

Likestilling, graviditet og nye avtaler

TORUNN JANBU
LEDER I OSLO LEGEFORENING



Torunn Janbu (f. 1954) er leder i Oslo legeforening. Hun er dr.med., spesialist i generell kirurgi og overlege ved barneortopedisk avdeling ved Rikshospitalet. Hun er leder i Legeforeningens likestillingsutvalg og leder i Legeforeningens regionsutvalg i Helseregion Øst.

I Norge har vi likestilling mellom kjønnene, heter det gjerne. Likestillingsutvalget i Legeforeningen får regelmessig henvendelser fra leger som tyder på det motsatte.

Det er fortsatt et utstrakt misbruk av vikariater på sykehusene. Mange leger går i årevis i det ene vikariatet etter det andre. Det går oftest bra – så lenge du ikke blir gravid. Hvis vikariatet utløper i tiden man har svangerskapspermisjon, opplever mange at de ikke får et nytt vikariat – med den begrunnelsen at de er i permisjon. Dette betyr en betydelig nedgang i lønn under svangerskapspermisjonen. Når permisjonstiden er over, har du ingen sikkerhet på at du har jobb eller lønn.

I tolkningen av likestillingslovens § 4 kommenteres midlertidig ansettelse og gravide søkere. Dersom stillingen åpner for fast ansettelse på et senere tidspunkt eller dersom stillingen vil gi verdifull erfaring i forhold til videre karriere, skal det mer til for at arbeidsgiver skal kunne vektlegge graviditet i forbindelse med tilsetning. Dette vil som regel være tilfelle for vikarer ved sykehus.

Likestillingsombudet har nylig vurdert en slik sak. Konklusjonen var klar: Sykehuset handlet i strid med likestillingsloven ved ikke å forlenge vikariatet til legen som var i svangerskapspermisjon.

Dette standpunktet støttes av nyere rettspraksis fra EU-domstolen, som Norge i følge EØS-avtalen er forpliktet til å rette seg etter. Å nekte å ansette en arbeidstaker som er kvalifisert til arbeidet fordi hun er gravid, utgjør en direkte forskjellsbehandling på grunnlag av kjønn i strid med artikkel 2 og artikkel 3 i EU-direktiv 76/207.

Motargumentet fra arbeidsgiver i slike saker er oftest at det blir så dyrt. De må ansette en vikar for vikaren. Ja, det må de. Det skulle være enkelt å finne slike vikarer i dagens arbeidsmarked. Økonomien i dette kan greit planlegges. Nå er en stor andel av unge leger kvinner. Noen av disse blir gravide. Sykehusets utgifter kan regnes ut og tas med i budsjettene ved å beregne differansen mellom legens lønn og det sykehuset får refundert fra Folketrygden multiplisert med et antatt antall leger i permisjon. Dette kalles planlegging.

På mange områder er det norske samfunn svært betalingsvillig for å legge til rette for å få og å ta vare på barn – for eksempel utbygging av barnehageplasser, lang svangerskapspermisjon, pappa-permisjon, kontantstøtte, barnebidrag. Mange i den medisinske elite er bekymret over at norske kvinner venter for lenge med å få barn. Er man vikar i en sykehuslegestilling er utsettelse av fødsler ikke å undre seg over! Man risikerer å miste jobbmuligheter og å gå betydelig ned i lønn ved å bli gravid.

Når Legeforeningen nå forhandler nye avtaler med NAVO, må vi sikre at avtalene inneholder gode bestemmelser om likestilling og rettigheter for begge foreldre ved fødsler og svangerskapspermisjoner. Slike rettigheter er solid forankret i vårt samfunn. Vi kan ikke akseptere tilbakeskritt på dette området. Gode avtaler er nødvendig for å bedre og å sikre gravide legers ansettelses- og arbeidsforhold.

Hva skjer i Helse Øst?

KÅRE LØVSTAKKEN
ANSATTERREPRESENTANT
I STYRET FOR HELSE ØST RHF



Kåre Løvstakken (f. 1960) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Ullevål universitetssykehus. Han har lang tillitsvalgterfaring i og utenfor Legeforeningen og er medlem av sentralstyret. Fra 2001 har han vært ansatterrepresentant i styret for Helse Øst RHF utpekt av Legeforeningen.

Prosessene i Helse Øst er i gang, og vi vil snart få avklart om helsereformen kan brukes konstruktivt. Før eller senere vil det gjøres vedtak i styret som er faglig velbegrunnet, men som det kan være politisk strid om. Skulle faglig gode tiltak bli stoppet, har reformen lite for seg.

Helse Øst har eksistert i vel fire måneder, og styret har arbeidet i ni. Det har vært travle tider for dem som har vært direkte involvert, og det har skjedd mye. Svaret på spørsmålet om hva som skjer, er avhengig av hvem som ser. Pasienter og ansatte merker neppe noen stor forskjell.

Den første tiden har gått med til å få etablert en organisasjon og å få orden på budsjetter og rapporteringssystemer. Det er neppe noen hemmelighet at det har vært konflikter i styret, særlig i forbindelse med budsjettet. Jeg tror alle i styret var skuffet over statsbudsjettet. Helse Øst valgte etter dissens i styret å fremme et budsjett i økonomisk balanse, men har i etterkant bedt om ytterlige bevilgninger fra staten over revidert nasjonalbudsjett. Utfordringene er spesielt store på investeringsiden. Dersom det ikke kommer mer penger til utstyr og vedlikehold, får Helse Øst store problemer med å holde budsjettet.

Helse Øst har som de andre regionale helseforetakene fått et

styringsdokument fra eierne. Det er ikke helt ukomplisert. Styringsdokumentet er tilgjengelig på nettsidene til Helse Øst og anbefales lest. Det er typisk politisk med en rekke pålegg om hva som skal gjøres og for lite penger til å gjøre det.

Det er etablert avtalebaserte styringssystemer mellom de regionale og lokale helseforetakene. Slike avtaler er en god idé, men jeg tror ikke de er særlig realistiske i år. Mange sykehusdirektører synes å oppfatte økonomi og produksjonskrav fra Helse Øst som pålegg og har gjort avtaler de skal slite med å holde. Med mer erfaring med styringsformen kan partene kanskje fremstå som mer likeverdige og kontraktene mer realistiske.

Evaluering av sykehus er ikke enkelt. Vi kjenner Samdata-rapportene med sine svakheter. Helse Øst arbeider med rapporteringssystemer som sier mer enn kroner og DRG-poeng. Det er satt i gang et arbeid med å samle data på kvalitet for både pasienter og ansatte.

Funksjonsfordeling. Ordet får fart på lokalpolitiske debatter. Skal sykehus, fødeavdelinger og akuttfunksjoner nedlegges? Helse Øst har laget en midlertidig foretaksstruktur for å sikre forsvarlig drift fra 1. januar 2002, men har vedtatt å ta stilling til en mer hensiktsmessig og varig struktur innen utgangen av året.

Dette er ikke nødvendigvis det samme som funksjonsfordeling. Foretaksstrukturen kan være et verktøy for både hensiktsmessig styring og funksjonsfordeling. Fra politisk hold kan en ofte få innrykk av at funksjonsfordeling kan løse alle problemer i helsevesenet. Funksjonsfordeling er heller ikke noe nytt, for mye er gjort både på utredningsplan og i praksis. Det finnes få enkle løsninger med store gevinster. Dersom funksjonsfordeling skal være meningsfylt, må den være basert på solide faglige analyser.

Geografiske prosjekter vil bli igangsatt: Hovedstadsområdet, Mjøsoområdet og Østfold med Follo og Romerike. Prinsippene for organisering av psykiatrien vil også bli vurdert. Målet med disse prosjektene er å komme frem til hensiktsmessig foretaksstruktur, bl.a. med tanke på en akuttmedisinsk behandlingsskjede, kardiologi og kapasitet for intensivmedisin. Arbeidet ledes av viseadm. direktør i Helse Øst, Bente Mikkelsen. Hun har lagt opp til bredt forankrete prosesser med deltakelse fra både helseforetakene, fagmiljøene, arbeidstakerorganisasjonene og brukerne.

JOURNALEN

Journalen er medlemsavis for Oslo legeforening og utkommer vanligvis hvert kvartal.

Redaktør: **Petter Jensen Gjersvik**. Redaksjonssekretær: **Mette Ryan**. Postadresse: Oslo legeforening, 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:

Leder
Nestleder
Styremedlemmer

Navn/yrkesforening

Torunn Janbu
Svein Aarseth, Aplf
Knut Lundin
Arne Refsum
Petter Jensen Gjersvik, LVS
Kristian Vetlesen, Namf
Torbjørn Iversen, Of
Endre Sandvik, OLL
Marit Garberg Andvig, PSL
Ellen Tvetter Deilkås, Ylf

Telefon

23 10 92 40
22 02 62 10
23 07 00 00
22 95 70 00
23 10 90 47
22 89 50 00
22 11 80 80
23 47 10 00
22 33 41 09
22 89 40 00

Arbeidssted

Sophies Minde
Frysja legekontor
Rikshospitalet
Volvat medisinske senter
Tidsskriftet
Lilleborg AS
Ullevål sykehus
Stovner legesenter
Dr. Andvigs spesialistpraksis
Aker sykehus
Universitetet i Oslo
Oslo legeforening
Oslo legeforening
Lambertseter legesenter
Bjørnsletta legesenter

E-post

tojanbu@online.no
svei-aar@online.no
knut.lundin@rikshospitalet.no
arne.laudal.refsum@volvat.no
petter.gjersvik@legeforeningen.no
kristian.vetlesen@lilleborg.no
torbjorn.iversen@ulleval.no
endre.sandvik@c2i.net
mgandvig@online.no
ellftvet@online.no
r-o-st@online.no
mette.ryan@legeforeningen.no
anita.larsen@legeforeningen.no
jtlunke@online.no
phest@alfanett.no

Observatør

Sekretariat

Ragnhild Støen, Nmf
Mette Ryan
Anita I. Larsen
Jon-Torgeir Lunke, leder
Paal-Inge Hestvold, leder

Kurskomité

Helsefjenester for leger

Hjemmesider på Internett: www.legeforeningen.no/yf/olf/

Nye sider er under utarbeidelse og har adresse: www.legeforeningen.no/oslo

CELEBRA™

(CELECOXIB)



PHARMACIA



Strategiplan i Helse Sør

TERJE KEYN, ANSATTERREPRESENTANT
I STYRET FOR HELSE SØR RHF



Terje Keyn (f. 1948) er spesialist i anesthesiologi og seksjonsoverlege ved Smertepoliklinikken, Sykehuset Telemark. Han har lang erfaring som tillitsvalgt i Legeforeningen både lokalt og sentralt og er leder av Telemark legeforening. Han har for tiden fulltids frikjøp som tillitsvalgt gjennom Akademikerne og er ansatterrepresentant i styret for Helse Sør RHF utpekt av Legeforeningen.

Det er nedlagt mye arbeid i prosessen for å generere gode idéer til strategiplanen for Helse Sør. Sikringen av de ansattes muligheter til reell innflytelse gjenstår. De ansatte må føle tilhørighet og eierskap til Helse Sør.

Regionforetakene står nokså fritt i å velge ulike tilnæringer til de samme utfordringene (tenk bare på hvordan helseforetakene benevnes – ulikt fra region til region!). Den mest aktuelle problemstillingen for øyeblikket er utarbeidelse av strategiplaner. Dette arbeidet pågår parallelt i alle regionforetakene og helseforetakene. Helse Øst og Helse Sør, som jo er sammenknyttet på en spesiell måte gjennom helseforetakene i Oslo – siamesiske tvillinger, om man vil – gjør sammenligninger mellom disse regionforetakene spesielt interessant.

Også i utviklingen av strategiplan har Helse Sør og Helse Øst valgt ulike tilnæringer. Hos oss valgte man å benytte et konsulentfirma – Cap Gemini/Ernst & Young – i utviklingen av en strategiplan. Firmaet har etablert grupper som skal løse oppgaver definert av firmaets konsulenter. Oppgavene går gjerne ut på at gruppenes medlemmer skal tenke seg inn i en framtid på fire til tyve år. Ved å inspirere gruppe medlemmene til å se bakover fra et tenkt tidspunkt i framtiden håper man å generere kreative løsninger på dagens problemer.

Som deltaker i noen av disse gruppeoppgavene har jeg kommet til at dette slett ikke er noen uhensiktsmessig måte å nærme seg framtidens utfordringer på. Det er nyttig å befinne seg noen år fram i tid – mentalt – og tenke seg hva som opprinnelig ble gjort for å komme dit.

Administrasjonene for både Helse Sør og de største helseforetakene tenker seg nok ytterligere reduksjoner i antall foretak. Man har også fokusert på antall sykehus med akuttmottak – hvor mange er det faglig og økonomisk dekning for? Videre tenker man seg en fordeling av oppgaver, dog uten å konkretisere særlig.

Prosesen har ikke vært helt tilfredsstillende sett

med ansattes øyne. Fra starten var det ingen representanter for de ansatte. Etter påtrykk ble det åpnet for deltakelse av to representanter for hver av de fem største arbeidstakerorganisasjonene, og disse har deltatt i avsluttende runde.

Prosesen i gruppene har i betydelig grad vært styrt av konsulentfirmaet. Oppgavene er konstruert for å styre retningen på assosiasjoner og tankebilder. Så lenge man makter å bevare en viss kritisk avstand til dette, kan arbeidsmetoden brukes til å fremme kreativitet og gode løsninger.

Gruppene har til sammen bestått av om lag 70 ressurspersoner, rekruttert både fra og utenfor helsevesenet. Sykehusdirektørene har åpenbart hatt stor innflytelse på hvem som skulle være med. Fra en medisinsk synsvinkel har det imidlertid vært et betydelig innslag av toneangivende fagfolk.

Det var betydelige motforestillinger mot dramatiske endringer i foretaksstruktur og oppgavefordeling på det nåværende tidspunkt. Mange ønsket nå en mer behersket prosess enn den som nødvendigvis måtte til for å få start på reformen. Relevante analyser som beslutningsgrunnlag ble etterlyst, og de ansattes representanter har oppfordret foretaksadministrasjonen om å få de ansatte i tale og engasjere dem til å føle eierskap til reformen. Bare i Helse Sør dreier dette seg om ca 23 000 ansatte.

Arbeidsmedisinsk Forum inviterer til møte

INKLUDERENDE ARBEIDSLIV **Funksjonsvurdering eller** **hekseprosess?**

Onsdag 15. mai 2002 kl 13-15
Auditoriet, Statens Arbeidsmiljøinstitutt
(STAMI), Gydasv.8, 0033 Oslo

Årsmøte **i Oslo legeforening**

holdes i Legenes hus
tirsdag 27. august 2002 kl 1800

Forslag til endringer i lovene eller andre forslag som ønskes behandlet på årsmøtet, må være styret i hende innen 2. juli 2002.

Styret

Mer helse for hver krone?



Korridorpasienter. Skal man få ned antallet korridorpasienter, kan man ikke legge ned sengeposter i en avdeling som fra før har overbelegg, mener innsenderen. FOTO: JAN TOMAS ESPEDAL

TORGEIR BRUUN WYLLER
LEGE DR.MED., AKER UNIVERSITETSSYKEHUS

Jeg har fått en hilsen fra min nye sjef, adm. dir. Tor Berge i Helse Øst RHF. En trendy sak med tidsriktig design produsert av et reklamebyrå og distribuert til mange tusen ansatte. Det regionale helseforetaket har åpenbart penger. Hilsenen ventet meg da jeg kom hjem fredag. Hjem fra en avdeling overlesset av korridorpasienter. Samtidig skulle én sengepost helgestenges på grunn av personalmangel og pasientene fordeles utover på de andre postene. Senere planlegges en annen sengepost stengt på ubestemt tid. Ikke på grunn av personalmangel denne gang, men for å saldere budsjettet. Enda en gang har vi fått høre at vi må være flinke og skrive ut mange pasienter.

Flinke? Nesten alle pasientene i Medisinsk avdeling innlegges for øyeblikkelig hjelp. Et stort flertall er gamle og de har mange sykdommer på én gang. De kommer fordi deres behandlingsbehov er åpenbart, og de trenger litt mer tid til å bli friske enn yngre pasienter. Sendes de for fort hjem, kommer de gjerne fort tilbake. De trenger en seng å ligge i til de er blitt friske nok.

«Vi skal (. . .) få ned antallet korridorpasienter», skriver direktøren. Jaså? Og det gjør man ved å legge ned sengeposter i en avdeling som fra før har regelmessig overbelegg? Ved å skvise siste rest av arbeidslyst ut av et pleiepersonale som bare kan yte

hjelp for det mest prekære når pasientene strømmer på? Ved å omorganisere og herse med godt fungerende fagmiljøer der personalet hadde stolthet og idealisme? Er det slik man legger grunnlaget for en stabil rekruttering av personale, bygger korpsånd og høynere arbeidsmoralen? Det tror ikke jeg. Jeg tror det er slik man utarmer det offentlige helsevesenet og skaper enda større rekrutteringsproblemer i nær fremtid. Jeg tror det er slik man kjører et sykehus i grøften.

«Samtidig må (. . .) aktiviteten stå i forhold til de ressurser vi har til disposisjon», skriver direktøren videre. Der har vi det. Vår aktivitet med å ta imot akutt syke mennesker som trenger

kvalifisert behandling og pleie, er for stor i forhold til ressursene. Eller kunne det tenkes at det var omvendt? At det var ressursene som var for små? Vårt helsevesens ledere synes i økende grad rekruttert med den hovedkvalifikasjon at de er uvillige til å snu spørsmålet den veien. Slik skjermer politikere og byråkrater seg fra ubehagelig kunnskap om hvordan forholdene i sykehusene er. Og de kan fortsette å kose seg med stadig nye kostbare omorganiseringer, en voksende skare av administrativt ansatte, dyre konsulenter og intetsigende brev med påkostet layout til sine fotfolk. Pasientene – i alle fall de i min avdeling – er sjelden i form til å beskrive situasjonen sett nedenfra. Og helsepersonellens spede protester kan avfeies som krisemaksimering og profesjonskamp.

«(. . .) bevissthet om hva ting koster, er viktig for meg og vil prege min lederstil», leser jeg i hilsenen. Det fremgår at kostnadene det siktes til, er de økonomiske. I tråd med dette opplever vi i økende grad at vår innsats evalueres med økonomiske termer, som om sykehusene var dropsfabrikker med profitt for eierne som eneste målsetning. Vit da at vi som er hos de syke og etter beste evne behandler, pleier og trøster dem, vi kan ikke lenger akseptere de menneskelige kostnadene som en rent pengeorientert ledelse av sykehusvesenet genererer. Hvor er direktørens lojalitet – hos de syke eller i maktens korridorer?

Denne artikkelen sto i Aftenposten Aften 23. januar 2002.

Oslo '96 skal evalueres

RAGNHILD ØYDNA STØEN
NORSK MEDISINSTUDENTFORENING



Ragnhild Øydna Støen (f. 1979) studerer medisin på fjerde året ved Universitetet i Oslo og har vært hovedstyremedlem og nestleder i Norsk medisinstudentforening. Hun har vært observatør i Oslo legeforenings styre siden sommeren 2001.

Høsten 1996 innførte Det medisinske fakultet i Oslo en helt ny studieplan for medisinstudiet. I år uteksamineres det første kullet som har fulgt denne studieplanen, som kalles Oslo '96.

Betre bør du ber'kje i bakken enn mannevit mykje. Dette er de fleste enige i. Men hva er mannevit i vår tid? Og hva er mannevit i vårt fag?

Da Det medisinske fakultet i Oslo skulle lage ny studieplan for medisinstudiet, prøvde man å definere hva nyutdannede turnusleger må ha kunnskap om etter seks års studium. Fakultetet konkluderte med at det er vel så viktig at ferdige studenter er flinke til å lete frem informasjon som å ha basiskunnskap i de tradisjonelle medisin-fagene.

Som et sentralt element i den nye studiemodellen innførte man problembasert læring (PBL). En stor del av forelesningene ble byttet ut med gruppearbeid, der man arbeider med en pasienthistorie etter et fast opplegg. Hver oppgave går over to møter. På det første møtet setter studentene opp læringsmål for hva man må lese til neste gang for å kunne forklare pasientens symptomer og foreslå behandling. Mellom møtene må alle finne nødvendig informasjon i lærebøker, på biblioteket eller på internett.

Skillet mellom preklinikk og klinikk skulle bli visket ut.

Basalfagene skal læres parallelt med de kliniske fagene ved at semestrene omhandler organsystemer heller enn spesifikke fag. Det er likevel hovedvekt på basalfag de første årene og mer klinikk etter hvert. Organvis innlæring betyr at fagområdene som anatomi, fysiologi og patologi kommer tilbake gang på gang. De siste semestrene brukes til å integrere tidligere kunnskap gjennom repetisjon og utplassering i praksis. Studiedekanen sier gjerne at innlæringen går i spiral – man skal komme tilbake til fagområder, men hver gang på et høyere nivå.

Studentenes evaluering

Oslo '96 skal evalueres i løpet av denne våren, og første allmøte ble holdt rett før påske.

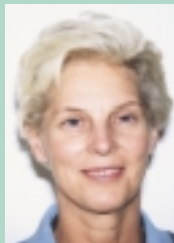
Fra studentenes side ble det påpekt mange «barnesykdommer» med studiemodellen, slik som dårlig logistikk og manglende kunnskap hos lærerne om hva problembasert læring er. Mer alvorlig er det at mange lærere viser liten interesse for å sette seg inn i den nye studieplanen. Kullene har møtt lærere som ikke vet hvor mye studentene skal kunne innenfor sitt fag. For oss studenter er det frustrerende ikke å vite hva som skal ha vært lært tidligere, hva som skal læres nå, og hva som skal læres senere. Med manglende styring fra lærernes side er det lett for at den omtalte spiralen mer oppleves som en karusell!

Mange fag samtidig gir liten tid til hvert fag og lang tid mellom hver gang det undervises i faget. Det fører til at kontakten mellom studentene og fagmiljøene blir dårlig. Dette er bekymringsfullt, bl.a. med tanke på rekruttering til forskning, for forskningsinteressen vekkes nettopp i kontakt med fagmiljøene! Avstand til underviserne fører også til at uegnede studenter ikke «fanges opp». Nå kjenner ingen lærere studentene godt nok til å avgjøre om studenten er skikket til å bli lege eller ikke. Vi har sett nok eksempler på at studenter ikke er egnet til å praktisere som lege.

Oslo '96 er en av fire studiemodeller i Norge. Hvert fakultet har laget sin egen vei til medisinstudenters Rom: Medisinsk embedseksamen. Ingen av studieplanene er perfekte. Kanskje kan ulike modeller inspirere fakultetene til å videreutvikle og forbedre sin modell. Oslo '96 er en krevende og spennende studiemodell som kan bli enda bedre.

PSL og statlig eierskap

MARIT GARBERG ANDVIG
REPRESENTANT FOR PSL I STYRET



Marit Garberg Andvig (f. 1950) representerer Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) i styret. 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.

Det er gått noe få måneder siden innføringen av statlig eierskap av sykehusene. Har leger i privat spesialistpraksis hittil merket noen forskjell?

Svaret må bli nei – i hvert fall ikke så langt. Faktisk merket vi innføringen av fritt sykehusvalg i fjor mer: Med konkurranse sykehusene imellom ble ventetiden for planlagte inngrep kortere.

Alle avtaler mellom spesialister og fylkeskommunene er videreført med de regionale helseforetakene som nye avtalepartnere inntil nye forhandlinger er gjennomført. Privatpraktiserende spesialister med avtale er en tallmessig liten gruppe, så vi må finne oss i å stå bak i køen av grupper som skal forhandle.

Vi må være på vakt mot krefter som ønsker å legge privatpraktiserende spesialister inn under de respektive sykehusavdelingene i nærmeste helseforetak. Vårt ønske og mål er at vi administrativt skal bli lagt direkte under regionsforetaket. I mellomtiden må vi tenke gjennom vår egen rolle i reformen og hva vi kan bidra med.

Rapporter viser at privatpraktiserende spesialister med avtale er kostnadseffektive og gir stor grad av pasienttilfredshet. Kontinuitet og oppfølging av pasientene er god. I fremtiden bør

Aktuelle saker

TORUNN JANBU, LEDER

Statlig eierskap av sykehusene er den viktigste saken styret i Oslo legeförening har jobbet med denne våren. Reformen medfører bl.a. nytt avtaleverk for sykehuslegene og store utfordringer for samhandling med primærhelsetjenesten og tilknytningsformer for praktiserende spesialister.

Helseforetaksreformen

Styret har fortløpende kommunikasjon med Legeföreningen sentralt, regionsutvalgene, ansattrepresentantene i foretaksstyrene og lokale tillitsvalgte. Økonomi, budsjettprosesser, fagets plass og tillitsvalgtes rolle har vært sentrale temaer.

Oslo legeförening har organisert en ny tillitsvalgtlinje for mange av de rundt 100 legene som fortsatt er ansatt i Oslo kommune. Disse hadde tidligere hovedtillitsvalgte ved sykehus som sin overordnede tillitsvalgte, en rolle som nå overtas av representanten for den enkeltes yrkesförening i Oslo legeföreningens styre (i følge lovene kalt avdelingstillsvalgt).

Nytt avtaleverk med NAVO og lønn- og avtaleforhandlinger i Oslo

Styret har diskutert hvilke prinsipper som ønskes i nytt avtaleverk. Skal vi satse på en totallønnsmodell hvor lønnen hovedsakelig avgjøres etter kompetanse til fordel for timetelling?

Et nytt avtaleverk er muligens et godt tidspunkt å «innveksle» særavtalene for å få en større del av lønnen som grunnlønn, og at en mindre del av lønnen utgjøres av tillegg knyttet til arbeidstid. Eller skal vi fortsatt fokusere på ulempetillegg, lange arbeidsdager og detaljerte særavtaler? Assistentleger og turnusleger må i alle fall sikres en god grunnlønn i sentrale avtaler, da disse gruppene ikke innehar noen spesifikk etterspurt kompetanse.

For å kunne forhandle for leger som fortsatt er ansatt i Oslo kommune, har Oslo legeförening forsøkt å samle inn navn og lønsplassering for disse via tillitsvalgtapparatet. Det har ikke vært lett fordi oversikten over tillitsvalgte ikke er helt oppdatert (husk: melding til legeregisteret er den tillitsvalgtes ansvar), og fordi svarene innkommer svært sent og til dels er ufullstendige.

Yrkesföreningenes representanter har utarbeidet krav til vårens lønnsoppgjør i Oslo. Særbestemmelsene i Oslo er kontinuert til 1. juli slik at forhandlingene kan skje etter at NAVO- forhandlingene er avsluttet. Se for øvrig eget brev fra Legeföreningens forhandlingsavdeling.

Regionsutvalgene i Helse Øst og i Helse Sør

Arbeidet i regionsutvalgene er fast post på styremøtene. Torunn Janbu er leder for regionsutvalget i Helse Øst. Knut Lundin, styremedlem i Oslo legeförening, møter som fast representant i regionsutvalget for Helse Sør. Grunnen er at både Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospitalet tilhører denne regionen.

Oslo legeförening har oppfordret sentralstyret å sende et informasjonsbrev til alle de regionale foretaksstyrene om Legeföreningens synspunkter om at helseforetaksreformen må være basert på faglige – særlig medisinskfaglige – hensyn, inkludert hensynet til forskning og utdanning. Tillitsvalgtes mulighet for medvirkning, urealistiske budsjetter, foretakenes «kreative» spareforslag og reformens preg av økonomistyring er også viktige tema.

Fastlegeordningen og legevakt

Fastlegeavtalen i Oslo er sagt opp og skal reforhandles i løpet av våren. Ansvarsforholdene om øyeblikkelig/akutt hjelp utenom fastlegens avtalte åpningstid må avklares.

Avviksmeldingen fra AMK-sentralen om legevakt og fylkeslegens reaksjon førte til møter med byrådsledelsen og medlemsbrev til fastlegene. Oslo legeförening er nå invitert til møter hvor avvikene vurderes fortløpende.

Problemer omkring legevaktorganiseringen, særlig vikarer, uteblivelse fra vakt og sentral fritaksordning, er diskutert og skal følges opp med kommunen og Oslo Legevakt.

Legeföreningens organisasjon

Styret har behandlet delinnstillingen fra Legeföreningens organisasjonsutvalg. Oslo legeförening støtter hovedpunktene i delinnstillingen, men påpeker at utvalget ikke har sett på behovet for sekretariatsfunksjoner i regionene.

Legeföreningens fremtidige organisering ble inngående diskutert på styrets ekstraordinære arbeidsmøte 12.-13. april. Fylkesavdelingene ivaretar i dag medlemmenes interesser lokalt. Denne organiseringen må vurderes påny nå som spesialisthelsetjenesten er sterkere regionalisert enn tidligere. Man bør derfor vurdere å innføre regionsföreninger, antakelig på bekostning av fylkesavdelingene. Spesialföreningene kan knyttes nærmere til regionsföreningene ved at styrene i spesialföreningene må ha minst ett medlem fra hver region.

Høringsuttalelser

Styret har kommentert både innhold og form i forslag til endring av etiske regler for leger. Oslo legeförening ønsker en debatt i Legeföreningen om legers forhold til legemiddelindustrien før man utvider sanksjonsmulighetene mot leger.

Styret støtter ikke forslag om å opprette grenspesialitet i gynekologisk onkologi, men støtter forslag til endring av spesialistreglene i samfunnsmedisin og forslag til retningslinjer for bruk av Legeföreningens nettsider.

Møte med studentene

Det årlige møtet for medisinstudentene som skal ut i sin første sommerjobb, ble avholdt 5. februar. Line Kathrine Lund stilte opp igjen, og hennes kunnskaper og erfaringer var svært nyttige.

vi komme med i undervisning av medisinstudenter og kanskje også i spesialist-utdanningen, bl.a. med praksisplasser. Praksisadministrasjon bør være en del legers grunnutdanning og spesialistutdanning, og her har vi spesialister en del å bidra med.

Operative spesialiteter må komme på banen igjen i forhold til legearbeid som er finansiert gjennom DRG-systemet. Vi må løse vår oppgave som annenlinjetjeneste og fungere som rådgivere i et

godt samarbeid med allmennlegene. Vi må vokte oss vel for å bli en liten grenspesialitet av allmennmedisin – selvforsynte med «gamle» pasienter. Vi må slippe å høre at pasienter med henvisning blir møtt med: «Nei, vi tar ikke nye pasienter». Vi har forpliktet oss gjennom avtale til å ta imot og prioritere henviste pasienter!

Hva er nytt for allmennlegene?

SVEIN AARSETH
NESTLEDER I OSLO LEGEFORENING



Svein Aarseth (f. 1950) er avdelings-tillitsvalgt for Aplf og nestleder i Oslo legeforening. Han er spesialist i allmennmedisin og arbeidsmedisin og har fra 1991 drevet privat allmennpraksis med driftstilskudd på Kjelsås. Han har dessuten erfaring fra offentlig helsearbeid, bedriftshelsetjeneste og sykehus.

Fastlegeordningen er innført, og noen innkjøringsproblemer har det vært. Det samme gjelder legevaksordningen. Her er en oppdatering for allmennlegene i Oslo.

Sentralstyret i Legeforeningen har sagt opp avtalen med Oslo kommune om fastlegeordningen, og avtalen vil bli reforhandlet. Dette innebærer at legevaksavtalen, som er en del av fastlegeavtalen, også skal reforhandles.

Oslo legeforening har hatt møte med kommunehelsesjefen og direktøren for legevakten om legevaksordningen i Oslo.

Følgende punkter ble diskutert:

- Det er et problem at mange leger ikke møter til vakt. Noen har sykmelding – andre ikke. Dette er særlig vanskelig når fraværet skjer uanmeldt («no-show»). Det vil i slike tilfeller bli skrevet avviksmelding. Vi anbefaler at dette punktet tas opp i samtalen man kan pålegges å ha med bydelsoverlegen.
- Journalføringen er i mange tilfeller mangelfull. Journaler skal føres etter journalforskriften, og pasienten skal ha kopi av journalnotatet.
- Det er ønskelig med en sentral ordning for fritak fra vakt. De allmennleger som har fått fritak fra legevakt, må regne med å måtte søke på nytt i forbindelse med inngåelse av ny avtale.
- Det bør tilbys kurs til vaktleger.

Overføringen av sykehusene fra Oslo kommune til Staten og dannelsen av helseforetak har ført til at det nå bare er om lag 100 leger som har Oslo kommune som arbeidsgiver. Avtalene for disse legene reforhandles nå gjennom Akademikerne.

Noen leger er ansatt ved institusjoner med andre eiere enn Oslo kommune, for eksempel private sykehjem. De fleste av disse institusjonene er tilknyttet arbeidsgiverorganisasjonen SHS (tidligere APO). APO-avtalene har vært en blåkopi av avtalen med Oslo kommune, men det er mulig dette ikke blir tilfelle for de nye SHS-avtalene.

Vil du være mentor for medisinstudenter?

SVEIN AARSETH
NESTLEDER I OSLO LEGEFORENING

I samarbeid med Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo vil Norsk medisinstudentforening, Akershus legeforening og Oslo legeforening starte mentorgrupper for medisinstudenter.

En mentorgruppe er en gruppe studenter med lege som leder, veileder og mentor. Gruppen møtes minst en gang i semesteret. Formålet med prosjektet er å gi studenter et møtested der de i mindre grupper kan treffe en framtidig kollega på en uformell måte og ta opp sider ved legeyrket, yrkesvalg, etikk etc som ikke favnes av studieplaner. På denne måten kan de møte en lege som kanskje har en annen bakgrunn enn de leger de ellers møter i

studiet. Det er helt opp til gruppen hvorledes den vil organisere seg og hvilken form møtene skal få.

I Gøteborg har man i flere år hatt en lignende ordning med svært positive tilbakemeldinger.

I begynnelsen av september inviteres interesserte mentorer til et oppstartmøte der erfaringer formidles fra steder der slike grupper er i gang.

Vi inviterer med dette kolleger i Oslo og Akershus til å være mentor. Vi tror det vil bli til glede for både deg selv og studentene! Interesserte bes melde fra til Oslo legeforenings sekretariat per e-post oslo.legeforening@legeforeningen.no eller telefon 23 10 92 40.

Kontaktpersoner for mentorordningen er Ragnhild Øydnå Støen (Norsk medisinstudentforening), Ellen Tvetter Deilkås (Yngre legers forening), Svein Aarseth (Oslo legeforening) og Arne Hjemmen (Akershus legeforening).