

## Aker sykehus vil ha praksiskonsulenter

Aker sykehus vil som det første sykehuset i Oslo innføre praksiskonsulentordningen. Sykehuset ønsker bedre kontakt og samhandling med primærhelsetjenesten. Opptaksområdet for Aker blir sannsynligvis endret, og dette gjør det ekstra betydningsfullt med bedre samarbeidsmuligheter mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oslo legeforening har vært i møte med sykehusledelsen og startet samarbeidet

omkring den praktiske gjennomføring og informasjon til primærleger og sykehuset. I samarbeid med Aplf skal det arrangeres informasjonsmøte og senere kurs for interesserte allmennleger og berørte sykehusleger.

*Torunn Janbu  
leder Oslo legeforening*

*Svein Aarseth  
avdelingstillitsvalgt Aplf Oslo*

## Praksiskonsulentordningen på full fart inn i norske sykehus

ODD JARLE KVAMME OG  
KJELL MAARTMANN-MOE, APLF

Mellom primærhelsetjenesten og sykehusene ligger et utstrakt ingenmannsland. Våre felles pasienter krysser ofte dette området, på vei mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehusenes avdelinger og poliklinikker.

Pasienter, pårørende og helsepersonell opplever at samarbeidet for å skape god flyt i pasientforløpene har sine mangler. Vi har alle våre opplevelser av elendige henvisninger, manglende/intetsigende epikriser, dobbeltbooking, unødvendige kostbare (dublerte) undersøkelser, misforstått informasjon, feilplasserte og frustrerte pasienter, pårørende og samarbeidsparter. Listen over anekdoter er lang.

Store endringer i sykehusstrukturen stiller nye krav til oss som

arbeider i eller samarbeider med sykehusene. Sykehusenes funksjonskart forandres. Det er et økende problem for behandlerne å finne frem i labyrintene og veilede de som trenger hjelp i andrelinjen. Pasientene etterspør både korte ventetider og en sammenhengende behandlingsskjede, mens primærlegenes oppgave er å beholde oversikten over hvor pasientene kan og bør behandles.

### Allmennlegene vil samarbeide

En kompleks, nivå delt helsetjeneste krever at nivåene i helsevesenet samarbeider og skaper en mest mulig sømløs behandlingsskjede. Allment praktiserende lægers forening (Aplf) har satt samhandling med andrelinjetjenesten som et av hovedpunktene på sin dagsorden i inneværende styreperiode. Foreningen vil arbeide for at samarbeidslinjene mellom første- og andrelinjetjenestene systematiseres. Dette er krevende og fordrer gjensidig respekt, innsikt i hverandres arbeid, kulturer og toleranse.

*Fortsetter side 2*

# Praksiskonsulentordningen ...

Forts. fra side 1

## Hva er en praksiskonsulentordning?

I Danmark har praksiskonsulentordningen fungert som et samarbeidstiltak for praktiserende leger og sykehusavdelinger i over ti år. Den ble grundig evaluert senest i 2002, og konklusjonen ble å viderføre tiltaket (1). Over 90 % av alle danske sykehusavdelinger har en slik ordning, og 10 % av alle danske allmennleger er praksiskonsulenter.

Ordningen er utprøvet av ildsjeler ved om lag ti sykehus i Norge siden 1996. Dette arbeidet er etter hvert kjent og verdsatt langt utover foretaksgrensene (2).

Praksiskonsulentordningen er et nettverk av deltidsansatte allmennleger i sykehusene. Allmennlegen er en uavhengig konsulent som tar opp aktuelle samarbeidsproblemer og søker å finne gode løsninger. Praksiskonsulenten arbeider for at pasientene skal få gjennomført koordinert utredning og behandling. Ordningen skal styrke samarbeidet mellom avdelinger og poliklinikker i sykehus på den ene side og primærleger på den annen, for å sikre helhet og kvalitet i hele pasientforløpet. Skal tiltaket lykkes, må det forankres i sykehusledelsen og støttes av legene i avdelingen. Først da kan resultatet bli vinn – vinn – vinn for pasient – avdeling – primærhelsetjeneste.

Praksiskonsulentene er tilknyttet hver sine avdelinger, i stillingsbrøker som kan variere fra én til fire dager per måned, og arbeider tett sammen med avdelingsledelsen. De er lønnet av det enkelte sykehus eller helseforetak. Ved hvert sykehus er det en praksiskoordinator, også allmennlege, som er ansvarlig for å lede nettverket av praksiskonsulenter i samarbeid med sykehusledelsen.

Ideologi og målsetting for praksiskonsulentordningen er at alle ledd i pasientbehandlingen i størst mulig grad tar hensyn til pasientenes perspektiv og behov. Ordningen skal bryte ned barrierer som er til hinder for samarbeid og dermed for god pasientflyt, og skal arbeide for at ressurser blir brukt og fordelt best mulig mellom sektorer og linjer (3). Praksiskonsulentens oppgave er først og fremst å vurdere diagnostikk, behandling, informasjon og service ut fra pasientens perspektiv, ikke å representere allmennleger eller avdeling. Konsulenten er parts-uavhengig og fristillet for å tenke praktisk og nytt.

## Praksiskonsulenten – problemløser og kulturarbeider

Samarbeid krever personlig kontakt og kjennskap og innsikt i den samarbeidende parts perspektiv, arbeidsoppgaver og arbeidsmåter. Godt samarbeid om enkeltpasienter skjer best gjennom direkte og personlig kontakt mellom helsepersonell. Konsulentens oppgaver blir derfor også å skape holdninger, bearbeide inngrodde medisinske kulturer og åpne for bedre kommunikasjon og forståelse mellom faggrupper og over linjegrensene.

Praksiskonsulentordningen må utvikles videre i Norge og bli en selvfølgelig del av helsetjenesten. Ordningen kan bli en viktig kvalitetsindikator for sykehusene. Aplf har satt som foreløpig mål at en praksiskonsulentordning er etablert ved alle kliniske sykehusavdelinger – både psykiatriske og somatiske – innen 2008. For å nå dette målet er det nødvendig at helseforetakene tar aktivt del i arbeidet og legger til rette for at ordningen kan fungere. Fastlegeordningen åpner nå for at kommunene kan sidestille bistilling som praksiskonsulent for allmennlege på linje med kommunalt allmennlegearbeid. Slik kan også kommunale myndigheter legge til rette for at allmennlegene kan påta seg dette viktige arbeidet.

Sentrale helsemyndigheter har satt samhandling over linjegranser på agendaen. Sett i lys av helseministerens nye «Samhandlingsreform» og helsedepartementets «Nasjonal koordinerende gruppe for samhandling og desentralisering», er det på høy tid å styrke lokale kliniske samarbeidsplattformer, der vi som arbeider på grasrota hjelper hverandre til å løse medisinske problemer på en systematisk måte. Dette er praksiskonsulentens oppgave.

## Litteratur:

1. Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark. Muusmann Research & Consulting A/S. Juni 2002. Resyme. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=15401> (5.8.2003).
2. Praksis Konsulent Ordninga. Sentralsjukehuset i Rogaland. <http://praksis.sir.no/> (5.8.2003).
3. Kvamme OJ. Praksiskonsulentordningen: Definisjon, ideologi og målsettinger. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=15394> (5.8.2003).

## JOURNALEN

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

Redaktør: **Henning Mørland**. Redaksjonssekretær: **Mette Ryan**. Postadresse: Oslo legeförening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo. Besøksadresse: Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv), 0107 Oslo. Tlf: 23 10 92 40. Faks: 23 10 92 44. Grafisk produksjon: Kampen Grafisk as

Styret:	Navn/yrkesforening	Telefon	Arbeidssted	E-post
Leder	Torunn Janbu	23 07 00 00	Rikshospitalet	tojanbu@online.no
Nestleder	Svein Aarseth, Aplf	22 02 62 10	Frysja legekontor	svei-aar@online.no
Styremedlemmer	Edmund Søvik	22 11 93 79	Ullevål universitetssykehus	esoevik@online.no
	Hanne Undlien	22 70 39 50	Vinderen legesenter	hanund@hotmail.com
	Christian Hall, LVS	22 45 15 00	Diakonhjemmets sykehus	chall@klinmed.uio.no
	Kristian Vetlesen, Namf	22 89 51 95	Orkla Brands	kristian.vetlesen@orklabrands.no
	Arne Refsum, Of	22 45 15 00	Diakonhjemmets sykehus	arne.refsum@diakonsyk.no
	Tore W. Steen, OLL	23 46 05 21	Oslo kommune, Helsevernetaten	tore.steen@hve.oslo.kommune.no
	Marit Garberg Andvig, PSL		Ullevål universitetssykehus	marit.garberg.andvig@broadpark.no
	Jo Kramer-Johansen, Ylf	23 01 68 19	Universitetet i Oslo	jok-j@online.no
	Erlend Strønen		Oslo legeförening	erlend@rexta.net
<b>Observatør</b>	Mette Ryan	23 10 92 40	Oslo legeförening	mette.ryan@legeföreningen.no
<b>Sekretariat</b>	Anita Ingebrigtsen	23 10 92 42	Oslo legeförening	anita.ingebriksen@legeföreningen.no
<b>Kurskomité</b>	Tore Tobjassen	22 38 64 00	Torshov legesenter	toreto@online.no
<b>Helse tjenester for leger</b>	Paal-Inge Hestvold, leder	22 51 06 60	Bjørnsletta legesenter	phest@alfanett.no
<b>Redaktør</b>	Henning Mørland	23 47 40 00	Bydel Sagene Torshov	henning.morland@bst.oslo.kommune.no

Hjemmesider på Internett: [www.legeföreningen.no/oslo](http://www.legeföreningen.no/oslo)

# Journalen i samme spor

HENNING MØRLAND, REDAKTØR



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

Journalen er Oslo legeforenings medlemsavis og sendes medlemmene fire ganger i året. Målsetningen har vært at Journalen skal være kortfattet og aktuell, og denne linjen videreføres av nytt styre og ny redaktør.

Medlemsavisens ordinære utgaver har åtte sider og belyser aktuelle faglige, organisasjonsmessige og helsepolitiske emner. Fastlegeordningen og sykehusreformen er to store og viktige temaer som blir gjengangere fremover i Journalens spalter. Vi vil selvsagt også ha plass for andre aktuelle tema.

Oslo legeforening er Legeforeningens største fylkesavdeling med medlemmer som arbeider innen et vidt spekter av fagområder på sykehus, i primærhelsetjeneste, forskning, forvaltning, arbeidsmedisin, industri m.v. Journalen vil så godt det lar seg gjøre bringe frem saker som er aktuelle for alle medlemmene, og vi tar svært gjerne i mot synspunkter og innlegg.

## MedHum 2003

INES PANADERO  
STUD.MED., UNIVERSITETET I OSLO

Medisinstudentenes humanitæraksjon, MedHum, arrangeres hvert annet år, i år 6.-13. september. Medisinstuderter over hele landet stilte opp for å bedre helseforholdene i Sudan, et land som virkelig trenger det. Internt ble det organisert arrangementer som stand-up og talentkonsert (med studenter selvsagt), samt foredrag med blant andre Johann Olav Koss som motivator, og Dr Donald Hopkins som fortalte om arbeidet med utryddelsen av *Dracunculus medinensis*, populært kalt guineaorm. Eksternt foregikk det mye i løpet av uka. Blant annet ble det holdt en konsert på Betong der bandene stilte opp gratis, og Alex Rosén var konferansier. Inntektene fra alle arrangementene gikk naturligvis til aksjonen, og noen steder hadde vi til og med forhandlet oss til prosenter av ølsalget. Fra Oslo legeforening har vi mottatt økonomisk bidrag til driftsstøtte.

Bamsesykehuset er et varemerke for MedHum. Det var duket for bamsbehandling på Stortorget både onsdag og lørdag. Mange barn møtte opp, og et klart høydepunkt var åpningen av sykehuset onsdag morgen med fanfarer fra Medicinsk Paradeorchæster, søte toner fra medisinstudentenes guttekor Sangvinerne, og noen velvalgte ord fra ordfører Per Ditlev-Simonsen som kuttet snøret. Da det i tillegg trillet inn en ambulanse med blålys og sirene, var høydepunktet nådd. Den stakkars akuttsyke bamsen som hadde hovedrollen, ble straks undersøkt og lagt i kuvøse.

Onsdag hadde vi stands på høyskoler og universitet der det både ble drevet opplysningsarbeid og pengeinnsamling. Lørdag var den store bydagen da man kunne se hvite frakker overalt. Det var vaffel- og kakeutdeling, rullestol-taxi, gratis blodtrykkmåling og lakrissnørespisekonkurranse. Mange hadde hørt om aksjonen og ville støtte oss. Bøssene vandret, myntene klirret og glade medisinstuderter hadde en god følelse etter å ha gjort en innsats for helsen og hverdagen til medmennesker langt, langt borte.

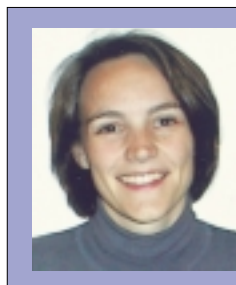


Foto: Jon Fredrik Stuestøl

# Det Norske Radiumhospital HF: Tilbakeblikk på de lokale B-forhandlingene

## – resultat og videre utfordringer

LINN ÅSLI, DET NORSKE RADIUMHOSPITAL



*Linn Åsli (f. 1973) er Ylfs hovedtillitsvalgte ved Det Norske Radiumhospital HF (DNR). Hun er under spesialisering i onkologi.*

**Forventningene til hva som kunne oppnås i de lokale B-forhandlingene var skyhøye etter første informasjonsmøte som ble holdt i regi av Legeforeningens forhandlingsavdeling for vel et år siden. Hovedtariffavtaler og særavtaler som tidligere var fremforhandlet sentralt, ble i sin helhet erstattet av A-overenskomstene mellom NAVO og Legeforeningen, i tillegg til de lokale B-overenskomster. Et av NAVOs argumenter for innføring av sin forhandlingsmodell var nettopp at det skulle lønne seg å legge hoveddelen av forhandlingene lokalt. Ca åtte måneder etter at forhandlingene ble avsluttet, er det fortsatt vanskelig å se det totale resultat når det gjelder økonomi og arbeidsforhold. Implementeringen av avtaleverket har vist seg å være mer krevende enn forventet.**

### Forhandlingsprosessen

Tett samarbeid, grundige forberedelser og forhandlinger sammen med Ofs og Krefregisterets LVS-tillitsvalgt ga vår forhandlingsdelegasjon en styrke som vi neppe ville hatt hver for oss. Vi innså raskt at virkeligheten ikke var så enkel som først forespeilet. Allerede i første møte med Det norske Radiumhospital HF's (DNR HF) forhandlingsdelegasjon forsto vi at oppfatningen av konvertering og lønnsoppgjør var en annen enn den som forelå mellom de sentrale parter. Dette hadde betydning for hvordan sikringsbestemmelsen skulle tolkes.

Det viste seg at DNR HF's økonomiske rammer var langt snevrere enn det vi ble forespeilet fra sentralt hold og i forhold til hva man hadde forventet seg for et lønnsoppgjør som skulle dekke både 2002 og 2003. Vi fikk bistand fra sentrale parter få dager før opprinnelig forhandlingsfrist gikk ut. Enkelte prinsipielle uenigheter ble avklart, mens andre spørsmål vi opprinnelig var enige om, måtte tas fra begynnelsen – noe som burde vært unødvendig når forhandlingene i utgangspunktet var ment å styres av de lokale partene.

### Resultat og videre utfordringer

Det ligger mange muligheter i det nye avtaleverket. Detaljene blir ikke kommentert i dette innlegget. Vi er fortsatt i implementeringsfasen, og overenskomstene er kontinuerlig gjenstand for tolkninger. En klar forbedring med det nye systemet er en betraktelig økning av den gjennomsnittlige grunnlønnen for leger ved at diverse tillegg er flyttet over i den såkalte basislønn.

Mer enn halvparten av legene under spesialisering og mange overleger ble rammet av sikringsbestemmelsen i konverteringen til nytt lønnsystem. Systemet med objektive kriterier er således ikke godt nok idet sikringsbestemmelsen skulle gjelde enkelt-individer og ikke flertallet. De som i hovedsak berøres, er leger i rekrutteringssvake fag, de med svært lange tjenesteplaner (lavere UTA-sats enn før) og de som hadde lang ansiennitet som ikke er direkte tellende for aktuell spesialitet.

Dersom lønnsnivået for nyansatte forringes fordi arbeidsgiver konsekvent legger seg på minimumssatsene og de nyansatte ikke kan støtte seg på sikringsbestemmelsen, vil dette bety at arbeidsgiver over relativt kort tid kan spare inn store deler av kostnadene for lønnsoppgjøret. I disse trange budsjettider ser vi tendenser allerede. Her har de tillitsvalgte en stor utfordring fremover. Legeforeningens medlemmer må bevisstgjøres om at man ved nyansettelser ikke nødvendigvis er sikret samme lønnsnivå som kolleger med lik kompetanse. Vi må i atskillig større grad enn før være forberedt på å forhandle om lønns- og arbeidsforhold før arbeidskontrakten signeres. På DNR HF har vi sørget for at jobbsøkere skal informeres om hvem som er hovedtillitsvalgt og at man kan be om bistand fra disse ved intervju og før kontraktinngåelse.

Legeforeningen må bevisstgjøre medlemmene om at man har rett til å forhandle om personlige tillegg utover minimumsbestemmelsene. Mange har annen kompetanse eller yrkeserfaring som kan være relevant, men som ikke automatisk gir høyere lønsplassering. Den enkelte må selv stille krav, men det er lettere med god støtte fra en tillitsvalgt som kjenner det lokale kompetanse- og lønnsnivå. Ekstra utfordrende er det for leger under spesialisering fordi mange kun tilbys korte, ofte ikke-utlyste vikariater. Det kan føles vanskelig å stille økonomiske krav fordi man er redd for å miste jobbtilbudet.

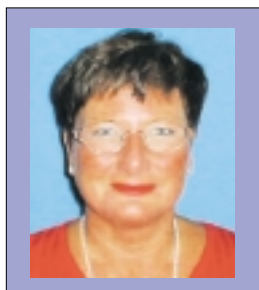
### Implementering av avtalen – vanskeligere enn forventet

Med enkelte unntak er delene av det nye avtaleverket som vedrører lønnsoppgjøret, iverksatt på DNR HF. Flere andre viktige momenter som berører arbeidsforhold, mangler imidlertid fortsatt. Arbeidsgiver har vist lite initiativ til å iverksette tiltak etter den lokale B-overenskomsten (fordypningstid, kontorforhold, medarbeidersamtaler etc). De tillitsvalgte må fortsatt bruke mye tid til purring på dette.

Til tross for at vi følte oss sikre på formuleringene som ble utformet i B-avtalen, opplever vi at mange punkter tolkes annerledes av arbeidsgiver enn vi fikk inntrykk av under forhandlingene. Dokumentasjon fra forhandlingene i form av møtereferater har vist seg nyttig i ettertid. Noen uenigheter har likevel måttet løftes til det sentrale bord for avklaring, men er dessverre fortsatt ikke ferdigbehandlet.

Konklusjonen blir at det nye avtaleverket er en betydelig utfordring for det lokale tillitsvalgtapparatet. Legeforeningens medlemmer bør sette seg godt inn i de nye overenskomstene og selv aktivt benytte seg av fremforhandlede rettigheter. Det er en utfordring for Legeforeningen i å skolere medlemmer og tillitsvalgte i eksisterende muligheter og rettigheter.

# Hvor ble det av psykiatrireformen?



METTE RYAN  
SEKRETARIATSLIEDER I  
OSLO LEGEFORENING

**Dette var tittelen på temamøte i Oslo legeforening. Hvorfor mange fortsatt ser langt etter psykiatrireformen, kan enkelt forklares med at dette ikke skulle være en reform, men derimot en opptrappingsplan for psykisk helse.**

## Bakgrunn

I 1997 la helseminister Gudmund Hernes frem Stortingsmelding nr 25, Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Stortingsmeldingen ble ikke fulgt opp med bevilgninger, og Regjeringen ble bedt om å legge frem en konkret økonomisk opptrappingsplan. Oslo legeforenings temamøte 26. august diskuterte denne, og Arild Gjertsen, seniorrådgiver i Sosial- og helsedirektoratet, Kjell Erik Øie, avdelingsdirektør ved Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Endre Sandvik, bydelsoverlege i bydel Stovner og Ellen Hagemo, medisinsk-faglig rådgiver ved klinikk psykiatri Aker universitetssykehus, innledet til debatt.

## Hva er opptrappingsplanen – hva er problemene?

Opptrappingsplanen er ikke en psykiatrireform understreket Gjertsen, men er et bredt sett av virkemidler for å styrke tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Det har skjedd stor omstrukturering av psykisk helsevern for barn og voksne, og ved økt rekruttering har spesielt tilveksten av barnepsykiatere vært gledelig. Hovedproblemet er at den økonomiske opptrappingen som Stortinget forpliktet seg til, ikke har kommet så langt som ønskelig. Dette er dels et politisk anliggende og dels et spørsmål om prioritering innen de enkelte helseforetak og i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har ikke styringsrett overfor helseforetakene. Direktoratet ønsker at det legges sterkere vekt på det faglige innholdet, kvalitet og kunnskapsbasert praksis.

## Gruppen som faller mellom to stoler

Pasienter med både rus- og psykiatriske problemer, såkalte dobbeltdiagnoser, har tradisjonelt falt mellom to stoler, og dette var temaet for Øies innledning. Bymisjonen ønsker å satse spesielt på denne gruppen for å gi et bedre tilbud og en meningsfylt hverdag. Det ble etterlyst krav til kvalitet i tillegg til effektivitet fra oppdragsgivers side.

## Hvem betaler?

Sandvik påpekte vesentlige forskjeller mellom somatikk og psykiatri med hensyn til refusjonsordninger og ressurstilgang. En problemstilling vi ofte møter, er grenseoppgang mellom 1. og 2. linje, og hvem som skal betale for ulike tilbud. Pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus, kan ha et behov som går ut over omsorgsbolig, psykiatrisk sykepleie og fastlege eller andre tilbud kommunen tradisjonelt kan tilby. Enkelte pasienter vil ha det best i institusjonslignende enheter med trygge rammevilkår. Det er ofte faglig enighet, men diskusjon om hvem som skal betale for tilbudet. Dette kan lett gå ut over de svakeste pasientene, og det er spørsmål om helsetjenesten er faglig forsvarlig. Retten til egen bolig har tilsynelatende ofte blitt viktigere enn retten til kompetent psykiatrisk behandling.

## Hva kan vi gjøre sammen?

Hagemo mente at psykiatri og psykisk helsevern må tilføres flere hjemler for å bedre behandlingstilbudene. I den senere tid har folk bedt om behandling i tro på at det hjelper. Presset øker, og hun mente at fastlegereformen er en nyvinning. For å øke kunnskap og bedre diagnostisering, må spesialisthelsetjenesten i kommuner og bydeler finne frem til samarbeid med fastlegene. Hvem skal for eksempel foreta ø-hjelps-vurderingene? Hun nevnte at pasientrettighetsloven var lite kjent og bare ble brukt av noen få.

## Mange problemstillinger

Debatten etter innledningene belyste – fra ulike synsvinkler – at dette er et sammensatt og komplisert tema. Fra flere hold ble det påpekt at opphold på institusjon kan gi en trygghet som mer desentraliserte løsninger vanskelig kan ivareta. Hvorvidt det har vært en reell nedbygging av sykehusplasser og institusjoner var det delte oppfatninger om, men en viktig utfordring vil fortsatt være å finne et egnet tilbud til de sykeste. Fastlegene som ressurs og fastlegenes samarbeid med 2. linjetjenesten bør utnyttes bedre. Rollen til privatpraktiserende psykologer, psykiatere og barnepsykiatere er til dels uavklart. Det var enighet om at arbeidet med opptrappingsplanen må fortsette, og at perioden eventuelt forlenges ut over 2006. Ytterligere styrking av mange ledd innen psykiatrisk behandling og omsorg er nødvendig for at fagfeltet skal få et tilstrekkelig løft.

## Referat fra årsmøtet

**i Oslo legeforening 26. august 2003 finner du på nettet**

**<http://www.legeforeningen.no/oslo>**

# Det nye styret i Oslo legeforening

**Det nye styret har både nye og gamle navn. Her er en kortfattet presentasjon av styremedlemmene:**

**Torunn Janbu** (f. 1954) er leder av Oslo legeforening. Hun er dr.med., spesialist i generell kirurgi og overlege ved barneortopedisk avdeling ved Rikshospitalet. Hun er medlem i Legeforeningens sentralstyre, leder av Legeforeningens likestillingsutvalg og medlem i Legeforeningens Regionsutvalg Øst. Hun har vært styremedlem i Oslo legeforening fra 1998 og leder fra 2000.

**Svein Aarseth** (f. 1950) er nestleder i styret og representerer Alment praktiserende lægers forening (Aplf). Han er godkjent spesialist i allmenntilleg og i arbeidsmedisin. Han har vært distrikts- og kommunelege i Rauma kommune og bydelslege I på Furuset. Fra 1991 har han drevet privat allmenntilleg med driftstilskudd på Kjelsås. Han har også erfaring som bedrifts- og sykehuslege. Han har vært styremedlem fra 1998 og nestleder fra 2000.

**Edmund Søvik** (f. 1962) er styremedlem valgt direkte av årsmøtet, såkalt fritt valgt. Han er spesialist i radiologi og arbeider med intervensjonsradiologi ved Hjerter-kar radiologisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. Han har erfaring som hovedtillitsvalgt for Yngre legers forening ved Det Norske Radiumhospitalet. Ved Ullevål universitetssykehus har han henholdsvis vært divisjonstillsvalgt for overlegene, hovedtillitsvalgt for overlegene og ansatterepresentant fra 2000 til september 2003.

**Hanne Undlien** (f. 1963) er også styremedlem valgt direkte av årsmøtet, såkalt fritt valgt. Hun er spesialist i allmenntilleg og arbeider som fastlege på Vinderen. De siste to årene har hun vært tillitsvalgt for bydel Vinderen.

**Arne Refsum** (f. 1959) er valgt som representant for overlegeforeningen (Of) til styret i Oslo legeforening. Han er spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi og er overlege ved kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Han har tidligere erfaring som hovedtillitsvalgt for Yngre legers forening ved Ringerike sykehus og Ullevål universitetssykehus. Forrige periode var han fritt valgt representant i styret i Oslo legeforening.

**Marit Garberg Andvig** (f. 1950) representerer Privatpraktiserende spesialisters landsforening (PSL). Hun er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og har drevet spesialistpraksis i Oslo sentrum siden 1985, fra 1990 med fylkeskommunal driftsavtale. Hun har ikke vært fagpolitisk aktiv siden studiedagene inntil hun ble valgt som PSLs representant fra forrige periode.

**Christian Hall** (f. 1950) representerer Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS). Han er professor ved Institutt for Indremedisinsk Forskning på Rikshospitalet og spesialist i generell kirurgi. Hans forskningsfelt har vært eksperimentell kirurgi og kardiovaskulær patofysiologi. Han har tidligere erfaring fra tillitsvalgtarbeid (Ylf, LVS), kommunepolitikk (Bærum) og universitetspolitikk (Kollegiet).

**Kristian Vetlesen** (f. 1952) representerer Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf). Han har mastergrad i folkehelse (Master of public health) ved Harvard University og i administrasjon ved BI. Han er godkjent spesialist og veileder i arbeidsmedisin og har over 20 års erfaring i arbeidsmedisin. Han er for tiden ansatt som bedriftsoverlege i Orkla Brands og har vært styremedlem i Oslo legeforening fra 2000.

**Jo Kramer-Johansen** (f. 1969) representerer Yngre legers forening (Ylf). Han er anestesilege og arbeider som stipendiat ved Institutt for eksperimentell medisinsk forskning ved Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo. Han har vært hovedtillitsvalgt vara for underordnede leger ved Ullevål universitetssykehus og var involvert i forhandlingene om ny B-dels avtale.

**Tore W. Steen** (f. 1950) representerer Offentlige legers landsforening (OLL). Han er dr. med., MPH og spesialist i allmenntilleg og samfunnsmedisin. Han er smittevernoverlege i Oslo, har vært distrikts- og kommunelege i Vågan, ass. fylkeslege i Vest-Agder og har arbeidet vel fem år for Norad i Botswana. Han var vararepresentant for OLL i styret de siste to år.

**Erlend Strønen** (f. 1980) er observatør for Norsk medisinstudentforening (Nmf). Han studerer medisin ved Universitetet i Oslo. Dette året går han på forskerlinjen og er studentstipendiat ved Immunologisk institutt, Rikshospitalet. Han har tidligere vært leder av Nmf Oslo, og er i år medlem av Nmfs hovedstyre.

## Klinisk emnekurs i akuttmedisin Ullevålkurs 2003

torsdag 13. november – onsdag 26. november – torsdag 4. desember  
alle dager kl 15.30-20.30

Påmelding: Se nettsidene [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) – Kurskatalogen

# Bydelsreformen

FOLKE SUNDELIN  
HELSESJEF OG BYDELISOVERLEGE

## Færre bydeler, men stort sett samme oppgaver

Bydelsreformen i Oslo nærmer seg realisering. Oslo har hatt 25 bydeler siden 1988, men i 1996 gjorde bystyret sitt første vedtak om evaluering av bydelsordningen. Samtidig ble spørsmålet reist om bydelene skulle få overført flere oppgaver, særlig om bydelene burde få ansvaret for grunnskolene. Bydelsreformen skjer altså parallelt med sykehusreformen, men det har ikke gått like fort. Etter at arbeidet for alvor startet i 2001, har mange og lange utredninger resultert i at det blir færre og større bydeler, men skoleetaten bevares, og bydelene beholder ansvaret for omtrent de samme oppgavene som i dag.

## Store omstillinger for de ansatte

Kartet viser den nye bydelsinndelingen med 15 nye bydeler fra 1. januar 2004. Siden fem bydeler fortsetter tilnærmet uendret, vil i praksis de resterende 20 bydelene reduseres til ti. Ordningen medfører at om lag 380.000 innbyggere fra nyttår må forholde seg til en ny bydel, og for mange fastleger betyr det at deres avtaleforhold blir overført til en ny administrasjon. Reformen fikk lite oppmerksomhet i valgkampen, og også i ettertid har det vært stille. For mange ansatte medfører reformen store omstillinger. I de berørte bydelsadministrasjonene har omlag 830 ansatte fått inndratt sine stillinger. I disse dager fremmer de sine ønsker for tilvising til de 558 stillingene som er opprettet. Det betyr at mange vil bli overfallet, i tråd med at det sittende byrådet klart har signalisert at det ønskes at bydelsreformen skal gi effektiviseringsgevinster.

## Hva med legene?

Blant våre medlemmer er det bare bydelsoverlegene som rammes av reformen (se lederartikkel). Fra starten hadde byen 25



bydelsoverleger, men i årenes løp er de opprinnelige 25 årsverk redusert til 14-15. Med de nye bydelenes organisasjonsplaner vil tallet bli redusert ytterligere til drøyt ti årsverk, og ingen bydelsoverleger får status som avdelingsjef eller medlem av bydelens ledergruppe. I tillegg betyr nyordningen at fire-fem bydelsoverleger blir stående uten sine jobber som medisinsk-faglig rådgiver fra nyttår. Ved at sykehusreformen går sin gang parallelt, vil alle leger i Oslo merke konsekvenser av reformen. Forslagene om nye opptaksområder for sykehusene i Helse Øst er lagt fram. Dersom de blir gjennomført, blir det mange og store endringer for helsetjenesten og innbyggerne i de kommende årene.

# Støttelegeordningen

SVEN HAAVERSTAD, STØTTELEGE

For å bistå medlemmer som møter akutte kriser og som trenger noen å henvende seg til, opprettet Oslo legeförening for ti år siden en selvstendig enhet med kolleger. Denne enheten ble til støttelegeordningen i Oslo legeförening.

Støttelegeordningen er godt etablert både i Oslo og i landet for øvrig. I Oslo legeförening har ca 20 kolleger årlig fått råd og veiledning hos en av støttelegene. Årsakene til krisene er varierende og ofte komplekse. Det er ikke gitt at krisen løses i

løpet av de tre samtaler som er avsatt hos støttelegen, men en vei videre er ofte løsning for noen. Alle samtaler er av kollegial art, og innholdet i disse blir ikke formidlet videre. Ordningen finansieres i sin helhet av föreningen.

Gjennom årene har ikke bare leger selv, men også deres familie, venner, arbeidskolleger, tillitsvalgte og andre tatt kontakt for å få råd. Støttelegene har erfaring med at dette er positivt, men anonymitet ved slike henvendelser aksepteres ikke.

Oslo legeförening's støttelegeordning er til for medlemmene. Ved akutte kriser der annen hjelp av en eller annen grunn ikke er tilgjengelig, kan det tas kontakt via Oslo legeförening's sekretariat, 23 10 92 40, eller med en av støttelegene nedenfor:

Navn	Arbeidssted	Telefon
Mette Horgen	Majorstukrysset legegruppe	22 95 55 90
Erik Falkum	Psykiatrisk poliklinikk, Diakonhjemmets sykehus	22 02 99 00
Sven E. Haaverstad	Legene Haaverstad og Maartmann-Moe	23 15 61 00
Kjersti Lyngstad	Klinikk for psykiatri, Aker universitetssykehus	22 92 34 00
Sverre Hougsnæs	Kompetansesenter for angstlidelser, Aker universitetssykehus	22 32 34 00

# Samfunnsmedisin i Oslo – hvem tar ansvaret?

TORUNN JANBU  
LEDER I OSLO LEGEFORENING



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

**Bydelsreformen som trer i kraft per 1. januar 2004, reduserer ikke bare antall bydeler, men også den totale samfunnsmedisinske kompetansen. Dette blir konklusjonen etter at de nye bydelene har vedtatt sine organisasjonsplaner.**

Samfunnsmedisinske oppgaver og utfordringer i Oslo er mange, komplekse og økende. Opptappingsplan i psykiatri, overføring av stadig sykere pasienter til pleietjenesten, økende fokus på og krav til smittevern og krevende sosialmedisinske utfordringer må løses ved å sikre tilstrekkelig medisinsk kompetanse på bydelsnivå. Bydelsoverlegene ivaretar i hovedsak disse og andre kommunale lovpålagte oppgaver.

Kommunehelsetjenesteloven pålegger i § 1-3 kommunen ansvar for en rekke oppgaver. Loven krever ikke et gitt antall kommuneleger, men i flg § 3-5 skal kommunen ha en medisinsk-faglig rådgiver. Kravet ligger i at kommunen må løse oppgavene den er pålagt. Oslo kommune har delegert det meste av kommunehelsetjenestelovens krav til bydelene som derfor plikter å ivareta tjenestene.

Bydelsoverlegene er i den nye organisasjonen tatt ut av bydelsdirektørens ledergruppe og plassert lenger ut i organisasjonen samtidig som funksjonen innebærer et lovpålagt overordnet medisinsk ansvar. Den nye strukturen gjør det vanskelig for bydelsoverlegene å utøve sin funksjon, og det kan reises tvil om kommunen/bydelene oppfyller lovens forpliktelser.

De nye bydelene får hver mellom 23 000 og 45 000 innbyggere. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven angis at kommuner med mer enn 10 000 innbyggere, bør ha minst ett

kommuneoverlege-årsverk (tilsvarende bydelsoverlege i Oslo) og assisterende kommuneoverlege. Bydelene har lagt frem sine organisasjonskart uten overordnet styring fra kommunen sentralt. Det blir store variasjoner mellom bydelene – noen bydeler er faktisk uten bydelsoverlege, og store bydeler har 50 % stilling. Antall årsverk reduseres fra om lag 14 til drøyt 10.

Den mangelfulle ivaretagelse av samfunnsmedisinen dette fører til, bekymrer ikke bare Legeföreningen, men også ansvarlig byrådsavdeling. Det har vært uttrykt bekymring for at kapasiteten per i dag også er for dårlig.

En arbeidsgruppe nedsatt av fagansvarlig byrådsavdeling har utarbeidet en rapport omkring samfunnsmedisinen i Oslo. Denne bør gi et godt grunnlag for utarbeidelse av en samlet struktur både omkring innhold og organisering. Til nå er konklusjonene i rapporten ikke benyttet i dette arbeidet.

Byrådsavdelingen kan ikke overstyre bydelsadministrasjonene. Men – for hovedstaden forventer man at det finnes en oversikt og plan over behovet for samfunnsmedisin og hvordan det skal dekkes. Det er urimelig å gi de enkelte bydeler ansvar for at totaliteten er blitt bekymringsfullt dårlig. Står innbyggerne i Oslo i fare for å få dårligere samfunnsmedisinske tjenester fordi styringssystemet er til hinder for fornuftig planlegging?

I budsjettforslag 2004 for Oslo fremheves samfunnsmedisinen som viktig. Det er positivt, men på langt nær nok. Her må politikerne ta tak i kommunens lovpålagte oppgaver og komme med konkrete løsninger som viser Oslos befolkning at de tar sine forpliktelser på alvor.

Oslo legeförening har i høst tatt opp utfordringene med byrådsavdelingen og vil i tiden frem til endelig budsjettvedtak arbeide aktivt for at Oslo får en forsvarlig dekning av behovene for samfunnsmedisinske tjenester.

## Addendum

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester har sendt brev til bydelene hvor de ber om at samfunnsmedisinske tjenester styrkes. Bydelene bes vurdere planlagt bydelsoverlegefunksjon i egen bydel både med hensyn til størrelse på stillingen og plassering i forhold til lederteamet.