.o.m.

Reidar Johansen, leder Af	2015
Terje Johansen, Af	2015
Henrik Steinfeldt-Foss, Af	2013
Anne Bailey, Of	2015
Marit Skogstad, Namf	2013
Aslak Holtestaul, Af	2013

Helsetjenester for leger:

Styringsgruppe for lege-leger	
Ellen Scheel, avdelingsrådgiver Af	
Sven Haaverstad Af	
Kristin Hovland Namf	

Støttekollegagruppe

Sven Haaverstad, avdelingsrådgiver Af
Har trukket seg som avdelingsrådgiver, men har ikke fått en erstatter

Gro Bjartveit Af	
Sharam Shaygani PSL	
Valgkomité:	
Kristian Vetlesen Namf	
Stein Wiel Af	
Kari Bjørneboe LSA	

Tillitsvalgte for leger i bydelene og foretaks- og hovedtillitsvalgte ved institusjoner, se Legeforeningens nettsider.

Representant til Forhandlingsutvalg for fastlønnede leger i Oslo kommune:
Siri Schøyen Seterelv.

Oslo legeforenings lønnsutvalg: Leder og yrkesforeningenes representanter i styret.

Konfliktberedskapsutvalg: Leder Svein Aarseth. Utvalget settes sammen når konflikt oppstår. Det har ikke vært nødvendig å sette sammen et slikt utvalg.

Legeforeningens representant til ressursgruppe for Helsecenteret for udokumenterte migranter: Svein Aarseth.

Fondet til fremme av allmenntidisin i Oslo: Fondsstyret består av kurskomiteens medlemmer, samt en representant oppnevnt av Oslo legeforenings styre: Bjørn Sletvold

Journalen: Redaktør Per Helge Måseide. Redaksjonssekretær Ellen Renberg. Journalistene Kristin Mack-Borander og Charlotte Lunde er tilknyttet Journalen på frivillig basis. Ansvar lay-out Ellen Renberg. Ansvar annonser ekstern annonsekvisitor.

Oslo legeforenings nettsider: Ansvarlige: Anita Ingebrigtsen og leder.

Legeforeningens regionsutvalg Sør-Øst: Svein Aarseth er medlem av regionsutvalget.

Representant til Opplæringsrådet for Fagakademiet i Oslo: Svein Aarseth (til 01.07.2012). Ingen ny oppnevnt.

Representant til arbeidsgruppe Prosjekt Storbylegevaktt: Svein Aarseth.

Legeforeningens representant til arbeidsgruppe i Sykehjemsetaten: Bjørn Sletvold.

MEDLEMMER

Per 1. januar 2012 hadde foreningen 5311 medlemmer, hvorav 657 alderspensjonister, 57 fullt uføretrygdede, 27 delvis uføretrygdede og 19 arbeidsledige.

Medlemmene fordelte seg slik på ordinære medlemskap i yrkesforeninger:

Norsk overlegeforening	2106
Yngre legers forening	1499
Allmenntidisinforeningen	749
Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger	294
Leger i samfunnsmedisinsk arbeid	176
Norsk arbeidsmedisinsk forening	103
Praktiserende Spesialisters Landsforening	384

ÅRSMØTET

Årsmøtet ble holdt på Teknisk Museum 22. august 2012. Hanne Undlien ble valgt til møteleder og gjennomgikk årsmeldingen, som ble tatt til etterretning.

Aktivitetsbudsjett for 2012 var basert på opprettholdt aktivitet og var foreslått med et overskudd på kr 12 134, med en inntektsside på kr 4 473 634 og utgiftsside på kr 4 461 500. Referat fra årsmøtet, se nettet.

Oslolegen 2012: Det var mottatt 14 forslag til årets Oslolege. Et enstemmig styre utnevnte Pål Aksel Næss og Tina Gaarder til Oslolegen 2011 med begrunnelsen, utmerkelsen «Oslo-legen 2012» går til 2 kirurger for deres bidrag for norsk traumatologi gjennom årene og spesielt deres innsats for ofrene etter 22. juli.

TEMA- OG INFORMASJONSMØTER
Debattmøter i Litteraturhuset:

I mars 2012 var temaet «Fremmer rettssaker kvalitet i helsevesenet?»

Deltakere var Tomas Hedmark, Sveriges Läk-

forbund, Sigurdur Petursson, Statens havarikomisjon, Heidi Merete Rudi Statens helseilsyn, Guro Birkeland, Norsk Pasientforening. Møteleder var Arne Refsum.

I oktober 2012 var temaet for debatten: «Sosiale helseforskjeller i Oslos bydeler, opp til 10 år forskjell i levealder».

Deltakere var Bydelsoverlege Marit Rognerud, bydelsoverlege Siri Schøyen Seterelv, 1.amanuensis Anne Karen Jenum og Tone Tellevik Dahl, leder av helse- og sosialkomiteen i Oslo bystyre. Møteleder var Lottelise Folge.

Oslo legeforening holdt informasjonsmøter i Legenes hus: Da departementet la fram en ny fastlegeforskrift, ble det uro blant fastlegene i hele landet og Oslo legeforening inviterte til et møte for fastlegene i Oslo.

Pensjonsordning for avtalespesialister var tema for et medlemsmøte i mars. Oslo og Akershus legeforeninger var arrangører.

Da E-resept skulle innføres, holdt Oslo legeforening i samarbeid med Akershus If et informasjonsmøte om saken 12. september. 2 representanter fra Helsedirektoratet var til stede og informerte.

STYREMØTER

Det ble holdt 9 styremøter i 2012 og det er behandlet 79 saker i årets styremøter.

KURS

Oslo legeforening holdt økonomikurs for turnusleger i Oslo og Akershus 6. november i Legenes hus. Turnuslegene i kommunehelsetjenesten må opprette enkeltmannsforetak når de har legevakt-tjeneste. Dette kurset ga en enkel innføring i «hvordan drive egen bedrift». Dette kurset føres videre av fylkeslegen som veiledning til turnuslegene.

HOVEDOMRÅDER FOR OSLO LEGEFORENINGS ARBEID

Sakene nevnt nedenfor er behandlet gjennom året på styremøtene. Høringssakene ligger på nettet.

- Samhandlingsreformen
- Spesialisthelsetjenesten
- OUS
- Kommunehelsetjenesten/Samhandlingsarena Aker
- Storbylegevakt i Oslo
- Elektronisk samhandling i helsetjenesten
- Regionsutvalg sør/øst

Høringssvar – ligger på nettet:

- Akademikerne – KTV-ordning
- Folkehelseforskrift
- Arbeidsmiljø
- Fastlegeforskrift
- Forebyggende helsearbeid
- Omsorgstilbud til eldre
- Endring av lover og fastsettelse av medarrangør av Landsstyremøter

Tillitsvalgtkurs

Tillitsvalgtkurs trinn I for HTV kommunalt ansatte ble ikke avholdt i 2012.

Trinn I – OUS/Ahus og Sykehuset Asker og Bærum ble avholdt 19. mars på OUS Ullevål. Det deltok 53 tillitsvalgte.

Journalen

Journalen er medlem av Fagpressen, har egen formålsparagraf, se nettet, og redigeres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Hvert nummer har en egen frittstående helsejournalistisk temasak. I 2012 var disse:

Journalen nr 1/2012.

Hovedsaken i Journalen nr 1 var de medisinske sakkyndige i retten. Medisinsk sakkyndige har stor innflytelse i retts-salen og artiklene i dette nummeret taler for og imot sakkyndige i rettsapparatet.

Journalen nr 2/2012

«Helsesjekk for alle penga» var temaet i nr 2; private helseklinikker vis a vis det offentlige hel-sevesen, tilbud om screening og helsekontroller i privat regi pga frykt for sykdommer.

Journalen nr 3/2013

Rettspsykiatri i forbindelse med 22.juli-retts-saken og generelt. Leger mener tiltroen til rettspsykiatrien er svekket som følge av 22.juli-retts-saken. Innkalling til årsmøtet med årsmelding, årsregnskap og budsjett foreligger i nr 3.

Journalen nr 4/2013

Hovedsaken i Journalen nr 4 var «Terningkast-kulturen er en del av vår kultur, hva gjør den med lege-pasientforholdet?». Legelisten.no.

Samarbeid med medisinstudentene

Det har 2 ganger vært utviklet møter for studenter med lisens.

Mentorordningen

Nmf er inne i sitt andre år med arbeidet for mentor-ordning. Ordningen har en bred representasjon når det gjelder hvilke fagfelt de ulike mentorene har og hvilke semester de ulike studentene tilhører. Max 8 studenter er optimalt for en gruppe. 4 studenter står på venteliste. Det er for tiden 7 mentorer og i hver gruppe er det 6-7 studenter. Mentorene og studentene er fornøyd med ordningen og ønsker en utvidelse. Ansvarlig for mentorordningen i Oslo er Usman Walyat Khan, han er grunnutdannings-ansvarlig i Nmf Oslo.

HELSETJENESTE FOR LEGER

Støttekollegagruppen

Den kollegiale støttegruppen i Oslo har i 2012 hatt kontakt med 15 kolleger, hvorav 10 menn og 5 kvinner. 9 av kollegene ble kontaktet på initiativ fra gruppen. Det ble gjennomført i alt 31 rådgivnings-samtaler. 10 av kollegene arbeidet på sykehus. Psykiske problemer/problemer i jobben var de hyp-pigste årsakene til kontakt med støttekollega.

Det har i 2012 vært 3 støttekolleger i Oslo lege-forening.

Lege-leger

Lege-lege ordningen. Det er rekruttert nye leger i høst. Det ble avholdt et dagseminar i november med hovedtema rundt det å være lege-lege.

ÅRSMELDING – KURSKOMITEEN

Komiteen består av seks medlemmer, hvorav fire allmennpraktikere, en arbeidsmedisiner og en sykehuslege. Det er avholdt fire møter og det har vært jevnlig korrespondanse per e-post. Hoved-oppgavene er å godkjenne de lokale kurskomiteer, sykehushospiteringer og møteserier, samt arrange-re kurs for allmennleger. Kursgodkjenningen er i all hovedsak lagt til spesialitetskomiteen i allmenn-medisin.

Gjennomførte kurs i 2012:

Akuttmedisin

Det ble innført krav om gjennomført obligato-risk kurs i akuttmedisin fra og med 1.1.2012 både i videreutdanningen og ved resertifisering for spesialiteten allmenmedisin.

Oslo legeforenings kurskomité arrangerte for første gang et slikt kurs for allmennleger i Oslo våren 2011 og avholdt et nytt kurs våren 2012 med 120 deltakere. Kurset var delt opp i teorigdel og praksisdelt: to kvelder teorigdel og deretter den praktiske delen fortløpende på oppsatte lørdager, 30 deltakere per gang fordelt på smågrupper (5 grupper à 6 leger).

Komiteen vil, hvis behov, arrangere et akutt-medisinkurs per år, henholdsvis for allmennleger i Oslo og Akershus.

Ullevålkurs

Klinisk emnekurs i psykodynamisk psykoterapi med 70 deltakere ble avholdt 20.10, 25.10 og 1.11 i samarbeid med Institutt for Psykoterapi og Norsk Psykoanalytisk Institutt. Sted: Oslo universitetssykehus, Ullevål.

HMS-kurs

Sted: STAMI. Dato: 1. november. Antall deltakere: 52.

Grunnkurs C – Forebyggende medisin

Kurset ble avholdt på Grand Hotel i Oslo 19.-22. november med 90 deltakere. Kursene ble tilrettelagt og gjennomført av komiteens medlemmer og Oslo legeforenings sekretariat. De annonseres på våre nettsider og per e-post. Grunnkursene er obligatoriske og annonseres også på Legeforeningens nettsider under kurskatalogen

Oslo, 21. mars 2013

På vegne av styret i Oslo legeforening



Svein Aarseth, leder

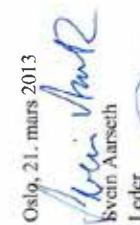
OSLO LEGEFORENING AKTIVITETSREGNSKAP

	Noter	Regnskap 2012	Regnskap 2011	Regnskap 2010
ANSKAFTE MIDLER				
Medlemsinntekter	3	2 950 816	2 861 487	2 768 394
Tilskudd	4,5	34 386	48 944	260 581
Andre inntekter		12 230	0	0
Sum anskaffede midler		2 997 432	2 910 431	3 028 975
Aktivetet som oppfyller formålet				
Kursinntekter	5	1 492 200	1 035 975	1 322 305
Sum aktiviteter som oppfyller formålet		1 492 200	1 035 975	1 322 305
Aktivetet som skaper inntekter				
Annonser		279 900	166 980	135 000
Sum aktiviteter som skaper inntekter		279 900	166 980	135 000
Finansinntekter		93 674	82 537	72 732
Sum anskaffede midler		4 863 206	4 195 923	4 559 012
Forbrukte midler				
Kostnader til anskaffelse av midler				
Kostnader ved annonseresalg		83 970	50 094	40 500
Sum kostnader anskaffelse av midler		83 970	50 094	40 500
Kostnader til formålet				
Produksjonskostnader Journalen		560 118	501 962	545 962
Kurs og konferanser	5	925 025	652 003	1 028 376
Tillitsvalgte/Forhandlinger		1 087 101	970 131	790 507
Helsestjenester for leger		59 014	49 373	63 160
Sum kostnader til formålet	6	2 631 258	2 173 469	2 428 005
Administrasjonskostnader	6	1 583 821	1 433 996	1 970 966
Sum forbrukte midler	6	4 299 049	3 657 559	4 439 472
Årets aktivitetresultat		564 157	538 364	119 540
Tillegg/reduksjon formålkapital (egenkapitalen)		564 157	538 364	119 540
Overført til/(fra) annen formålkapital				
Sum endring formålkapital (egenkapital)	9	564 157	538 364	119 540

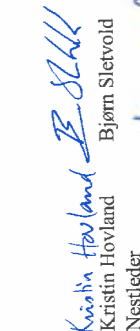
BALANSE 31. DESEMBER

	Noter	31.12 2012	31.12 2011	31.12 2010
EIENDELER				
Anleggsmidler				
Inventar		24 356	40 932	61 264
IT-utstyr		0	0	2 160
Sum anleggsmidler	7	24 356	40 932	63 423
Omløpsmidler				
Fordringer				
Kundefordringer		23 525	61 986	149 374
Andre kortsiktige fordringer		33 286	7 861	31 237
Sum fordringer	56 811	69 847	180 611	180 611
Kontanter og bankinnskudd	8	4 039 996	3 135 100	2 868 462
Sum omløpsmidler	4 096 807	3 204 947	3 049 074	3 049 074
Sum eiendeler	4 121 162	3 245 879	3 112 497	3 112 497
FORMÅLSKAPITAL OG GJELD				
Formålkapital				
Formålkapital med selvpålagte restriksjoner				
Fondet til fremme av allmenmedisinen i Oslo		344 884	344 884	344 884
Fri formålkapital				
Annens formålkapital		3 126 361	2 562 204	2 023 840
Sum formålkapital (egenkapital)	9	3 471 245	2 907 088	2 368 724
GJELD				
Kortsiktig gjeld				
Leverandørgjeld		297 720	41 126	37 723
Offentlige trekk og avgifter		228 296	187 625	165 032
Skyldige feriepenger		109 162	93 913	98 414
Annens kortsiktig gjeld		14 740	16 127	442 604
Sum kortsiktig gjeld	649 917	338 791	743 772	743 772
Sum gjeld	649 917	338 791	743 772	743 772
Sum formålkapital og gjeld	4 121 162	3 245 879	3 112 497	3 112 497

Oslo, 21. mars 2013



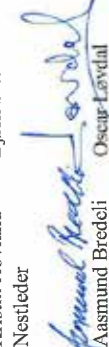
Svein Aarseth
Bystyret



Kristin Hovland
Nestleder



Ragnhild Øzike
Nestleder



Asmund Bredeli
Nestleder



Pernille Bruusgaard
Nestleder



Siri Schøyen Seterelv
Nestleder



Espen Saxhaug Kristoffersen
Nestleder



Ruth Fosvold
Nestleder



Bart Backelandt
Nestleder

REVISJON

Årsregnskap for 2012 for Oslo legeforening er revidert av revisjonsfirmaet Kjelstrup & Wiggen. I likhet med tidligere år konkluderer revisjonsfirmaet med at årsregnskapet er gitt i samsvar med lov og god regnskapsskikk. Revisjonsberetning foreligger i Oslo legeforeningens sekretariat og deles ut på årsmøtet.

NOTER TIL ÅRSREGNSKAPET 2012

Note 1. Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med God Regnskapsskikk (F) for ideelle Organisasjoner (Standarden) og består av følgende:

- Aktivitetsregnskap • Balanse • Noter

Foreningen er ikke skattepliktig for sin virksomhet, jfr. Skattelovens §2-32 Fordringer som skal tilbakebetales innen et år er klassifisert som omløpsmidler.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk er klassifisert som anleggsmidler. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler.

Anleggsmidler med begrenset økonomisk levetid avskrives planmessig.

Kontingenter inntektsføres i den perioden medlemskapet gjelder. Inntektsføring av annonseinntektene skjer når annonsen er levert. Videre inntektsføres tilskudd i den periodede er bevilget til og kursinntekter inntektsføres når kurset er gjennomført.

Note 2. Kostnader etter art

Driftskostnader spesifisert etter art:

Driftskostnader	2012	2011	2010
Kostnader annonsesalg	83 970	50 094	40 500
Trykking/distribusjon Journalen	342 004	314 765	349 705
Personalkostnader	1 854 909	1 693 886	2 417 464
Honorar selvst.næringsdrivende	526 090	449 150	0
Kostnader lokaler	117 400	113 428	0
Småanskaffelser	77 776	95 005	49 973
Kontorhold	87 286	71 786	292 957
Fremmedtjenester	179 205	178 558	344 713
Reise/møte og kursarrangement	891 603	591 371	820 273
Tilskudd	63 349	13 843	17 643
Andre driftskostnader	57 914	62 435	75 657
Avskrivninger av anleggsmidler	16 576	22 492	29 716
Sum driftskostnader	4 298 082	3 656 811	4 438 599

Finansinntekter/kostnader

Finansinntekter	93 674	82 537	72 732
Finanskostnader	967	748	873
Netto finansposter	92 707	81 789	71 859

I aktivitetsregnskapet er inntekter og kostnader i den grad det er mulig fordelt på aktivitet. Det omfatter også finansposter. Forbrukte midler består av sum driftskostnader og finanskostnader.

Finansinntekter inngår i linjen finansinntekter.

Note 3. Medlemsinntekter

Den norske legeforening innkrever de ordinære kontingentene for Oslo legeforening.

Note 4. Tilskudd

Tilskudd	
OU-midler 2012	13 286
Støttekollega-arbeid	21 100
Sum	34 386

NOTE 10 FORTSETTER HER

Godtgjørelse til ledelsen	Styrehonorar	Andre honorar	Praksis- komp.	Andre ytelser	Sum
Styrets leder	200 004	8 750	246 795	3 382	458 931
Styrets nestleder	50 004	8 750	0	0	58 754
Redaktør Journalen	0	128 350	0	4 000	132 350
Øvrige medlemmer styre og landsstyre	0	71 920	74 495	10 290	156 705
Sum	250 008	217 770	321 290	17 672	806 740

Det er i 2012 kostnadsført honorar til revisor med kr 23 406 inkl. mva. hvor hele beløpet gjelder ordinær revisjon.

Note 5. Kurs og konferansekostnader

Kurs	Inntekter	Kostnader	Resultat
200 Grunnkurs	630 000	373 604	256 396
202 Ulllevål høstkurs	268 600	105 482	163 118
213 Akuttmedisin	474 000	252 275	221 725
214 HMS-kurs	119 600	66 297	53 303
350 Kurskomiteen	0	127 367	-127 367
Sum	1 492 200	925 025	567 175

Note 6. Administrasjons- og formålsprosent

Formålsprosent og administrasjonsprosent beregnes som midler anvendt til formålet, hhv til administrasjon i forhold til sum forbrukte midler.

	2012	2011	2010
Formålsprosent	61 %	59 %	55 %
Administrasjonsprosent	37 %	39 %	44 %

Note 7. Varige driftsmidler

Det er benyttet lineære avskrivninger på anskaffelseskost

	Inventar	IT-utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2012	101 661	194 516	296 177
Tilgang	0	0	0
Avgang	0	0	0
Anskaffelseskost 31.12.2012	101 661	194 516	296 177
Akk. ord. avskr. 01.01.2012	60 729	194 516	255 245
Avskrivninger avgang	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger	16 576	0	16 576
Akk. ord. avskr. 31.12.2012	77 305	194 516	271 821
Bokført verdi 31.12.2012	24 356	0	24 356
Avskrivningssats	20 %	33 %	

Note 8. Bankinnskudd

Av bankinnskudd er kr 146 905 bundne midler til dekning av skyldig skattetrekk. Skyldig skattetrekk utgjør kr 139 540 per 31.12.2012.

Note 9. Formålskapital

	Fond til fremme av allmennmedisin i Oslo	Annen formålskapital	Sum formålskapital
Formålskapital per 1.1. 2012	344 884	2 562 204	2 907 088
Årets aktivitetsresultat	0	564 157	564 157
Formålskapital per 31.12. 2012	344 884	3 126 361	3 471 245

Note 10. Personalkostnader, ytelser til ledelsen og revisor

	2012	2011	2010
Lønn og honorarer	1 362 954	1 257 860	1 446 977
Honorarer selvstendig næringsdrivend	0	0	586 600
Arbeidsgiveravgift	268 016	241 022	253 689
Pensjon	198 795	156 532	109 632
Andre ytelser	25 144	38 472	20 565
Sum	1 854 909	1 693 886	2 417 464

I foreningen har det vært to ansatte gjennom hele året, en heltidsstilling og en 80% stilling.

Foreningen er pliktig å ha en obligatorisk tjenestepensjon. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene til pensjon. Pensjonsforpliktelse overfor samtlige ansatte er dekket ved kollektiv pensjonsordning. Denne er ikke balanseført, og den årlige pensjonspremie anses som årets pensjonskostnad. Årets premie er kr 198 795.

FORSLAG TIL AKTIVITETSBUDSJETT 2014

Ref	Budsjett 2014	Budsjett 2013	Regnskap 2012	Regnskap 2011	
ANSKAFTE MIDLER					
1	Medlemsinntekter	3 065 616	3 072 737	2 950 816	2 861 487
	Tilskudd	49 000	49 000	34 386	48 944
	Andre inntekter	17 500	16 000	12 230	0
	Sum anskaffede midler	3 132 116	3 137 737	2 997 432	2 910 431
	Aktivitet som oppfyller formålet				
	Kursinntekter	1 022 000	1 486 000	1 492 200	1 035 975
	Sum aktiviteter som oppfyller formålet	1 022 000	1 486 000	1 492 200	1 035 975
	Aktivitet som skaper inntekter				
	Annonser	250 000	167 000	279 900	166 980
	Sum aktiviteter som skaper inntekter	250 000	167 000	279 900	166 980
6	Finansinntekter	90 000	82 000	93 674	82 537
	Sum anskaffede midler	4 494 116	4 872 737	4 863 206	4 195 923
FORBRUKTE MIDLER					
Kostnader til anskaffelse av midler					
	Kostnader ved annonsesalg	75 000	52 000	83 970	50 094
	Sum kostnader anskaffelse av midler	75 000	52 000	83 970	50 094
	Kostnader til formålet				
2	Produksjonskostnader Journalen	587 000	515 000	560 118	501 962
3	Kurs og konferanser	827 000	1 224 600	925 025	652 003
4	Tillitsvalgte/Forhandlinger	1 209 300	1 181 460	1 087 101	970 131
	Helsetjenester for leger	51 000	51 000	59 014	49 373
	Sum kostnader til formålet	2 674 300	2 972 060	2 631 258	2 173 469
5	Administrasjonskostnader	1 740 000	1 819 020	1 583 821	1 433 996
	Sum forbrukte midler	4 489 300	4 843 079	4 299 049	3 657 559
	Årets aktivitetsresultat	4 816	29 658	564 157	538 364

Ref Medlemsinntekter

- 1 Kontingentmidler fra hovedforeningen: Medlemstilskudd kr 1 883 866
Årsmøtefastsett kontingent per medlem kr 250 (ikke pensjonister)

Godtgjørelse til ledende personer foreslås slik:

- 4 Omfatter praksiskompensasjon for lederverv
4 Honorar til styret foreslås uendret, kr 1 250 per møte
4 Lederhonorar foreslås uendret, kr 200 000
4 Nestlederhonorar foreslås uendret, kr 50 000
3 Honorar leder kurskomité foreslås uendret, kr 30 000
3 Møtegodtgjørelse for medlemmer kurskomité følger Legeforeningens satser
2 Honorar til redaktør Journalen inntil kr 30 000 per nummer etter vedtak fra styret
Det foreslås at styret gis fullmakt til å endre redaktørhonoraret dersom forutsetningene for redaktørens arbeid endres
5 Sekretariatsbistand fra Legeforeningen og revisjon - ca kr 120 000
6 Innarbeidet renteinntekter fra alle bankkonti

STIPEND

- 4 Innarbeidet forslag om stipend til lederutdanning for tillitsvalgte, kr 50 000

Satser praksiskompensasjon og møtegodtgjørelse:

Oslo legeforening følger Legeforeningens satser for praksiskompensasjon og møtegodtgjørelse
Praksiskompensasjon for 2014 er kr 6 590 inkl. møtegodtgjørelse for hele dager og kr 3 295 for halve dager
Møtegodtgjørelse er kr 695

Mentorordningen

I mentorordningen reflekterer medisinstudenter veiledet av en lege rundt temaer knyttet til medisinstudiet og det å være lege. Mentorordningen passer for alle uansett kull og alder.

Nmf Oslo har et samarbeid med Oslo legeförening om en mentorordning for medisinstudentene i Oslo. Dette er en svært populær ordning blant studentene, og vi har mange engasjerte mentorer. Mentorordning er et tilbud til alle medisinstudenter i Oslo om å delta i en gruppe på fire til åtte studenter veiledet av en ferdig utdannet lege, en mentor. Studentene møter mentoren en til tre ganger per semester for å diskutere problemstillinger i forhold til det å være medisinstudent. Dette er en flott mulighet til å opprette kontakter med studenter på andre kull, samt en lege som via sin erfaring kan bidra til viktig og nyttig refleksjon rundt hverdagen som medisiner.

I Oslo er Nmf inne i sitt andre år med arbeidet for mentorordning. Jeg tok over dette arbeidet i fjor høst etter forrige grunnutdanningsansvarlig. Mentorordningen har en bred representasjon både når det gjelder hvilke fagfelt de ulike mentorene har og hvilke semestre de ulike elevene tilhører. De fleste mentorgrupper har møter



mellom en og to ganger i uken. De fleste mentorene har gitt tilbakemelding om at gruppestørrelse på maks åtte personer er det mest optimale. Vi har fire elever på venteliste som ikke har blitt tildelt plass i noen gruppe. Det finnes per i dag åtte grupper med seks til syv elever i hver gruppe. Som grunnutdanningsansvarlig har jeg løpende kontakt med de fleste mentorene om hva de eventuelt ønsker annerledes.

I vår har jeg vært i kontakt med Svein Aarseth, og ved hans hjelp har det vist seg at det er veldig stor interesse fra Legeföreningens medlemmer for å bidra til mentorordningen. Jeg har vært i kontakt med flere engasjerte medlemmer som har meldt sin interesse for å bidra med egne erfaringer fra studietiden og fra arbeidslivet. Dette har vært temaer som studentene i stor grad har

etterspurt, da det ikke finnes noe relevant undervisning i dette under studietiden. I møte med et utfordrende og ofte uoversiktlig arbeidsliv etter endt studie, har de et stort behov for noen som kan veilede dem litt på vei. Tilbakemeldinger fra studenter som har deltatt i mentorordningen vitner om nettopp dette.

Det virker som de fleste studenter og mentorer synes dette er en god ordning. Det vil i fremtiden bli forsøkt å utvide ordningen slik at det opprettes flere grupper. I forbindelse med dette ønsker jeg at Legeföreningen opplyser sine medlemmer om mentorordningen.

USMAN WALAYAT KHAN
Grunnutdanningsansvarlig Oslo NMF

Lurer du på noe i forhold til mentorordningen ta kontakt med Usman Walayat Khan. Ta også kontakt om du har noen innspill til mentorordning og om det er noe vi bør forandre på i den nåværende ordningen.

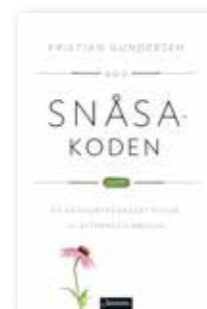
Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Viktig debatt som aldri kjem til endes

Denne boka er eit godt tilskot til ordskiftet om alternativ medisin, eller kva vi no vil kalle det. Eg skal kome kort tilbake til ordbruka seinare. I følgje baksideteksten, skal boka gi ei lett-fatteleg innføring i vitskapeleg metode, og ein brei gjennomgang av feltet alternativ medisin, både nasjonalt og internasjonalt. Det er på det siste emnet boka er best. Ho gir eit godt oversyn over verknadene, eller kanskje heller mangelen på verknader, av alternative terapiformer vurderte ut frå allment aksepterte medisinske og naturvitskapelege kriterium og metodar.

Gundersen har lagt ned eit imponerende arbeid i å sjekke ut og å kommentere tilgjengeleg informasjon om alle vesentlege og ei mengd uvesentlege terapiformer. Velstrukturert, systematisk og grundig, går han gjennom det historiske og teoretiske grunnlaget, praksis i dag og moglege risiko og biverknader ved alt frå kiropraktikk til bioresonans og gerson-terapi til rolfling (seks poeng til alle som har høyrte om desse to siste). Sjølv om eg ikkje har eiga erfaring med alternative metodar, korkje som terapeut eller pasient, meiner eg at eg har rimeleg godt oversyn over feltet. Eg er ikkje i stand til å sjå at Gundersen har oversett avgjerande studiar. Og det skulle berre mangle, så høgt som han kjører ut i debatten, både i denne boka og i det offentlege rommet elles. Både legar og alternative terapeutar har kunnskap å hente av denne gjennomgangen.

Vitskapsteoretisk held boka sjølvstøtt mål når det gjeld den naturvitskapelege tilnærminga. Hypotetisk-deduktiv metode er godt omtala, like eins kvifor dobbelt blindastudiar er vesentlege når ein skal studere allmenne verknader av ulike innsatsfaktorar. Men når Gundersen kallar kapitlet om desse emna for «Sannhetens anatomi», melder eg meg som demonstrant. Hadde han



KRISTIAN GUNDERSEN

SNÅSAKODEN
En kunnskapsbasert guide til alternativ medisin

304 sider
Aschehoug 2013
ISBN 9788203293887
Pris: 369,-

skrive «Sannhetens naturvitenskapelige anatomi», hadde eg ropt halleluja. Han raljerer med det han kallar postmodernistiske eller konstruktivistiske utskeiingar innanfor delar av samfunnsfaga og humaniora. Gjerne det, men då tykkjer eg at han også skulle ha teke for seg den opppegående, kritiske, analytiske tilnærminga innanfor desse vitskapelege felte på ein grundigare måte. Eg meiner at det er moglege å studere fenomen knytte til alternative behandlingsformer med andre forforståingar enn den medisinske og naturvitskapelege. Verknadene i medisinsk og biologisk forstand av terapien, ville ikkje vore annleis, for den må studerast på medisinen og biologiens premisser. Men opplevinga av terapien kunne vore annleis omtala.

Innleiingsvis peikar Gundersen på at han ser på omgrepet komplementær medisin som noko som vi alle synest er bra, og som også kan dokumenterast, slik som å gjere det trivelegare for pasientane på sjukehuset. Eg tolkar han slik at han difor vel å unngå dette omgrepet. Men kva byggjer han denne vurderinga på? Han skriv om «overtalelsesdefinisjoner», men gjer ingen forsøk på å sjå nærare på korleis omgrepet komplementær medisin blir brukt. Ti sider seinare i boka, skriv han at «de alternative bruker imidlertid både allmennleger og spesialister i betydelig høyere grad enn resten av befolkningen». Tja, om vi då snakkar om bruksmåte-definisjonar, er

det vel ikkje urimeleg å kalle alternativ praksis for komplementær?

Gundersen brukar litterære sitat som ingress til ei rekkje av kapitla. Det likar eg godt. Men når han berre brukar dei som lausrivne periodar, melder eg meg litt ut. Ei språkleg utsegn krev ei avkoding og ei tolking når ho skal brukast i ein akademisk tekst. Kvifor gir han ikkje tilkjenne si eiga forståing? Historisk, kontekstuell, nykritisk, dekonstruktivistisk – same

for meg. Men eg hadde likt at han sa noko om kva han meinte med bruken av dei spennande litterære utdraga. Då hadde han vore der som komplementær, og ikkje berre alternativ, humanist; om eg skal leggja hans eiga forståing av alternativ-omgrepet til grunn.

I teksten er det også vist til samtalor med ei rekkje personar. Kor er kjeldekritikken? Kva sa dei egentleg? Kva er Gundersens tolking av utsegnene? Det kjem ikkje tydeleg fram.

Absolutt leseverdige tekst, men den endelege sanninga om alternativ medisin finst ikkje her.

GEIR SVERRE BRAUT
Assisterende direktør, Statens helseilsyn



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

I FORBIFARTEN | TORGEIR BRUUN WYLLER

«Det blir ikke de store endringene ved at noen hundretalls personer digger hverandre på mail»

Professor Torgeir Bruun Wyller er en av initiativtagerne til den nystiftede Helsetjenesteaksjonen. Sammen med sine meningsfeller tok han mål av seg til å samle helsearbeidere, pasienter og andre interesserte i en felles kamp for en ny helsepolitikk. Det har han klart. Og han har ikke tenkt å gi seg.

– Hvordan ble Helsetjenesteaksjonen dannet?

– Aksjonen har vokst frem gradvis. Det startet med en kronikk jeg skrev i Aftenposten for halvannet år siden som førte til en «hurra-storm» fra leger rundt om i landet. Mange ønsket å danne et kontaktnett for utveksling av tanker og meninger, og en e-postliste ble etablert. Etter hvert utvidet listen seg til å omfatte leger også utenfor OUS, inkludert primærhelsetjenesten. Det ble da tydelig at problemene ved OUS var symptomer på en underliggende styringsideologi, og at helsepersonell i andre regioner og andre roller slet med nøyaktig de samme problemene.

– Hvordan var veien fra e-postliste til aksjon?

– Etter hvert vokste det frem en erkjennelse av at det ikke blir de store endringene ved at noen hundretalls personer digger hverandre på mail. Derfor skrev vi kronikken «Ta faget tilbake» som ble trykket i Tidsskriftets påske-nummer. Vi la en god del arbeid i å formulere oss slik at den kunne bli et ideologisk prinsipp-program som la grunnlaget for en aksjon, og sørget også for å rekruttere medforfattere som dekket ulike deler av helsevesenet.

– Hva synes du om responsen?

– Reaksjonene kan vel best sammenliknes med det å stikke hull på lokket i en trykkoker. Forferdelig mange kjente seg igjen. Folk på grunnplanen i helsetjenesten opplevde at den frustrasjonen som gjerne kom frem i mindre konstruktiv kantine-misnøye, nå plutselig fikk et konstruktivt uttrykk og representerte en potensiell endringskraft. Helsetjenesteaksjonen skapte et håp om at det er mulig å få til endringer. Det skal ikke stikkes under en

TORGEIR BRUUN WYLLER

- ▶ Lege, dr.med.
- ▶ Professor geriatri ved Universitetet i Oslo
- ▶ Overlege ved Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus
- ▶ Vesentligste faglige erfarings- og satsningsområder: Hjerneslag, delirium («akutt forvirring») hos gamle, generell geriatri, klinisk forskning.
- ▶ Nå aktuell som «helseopprører».



stol at vi som utgjør aksjonsgruppen kjenner dette håpet som et visst forventningspress.

– Har andre sektorer i samfunnet som sliter med den samme frustrasjonen latt seg inspirere?

– Vi har fått masse henvendelser fra ulike deler av offentlig sektor, ikke minst skole- og universitetssektoren, i tillegg til henvendelser fra helsepersonell i Sverige. Kan hende blir det et felles initiativ på sikt, men per i dag har vi ingen slike planer. Helsetjenesteaksjonen omfatter både spesialist- og primærhelsetjenesten, det er på mange måter stort nok i seg selv. Derimot håper vi på en smitteeffekt til andre sektorer.

– Og responsen fra politikerne, hvordan har den vært?

– Jeg vil si vi har blitt møtt med veldig stor interesse, nesten alle politiske partier har øns-

ket å snakke med oss. Noen er enige i noe, andre i noe annet, men ingen er enige med oss i alt. Uansett ble de nok alle overrasket av selve trykket på responsen; at det kokte såpass nedover i systemet som det gjorde, det tror jeg har vært en vekker. Politikerne regner med oss og ser på oss som en størrelse de må forholde seg til. Samtidig tror jeg de tenker at nokså overfladiske endringer er nok og at de ikke fullt ut har skjønnet dybden og omfanget i budskapet. Derfor må det sterkere lut til.

– Så jobben er ikke gjort?

– På ingen måte. Å snu dagens strukturer er ikke gjort i en håndvending, uansett valgresultat til høsten. Derfor er det så viktig at Helsetjenesteaksjonen tas videre i et format som kan holde det gående lenge.

– Helsetjenesteaksjonen er altså kommet for å bli. Du kan få en travel tid fremover?

– Hittil har jeg på sett og vis fått livet til å gå rundt selv om det har vært travle dager. Heldigvis har vi en fantastisk aksjonsgruppe som stadig rekrutterer nye folk som vil gjøre en innsats. Dugnadsånden og det store kollektive engasjementet gjør at jeg tror vi kan holde det gående lenge. Det er viktig å ikke tape av syne det som startet hele balletten, nemlig endringene vi ønsker. Og skal vi få til disse, må vi tenke langsiktig, med andre ord gjelder det å ta vare på gløden og engasjementet. For en ting er sikkert: Helsetjenesteaksjonen skal ikke bli et blaff!

KRISTIN MACK-BORANDER