

Overlegene i Stavanger – *en ny modell for samfunnsmedisinsk arbeid*

OVERLEGENE IVAR HALVORSEN OG OLAV THORSEN, STAVANGER KOMMUNE

Helt siden kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten i 1984 har det vært delte meninger om hvordan man best organiserer det samfunnsmedisinske arbeidet. Hovedspørsmålet har vært om kommuneoverlegen skal være både administrativ leder og medisinsk faglig rådgiver, eller bare det siste. Derneft har meningene vært delte om kombilegen (med et av beina i allmennmedisinen) har livets rett, eller innebærer et kronisk overstrekk, til skade for utøvelsen av begge fagene.

Historikk

Samfunnsmedisinen i Stavanger har gjennomlevd omtrent de samme strømninger og svingninger som kollegene ellers i landet:

Før 1984 Helsedirektørens forlengede arm
Stadsfysikus var øverste leder for byens helseråd.

1984–94 Samling av helse- og sosialtjenesten.
Helsesjefen leder helseavdelingen (leger, fysioterapeuter, helsesøstre). Han er medisinsk faglig ansvarlig, og administrativ leder, men helse- og sosialsjefen er sjefen. I glansdagene på slutten av 80-tallet var der 2 andre heltids samfunnsmedisinere i helseavdelingen.

1994–97 Desentralisering, helse- og sosialtjenesten ut til folket, i distrikter.
Helsesjefen blir rådgiver i kommunaldirektørens stab. 7 bydelsoverleger, fastlønnede kombileger, linjeledere for eget legesenter, medisinsk faglig rådgiver for lokal helse- og sosialsjef.

1998–00 Privatisering av legetjenesten når samfunnsmedisinene.
Bydelsoverlegenes kurative tjeneste blir privatisert. Rendyrking av lokal medisinsk faglig rådgivning uten administrativt ansvar, 7 leger med 1/3 stilling hver. Helsesjefstillingen utlyses 3 ganger, uten resultat; legevaktssjef og en bydelsoverlege fyller hullet på deltid.

Stavanger har gjennom årene prøvd de fleste modeller. Kommunale omorganiseringer har gitt nye utfordringer. De tilpasningene som vi har foretatt ser imidlertid ut til å ha styrket både rekrutteringen og tilfredsheten med arbeidet. Dagens modell for samfunnsmedisinen i Stavanger innebærer en rendyrking av en av hovedlinjene etter 1984: Samfunnsmedisinen som medisinsk-faglig rådgiver helt uten administrativt ansvar, samt en sterk satsing på kombilegen. Tidens trend for organisering av kommunene har faktisk gjort denne modellen mer gangbar med tiden. Vi vil gjerne dele våre erfaringer så langt.

Ny modell

Fra nyttår 2001 innførte Stavanger en ny modell, med utstrakt desentralisering av makten. Man opprettet selvstendige «virksomheter», der virksomhetslederne har betydelige fullmakter. Neste nivå opp er Rådmannen, ved Kommunaldirektøren for Oppvekst og levekår. Hvert sykehjem, hver sone innen hjemmebaserte tjenester, hver skole og barnehage mm ble en selvstendig virksomhet. De sju lokale helse- og sosialsjefene sitter igjen med helsestasjon/skolehelsetjeneste, sosialtjeneste, barnevern, kommunal fysioterapi, ergoterapi og psykiatrisk sykepleietjeneste i sin virksomhet.

Bydelsoverlegene og helsesjefen fikk gehør for et ønske om å få danne en sentral, sterk medisinsk-faglig avdeling i direktørens stab. Vi strøk bydels- fra tittelen, men hver overlege har beholdt et lokalt rådgiveransvar, for alle virksomhetene i «eget» distrikt. Vekten ble imidlertid flyttet, fra lokalt arbeid til mer overordnede sentrale oppgaver, fra å gjøre og kunne litt av alt, til en større spesialisering og fordypning.

Vi har nå delt ut ansvar for de større samfunnsmedisinske områdene. Hver overlege har sitt felt, som rusvern, barn- og ungdom, eldreomsorg, epidemiologi, katastrofemedisin og psykiatri. Hver av legene blir på denne måten «spesiallege» for hvert sitt samfunnsmedisinske felt. Fordelingen skal være fleksibel, det kan godt være at man involveres i et prosjekt innen en kollegas ansvarsområde. Etter en tid vil en omfordeling kanskje synes naturlig. Vi har ikke knyttet et spesifikt ansvar til den enkeltes stilling.



Helsesjef og overleger, unntatt fotografen.

Foto: Torgeir Gilje Lid

For tiden består legesiden av 40% helsesjef med koordineringsansvar (legevaksjefen), 33% helsesjef med ansvar for legetjensten (en overlege/fastlege), 40% smittevernlege (daglegevakslege) og 6 overleger (fastleger) i 33% stilling. En halv stilling som eldreomsorgsoverlege står ubesatt. Alle overlegene møtes hver onsdag i vårt kontorfellesskap sentralt i Stavanger, like ved Sentraladministrasjonen, hvor helsesjefen og kommunaldirektøren sitter. Vi har da anledning til kollegialt samvær, faglige drøftinger og teamarbeid. Den øvrige tiden disponerer den enkelte, til møter, lokalt arbeid etc.

Bra for legene, men hva med de andre ?

Direktøren for Oppvekst og levekår har et enormt oppgavespenn. Alle skoler, barnehager, deler av fritidssektoren, konfliktrådet, flyktningeseksjon samt hele helse- og sosialtjenesten sorterer under en og samme direktør. Økonomi og plan er organisert under andre direktører. Det sier seg selv at hver virksomhetsleder må ta et stort ansvar for sin del av tjenesten.

Direktøren har en stab med fagkonsulenter, som i hovedsak skal være rådgivere og utviklere for virksomhetene. I den grad det trengs sentral samordning må dette også ivaretas med fagstabens medvirkning. Der er ikke tradisjonelle

kommandolinjer fra disse sentrale fagmedarbeiderne overfor de lokale virksomhetene.

Dermed er det plutselig rådgivning og premissleveranse som er oppgavene og metodene for også de andre faggruppene som vi samfunnsmedisinere forholder oss til. Her er legene faktisk nå etterhvert på hjemmebane. Jo lenger man har vært samfunnsmedisinere i Stavanger, jo mer tviholder man på at veien til innflytelse ikke går gjennom å ha lederansvar i en linje, men kunne levere gode faglige premisser. Innflytelsen blir personlig med årene, og bygger langt på vei på faglighet, ikke på posisjon. Det trives de fleste godt med. Og det er forenlig med en deltidsstilling.

Erfaringer

På et heldagsseminar for overlegene i november gjennomgikk vi denne modellens fordeler og ulemper etter ca 10 måneders drift. Alle var enige om at denne måten å jobbe på var bedre enn den gamle modellen, og flere ga klart uttrykk for at det var helt uaktuelt for dem å jobbe etter den gamle modellen. Fordelene ligger først og fremst i det faglige fellesskapet og utveksling av erfaringer og synspunkter på aktuelle problemstillinger eller faglige utfordringer i framtida. Alle planer for byen som gjelder overlegenes fagområder kan tas opp til diskusjon og vurdering, og



Foto: Olav Thorsen

Sol og vindstille, og overleger på tur.

grunnlaget for å gjøre en kvalitativt god samfunnsmedisinsk faglig jobb er vesentlig styrket.

Overlegene, som er fastleger for 1000-1800 borgere i tillegg, slites selvfølgelig mellom krav fra to kanter. Det å ha en deltidsstilling med utstrakt fleksibilitet, og en helt annen arbeidsform, oppfattes som såpass kjekt at det er verdt det. Man merker at utstrakt bakkekontakt fra kurativt arbeid gir en helt spesiell forutsetning for å se sammenhenger og svikt i systemer.

De fleste holder likevel et vaksomt blikk på alle tendenser til økt møtevirksomhet. Mye av arbeidsgleden ser ut til å være knyttet til det å se håndfaste resultater, få noen suksesser. Med 1/3 stilling har man lite å gå på, og må økonomisere strengt med tiden.

Vi ser at en helsesjef på heltid hadde vært en klar styrke, siden vi er så mange kombi-legger. Vi mangler den som kan være tilstede i mange nok sammenhenger, og som kunne ha koordinert og markedsført oss mer enn vi får til i dag.

Veien videre

Legene tilhører fortsatt en gruppe i direktørens stab, medisinsk-faglig avdeling. Samhandlingen med andre grupper skal bli bedre, og måten vår by vil gjøre det på kan eksemplifiseres: Det har nylig blitt tydelig at byen trenger å se med friskt blikk på forholdene for utsatte barn og unge. Ingen faggruppe kan gjøre det alene. Ressursene som brukes i dag er store, aktørene er mange og effektene er vanskelige å se. Direktøren nedsetter da en arbeidsgruppe. Siden det finnes medisinske sider ved en slik problemstilling vil en eller to av

overlegene delta. Vår gruppes innspill må knytte seg til vår medisinske kunnskap. Feiler barna noe? Hvordan finner vi i så fall dette ut, og hva kan gjøres? (Tverrfaglig, men på egne faglige premisser).

Hvert vesentlig område innen direktørens ansvarsfelt vil etter hvert få sin arbeidsgruppe. Tverrfaglige arbeidsformer blir dermed en del av vår hverdag videre. Vi beholder vårt faglige miljø, men jobber kanskje mindre isolert, med større mulighet til «å se resultater gjennom andres innsats» (– slik ledere gjerne vil). I våre interne diskusjoner om framtida kommer det fram at jo lenger fartstid man har, jo mer lyst ser man på slike arbeidsformer. At det ikke behøver å dreie seg om tap av tid og innflytelse, men om å få gode arenaer og alburom.

Vi merker et økende behov for å kunne bidra med tyngre erfaringer, av typen: hva virker? hva er gjort fra før? Internett-tilgangen er sikret, og en av oss har skaffet seg god søkefaring i Cochrane-databasen og andre kjekke steder.

Vi håper også å organisere en del av arbeidet på en slik måte at det kan bli små artikler og oppsummerte erfaringer av det. Den første pasientflyt-undersøkelsen sammen med vårt sykehus er ferdig, den andre er på gang. En liten pilotstudie for å telle opp hvor mange ordentlig syke som venter på sykehjems plass er ferdig. Ventetiden hos fastlegene er krysskoblet med listelengden (ingen sammenheng funnet). Det gjenstår å se om den lille tiden vi har til rådighet kan gi mulighet til å løfte slikt arbeid utover den helt lokale interessen.