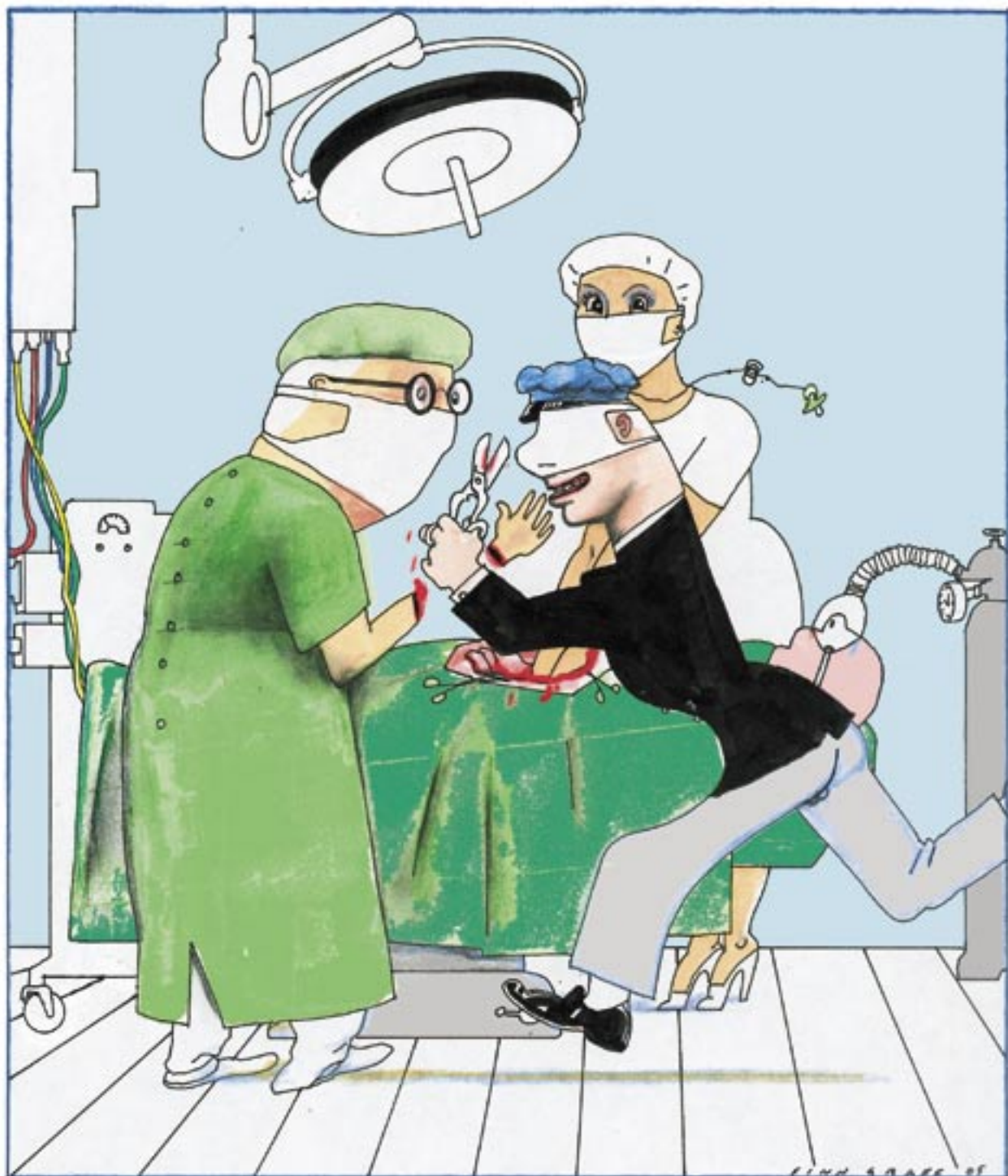


# OVERLEGGEN



- s. 2 **Paroxysmal homonym hemianopsi**  
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **Med vern skal vakten trygges**  
Leder av Lars Eikvar
- s. 7 **Individuell totallønn**  
–Framtidas lønssystem  
av Geir Ketil Røste
- s.10 **Ofs presidentkandidat**  
**Geir Ketil Røste**  
av Espen Huldt-Nystrøm
- s.12 **Akutt psykiatri tilbake til start**  
av Jannike E. Snoek
- s.14 **Organisasjonssaken**  
– **høringssvaret fra Of**  
av Espen Huldt-Nystrøm
- s.17 **Ofs tariffkurs**  
av Espen Huldt-Nystrøm
- s.20 **Evidence based medicine**  
**truer fagligheten**  
av Espen Huldt-Nystrøm
- s.22 **Metodebok – hjelp eller svøpe**  
av Håvard Skeidsvoll

UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,  
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.  
TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50  
INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/  
OVERLEGEFORENINGEN  
REDAKTØR: ESPEN HULDT-NYSTRØM  
E-POST: ehuldt-n@frisurf.no  
FOTO: ESPEN HULDT-NYSTRØM, HELGE HAARSTAD,  
ANNE BETH MOSLET, JON GJÆRLØW,  
ELLEN JUUL ANDERSEN  
LAY-OUT: JOHANNE HJORTHOL / FEBER  
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,  
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO  
OPPLAG: 6000  
FORSIDEN: FINN GRAFF



OVERLEGEN presenterer denne gang den hederskronede autoritetsplager Finn Graff, født 1938. Vi er stolte over hans spesialdesignede forside til denne utgaven. Som vanlig tvinger Graff det åpne sinn til å innrømme at skadefryd er en av de sjeldne sanne gleder. Lik det, eller ikke.

Denne gang: Rett på sak!

For et par år siden hadde vi en kodeskandale i norsk sykehusvesen. Problemet var ikke at noen satte kreative diagnoser for å øke inntjeningen til sykehuset. Det hadde de fleste begynt med for lenge siden, etter påtrykk fra foretakenes administrasjoner og deres heltidsansatte DRG-konsulenter med sykepleierbakgrunn. Nei, skandalen oppsto fordi kreativiteten kom fra en lege som hadde tatt rammebetingelsene på naivt alvor. Og dette ble synliggjort på feil nivå, nemlig i en regional ledelse.

Aftenposten slo umiddelbart over i strak gallop; det gnistret rundt klovene mens avisen spiddet enkeltpersoner for umoral i ukesvis. Så kom relevante nyanser på bordet, avisene mistet interessen og roen senket seg. Foretakene pustet lettet ut, og stakk hodene passe langt ned i sanden igjen.

Entydige kjøregler mangler nemlig fortsatt. I et helseforetak med nokså liten interesse for koding blant leger, har administrerende direktør regnet ut noen titalls millioner kroner i økt inntekt hvis alle kodet som de skulle. Men det skal kodes korrekt, må vite, og ikke slik som nabosykehusene mener, for det ville ikke være bra.

Vi må forlange at ledere over oss vet hvor vi skal og hvordan vi kommer dit. Og forteller oss det. Skal vi lykkes med vårt, må de lykkes med sitt. Uten denne forutsetningen blir det råt parti; vi mer enn aner et mønster av individ- og profesjonsrettet moralisme når alvorlige uregelmessigheter skjer på bakgrunn av uklarheter i systemet.

Vi lever med en sykehusreform, mye fordi fylkeskommunal forvaltning ikke etterspurte styringsverktøy på sykehusnivå; det ga eksplosiv økning av utgifter til spesialisthelsetjeneste. Men velferden skulle bevares ved å konsolidere offentlige helsetjenester.

# PAROXYSMAL HOMONYM HEMIANOPSI – som styringsverktøy

Reformen åpnet likevel for flere aktører. Etter tre år oppretter myndighetene nå et økende antall private tilbud av sykehuskarakter i et marked med overkapasitet. Politisk kløkt ligger bak, private aktører skal forsyne seg av pasientmassen for å få de offentlige til å konkurrere.

Utvikling i kommuner og verdibærende institusjoner – forsvar, justisvesen og skoleverk – viser at regnskapsbaserte verdinormer erobrer rang foran de fleste andre. Greit nok; vi har fått de politikerne vi har bedt om. Vårt samfunn plasserer derfor stadig mer penger i privatsfæren. Men pressen moraliserer spesielt over at leger tar konsekvensen av denne politikken. Hvor er resten av synsfeltet?

Sakens kjerne ligger naturligvis langt utenfor vårt eget revir. Velferdssamfunnet har hevdet at kampen om samfunnsverdiene opphørte med Einar Gerhardsen og Torbjørn Egner. Men det gjorde den ikke; og nå legges vår profesjon ut som velegnet røykteppe eller kanonføde, alt ettersom.

• • •

Men profesjonen har et avorlig problem, når enkelte av oss skor seg på folks behov slik at almen følelse av rett og rimelighet krenkes. Hvilket synsfelt har vår forening her? Allerede Hippokrates advarte mot dette. Hans lege-ed er dessverre ikke gjeldende norsk lov, men skulle ligge nedfelt i vår profesjonsetikk.

Og det gjør den. De fleste sykehusleger yter fortsatt gratis overtid, og jobber ulovlig i forhold til arbeids- og hviletidsbestemmelser. Det er fordi pasienter behøver det, fordi det er knapphet på leger og fordi arbeidsgiver ikke har råd til å prioritere en større ressurs.

Vi forarger tydeligvis samfunnet ved å kreve kompensasjon for å stille vår fritid til disposisjon. Men man taler til oss med et utall tunger. Ingen vet om dagens ventelister bør økes eller reduseres. Balansen mellom privat og offentlig tilbud blir aldri entydig. Pressen la-

ger en salig røre av å tjene litt, en del, eller veldig mye penger på privat drift.

For ikke å snakke om storslåtte krokodilletårer på sykehusenes vegne, når sykehuspasienter henvises til privat oppfølging. Kan man henvide dem til sin egen privatpraksis? Nei, de må nok henvises til kollegenes i nabobyen. Så kan de til gjengjeld henvide sine til vår. Kjempelurt!

Slik realitetsorienteres sykehusleger til å velge ett arbeidsforhold. Privat sykehusdrift oppfattes som særlig lønnsom. Derfra går nemlig verdier til profitt for den enkelte – og til bedriften.

I offentlig helsevesen vet alle at store kostnader i stedet går til nødvendige fellesformål, som dyre vaktordninger som ikke fins privat. Konkurranse i sykehusvesenet er naturligvis en fet finte fra liberalistenes hærførere. Noen av oss tror likevel på dem i den grad at folks rettsfølelse rammes.

Slik holder både pressen, profesjonen og politikerne liv i seg. Det fylkes mannsterkt, med avtagende synsfelt og økende pågangsmot. Våpnene – politikk, fag, etikk og økonomi – veiver i alle retninger. For sikkerhets skyld. Den gode sak er diger og krøllete, men ingen vil gjøre den til noe mer enn en pyntelig relikvie ved siden av Pontoppidans Forklaring eller Friedmans eventyr. Her kunne noen og enhver trenge normalt visus, og mot til å sette både ubrukkelige forutsetninger og egne svakheter på dagsorden – nyansert, og til beste for troverdighet, verdighet og verd.

En ønskedrøm, vil man tro.



*Espen Huldt-Nystrøm*

# Med vern skal vekten trygges

Avvik fra AML kapittel X, tjenesteplaner og tillitsvalgtes rolle

av Lars Eikvar

Sykehuslegene har hatt unntak fra bestemmelsene om arbeidstidens lengde og plassering i arbeidsmiljølovens (AML) kapittel X helt siden loven ble innført i 1976. Legeforeningen inngikk dengang avtale med arbeidsgivers organisasjoner om at unntak kunne avtales med tillitsvalgte lokalt. I særavtalene ble det senere innført egne vernebestemmelser til erstatning for AML. I overenskomsten med NAVO-helse ble ordningen om slike unntak videreført - med en del viktige endringer.

Vernebestemmelsene er nå nedfelt i A2-overenskomsten, § 3.5.3, og gjelder alle sykehusleger. Mulighet for unntak fra AML, kapittel X, avgrenses her til avtaler om utvidet arbeidstid (UTA). Partene i B-delsoverenskomsten kan avtale andre ordninger enn § 3.5.3, som kan omfatte enkelte vaktordninger/ tjenesteplaner eller større deler av driften. Foretakstillitsvalgte forvalter partsforholdet med arbeidsgiver i B-delsavtalen. Avvik fra vernebestemmelsene må avtales av partene på foretaksnivå.

Ofte blir slike forhandlinger delegert til avdelingstillitsvalgte, som har best oversikt over tjenesteplaner og vaktordninger. Men fortsatt må det formelle ansvar ligge hos Dnlf ved foretakstillitsvalgte.

Behovet for å kunne avtale avvik fra AML, kapittel X, og eventuelt fra vernebestemmelsene i A2,

er knyttet til legenes spesielle arbeidssituasjon på vakt. Der er variasjonen stor - fra kontinuerlig aktiv arbeidsinnsats med parallelle oppgaver under stort tidspres, til uforstyrret beredskap og lange perioder med hvile. Variasjonene avhenger av vaktordningen (forvakt/bakvakt), organiseringen av beredskap (generell/seksjonert), fagområdets karakter og krav til øyeblikkelig innsats. Også sykehusets ansvarsområde og kompetansen til lege i forvakt og annet vaktbærende personell influerer. Begrensningene kan bare settes og vurderes ut fra kjennskap til den enkelte vaktordning. Uansett må

## A2-overenskomst – vernebestemmelser § 3.5.3:

- maksimal lengde på arbeidsuken (60 timer)
- maksimal daglig arbeidstid inkludert vakt (19 beregnede timer)
- minimum sammenhengende friperiode i en arbeidsuke (28 timer)
- minimum arbeidsfri periode mellom to arbeidsperioder (8 timer)
- minimum lengde av ordinær arbeidsdag (5 timer)
- krav til revisjon av tjenesteplan hvis gjennomsnittlig arbeidsbelastning på vakt ikke muliggjør minst 8 timers hvile pr døgn



## B-delsoverenskomst – Forhandlingsmyndighet på foretaksnivå.

- Foretakstillitsvalgte forvalter partsforholdet med arbeidsgiver i B-delsavtalen.
- Partene i B-delsoverenskomsten kan avtale avvik fra A2, som kan omfatte arbeidstidens lengde og plassering for enkelte vaktordninger, tjenesteplaner eller større deler av driften.
- Avvik fra vernebestemmelsene må avtales av partene på foretaksnivå.
- Omfanget av utvidet arbeidstid for øvrig kan avtales med den enkelte lege.

løsninger være forankret i allment aksepterte betraktninger om nødvendig hvile, for å kunne ivareta pasientbehandling og arbeidsmiljø.

Det er altså vaktbelastningens karakter og generelle forhold ved arbeidssituasjonen som gir grunnlag for å avtale egne ordninger lokalt. Vernebestemmelsene i A2 § 3.5.3 er oppsummert i tekstboksen over. Mulige avvik fra dette er hovedfokus når lokale avtaler skal erstatte elementer i A2. Hvielperiodenes lengde og plassering, og samlet arbeidsbelastning per uke, må derfor vurderes nøye. Å fastlegge vaktordninger og tjenesteplaner er en del av det medisinske faglige ledelsesansvar som avdelingsoverlegen ivaretar. Hun har imidlertid plikt til å drøfte planene med tillitsvalgte. Omfanget av utvidet arbeidstid for øvrig kan avtales med den enkelte lege. Men det kan ikke avvike fra vernebestemmelsene!

Det er viktig at vaktarbeid organiseres med tanke på kontinuitet i pasientbehandlingen, og på tilgjengelighet av spesialistkompetanse på dagtid. Overenskomsten (A2, § 3.1) definerer leger som dagarbeidere med vakttjeneste; noe av arbeidstiden må nødvendigvis legges til kveld/natt og helger.

Begrepet forsvarlig har vært mye brukt i denne sammenheng; språkbruken er uheldig, da alternativet, «uforsvarlig», indikerer brudd på lovmessige krav til tjenestene. Grensen mellom forsvarlig og uforsvarlig vil ofte være vanskelig å definere. Derfor må en sikre tilstrekkelig margin til det uforsvarlige når arbeidstidens lengde og plassering fastlegges.

Arbeidsøktens samlede lengde vil da måtte vurderes opp mot forventet arbeidsinnsats og anledning til hvile under selve vekten - og opp mot arbeidssituasjonen på dagtid før og etter vekten. Øktens totale arbeidsbelastning vil være avgjørende for om den skal kunne omfatte foregående og/eller påfølgende arbeidsdag.

Krav til forsvarlig hvile under vakt er omtalt i A2, § 3.5.3 siste ledd. Hvile bør vurderes løpende i etablerte ordninger, og må ha særlig fokus når nye avvikende avtaler lages. I tråd med denne paragraf er det også å anbefale at man lokalt avtaler rett til reforhandling av tjenesteplanen dersom aktivt vaktarbeide regelmessig overskrider det som er forutsatt.

En selvfølge må det også være at man har rett til forsvarlig hvile når arbeidsbelastningen på vakt har vært større enn forutsatt. Dersom arbeidsgiver ikke forstår betydningen av dette, bør en slik grense defineres på forhånd.

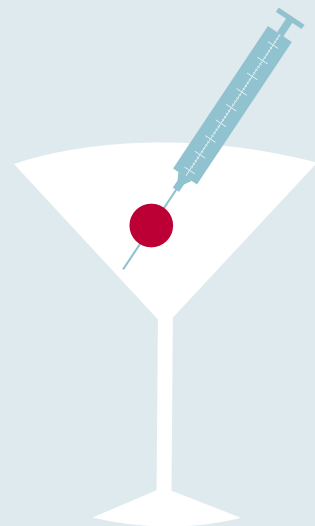
Særlig aktuelt blir spørsmålet om hvile når det oppstår ledige og uforutsette vakter. Ved bruk av hjelpeplan – eller ledig vakt varslet etter avtalte frister – må tjenesteplanen eventuelt legges om slik at vernebestemmelsene ikke brytes. Partene kan lokalt avtale andre grenser enn angitt i A2 § 3.5.3, men slike avtaler må baseres på de samme vurderinger som ovenfor.

Uforutsette vakter lar seg ikke planlegge og er tilfeldig overtid. Det er lang tradisjon for at de utføres som om de stod på tjenesteplanen. Uansett om det er avtalt vanlig arbeidstid dagen etter uforutsett vakt, stilles det lovmessige krav til nødvendig hvile for den samlede arbeidsøkt. Avtaleverket åpner ikke for å dispensere fra disse.

Muligheten for å kunne avtale andre arbeidstidsordninger enn dem AML fastsetter, pålegger partene et betydelig ansvar. De avtalte avvik må være

Se også Overlegen 2004 no2 side 8  
**Uforutsette vakter**  
– trekk i lønn  
Liv Marit Fagerli

forenlige med en god spesialisthelsetjeneste. Arbeidsøktenes lengde og plassering må gi nødvendig sikkerhet for pasientene, og skal ikke påføre leger urimelig eller skadelig belastning. Sykehuseier er ansvarlig for å organisere spesialisthelsetjenesten. Men både foreningen, de tillitsvalgte og hver enkelt lege har ansvar for å inngå avtaler som ikke blir for belastende. Tjenesteplanene må derfor både vurderes på et generelt, allment godtatt grunnlag, og som enkeltstående, konkrete forhold.



### SØVNDEPRIVASJON, ALKOHOLPÅVIRKNING OG YTELSE.

40 personer deltok i to eksperimenter. I det ene ble de holdt våkne i 28 timer. I det andre drakk de 10-15 gram alkohol hvert 30. minutt inntil de hadde 1,0 i promille. Personene ble hver halvtime undersøkt med en dataadministrert test av øye-hånd koordinering, registrert som prosent av en utgangsverdi.

Ytelsene sank signifikant under begge forsøksbetingelser. Ytelsene uten søvn mellom 10 og 26 timer sank per time som ved promilleøkning på 0.04.

Etter 17 timers våkenhet var ytelsene på nivå med ytelsene ved 0,5 promille. Etter 24 timer uten søvn var ytelsene som ved 1 i promille.

Referanse: Dawson&Reid, Nature 1997; Fatigue, alcohol and performance impairment.

Hege Saltnes

# Individuell totallønn – framtidens lønnssystem?

Av Geir Ketil Røste, nestleder of.

**Rikshospitalet har totallønnsavtale for overleger, et resultat av forhandlingene med NAVO i 2002. Både praktiske og politiske argumenter taler for at ordningen bør få større utbredelse. Pågående forhandlinger med NAVO understreker dette. Nedenfor beskrives totallønnskonseptet, og erfaringer man har gjort på Rikshospitalet.**

I årene før foretaksreformen, og før forhandlingene med NAVO i 2002 om ny overenskomst, ble totallønnsmodeller drøftet innad, ikke bare i Overlegeforeningen, men også sentralt i Ylf. "Utfylling av timelister gjør noe med oss som leger", var påstanden. Avtaleverket som til slutt ble fremforhandlet innebar for alle sykehusleger at økning av grunnlønn erstattet en del variable lønnstillegg. Men timetelling forble basis for beregning av samlet lønn. I løpet av det siste året har interessen for individuelt baserte totallønnsmodeller vært økende hos tillitsvalgte i Overlegeforeningen.

Allerede har ett stort og noen små sykehus, flere sykehusavdelinger, og en rekke overleger enkeltvis, valgt en totallønnsmodell

som alternativ til timelønnsavtale. I skrivende stund står vi midt oppe i forhandlinger med NAVO om revisjon av det sentrale avtaleverket fra 2002-3, altså A1- og A2-delene. Finner disse en løsning, skal avtalene ved det enkelte helseforetak, B-delsavtalene, reforhandles lokalt senere i år. Her åpnes det for at enkeltleger, grupper av leger, sykehusavdelinger eller hele helseforetak kan forhandle om overgang til totallønnsmodell. Stilt overfor dette valget, er det viktig å kjenne bakgrunnen for, gjennomføringen av, og erfaringer med eksisterende totallønnsavtaler.

**Hva er en totallønnsavtale?**

En totallønnsavtale kan bygges opp på flere måter og tilpasses behovene der den skal tas i bruk. Hovedgrunnlaget er at flest mulig lønnselementer samles som fast lønn, og at lønna defineres opp mot arbeidsoppgaver og kompetanse i stedet for tidsforbruk. Intensjonsavtalen om overgang til totallønn ved Rikshospitalet formulerte det slik: "Overgang fra belønning for tid og tilstedeværelse, til belønning av innsats og resultat - behandlingsvolum, kvalitet, fagutvikling

og forskning."

Både for arbeidsgiver og arbeidstaker representerer totallønn en forutsigbarhet. For de fleste er det et gode i seg selv. Fokus kan rettes mot faget. Jobben kan organiseres som nødvendig uten å skjele til utslag på lønna. All lønn kommer stort sett med i pensjons- og syke-

Hovedgrunnlaget er at lønnselementene samles som en fast lønn, definert opp mot arbeidsoppgaver og kompetanse i stedet for tidsforbruk.

lønngrunnlaget, og den vil være nærmest uavkortet under permisjoner.

**Hvem passer totallønn for?**

Det var ingen tilfeldighet at Rikshospitalet var det første store helseforetak som inngikk samlet totallønnsavtale. Her hadde man over år bygget opp et godt forhandlingsklima mellom Legeforeningen og administrasjonen. I tillegg framstod Rikshospitalet med en profesjonell ledelse; trygghet er et nøkkelord. Der det er høy grad av tillit mellom ansatte og ledelse bør lokale

lønnsmodeller basert på individuelle totallønnsavtaler vurderes. Min påstand er at overlegegruppen lokalt står sterkt ved så mange helseforetak, at lokal og individuell tilpasning til sentrale avtaler vil være bedre enn å gjøre det kollektivt.

Ved helseforetak der generelle totallønnsavtaler ikke er aktuelle, vil man ofte finne avdelinger med klart definerte arbeidsoppgaver og omforente strategier. Her vil totallønnsavtaler kunne brukes som dynamisk virkemiddel for å løse de konkrete utfordringer tjenestene står overfor, forhåpentligvis til glede for alle parter.

#### Overgang til totallønn

Til grunn for det nye lønssystem i 2002 lå en sikringsbestemmelse: "Partene er enige om at legenes lønnsnivå ikke skal forringes som følge av omlegging til nytt lønnsystem alene - for sammenlignbare forhold i nytt og gammelt system."

En tilsvarende lokal bestemmelse vil være et naturlig utgangspunkt for forhandlinger om en totallønns-

#### Totallønn representerer forutsigbarhet.

avtale, som enten må referere til en sikringsparagraf i A2-avtalen, eller angi konkret sikring i egen tekst. Dette gjelder særlig overlegepermisjonen og spørsmål vedrørende arbeidstid, ambulerende tjeneste, og lignende. Utgangspunktet må være at leger er dagarbeidere med vaktordning. Men individuelle avtaler kan åpne for at enkeltleger eller grupper etter lokal avtale kan bli enige om noe annet.

Dersom totallønnsavtalen skal omfatte arbeid som tidligere ble godtgjort med variable tillegg, må det gå klart fram at disse skal inngå i totallønnen - forutsatt at det aktuelle arbeid fortsatt er en del av oppgavene. Overleger som har utført særlig arbeid mot ekstra godtgjørelse, beholder altså godtgjørelsen som en del av totallønnen - mot å forplikte seg til fortsatt å løse de angjeldende arbeidsoppgaver. Det må også være helt klart hvordan vakter ut over oppsatt vaktplan skal honoreres. Partene lokalt kan her velge mellom en lønnsavtale som omfatter en samlet godtgjørelse for alle årets vakter, eller en avtale om særskilt honorering av uforutsette vakter.

#### Rikshospitalets modell

Ved Rikshospitalet valgte man en totallønnsavtale bestående av fire deler.

**Vaktene** ble først skilt ut og honorert særskilt. Det ble avtalt en stykkpris for hver enkeltvakt. Størrelsen på vakthonoraret reflekterte vaktbelastningen og ble avtalt ved den enkelte avdeling.

**Lønn for arbeidet på dagtid** ble avtalt som en individuell totallønn. Lønns størrelse ble nedfelt i en **tjenestekontrakt** inngått med den enkelte overlege. Arbeidsforpliktelsene som fulgte med lønna ble spesifisert i kontrakten. Tjenestekontrakter revideres årlig; aktivitets- eller kompetanseendringer åpner for årlig lønnsregulering, også uten lønnsoppgjør. I tillegg medfører ordningen at helseforetaket raskt kan tilpasse seg endrede utfordringer, noe som kan representere et være eller ikke være i framtidens sykehus-Norge.

Rikshospitalets avtale inneholder også en ordning om **godtgjørelse for vakter ut over oppsatt tjenesteplan**. Dessuten åpnes det for "særlige lønnsforhold" - betaling for vanligvis tidsbegrensede arbeidsforhold som faller utenfor oppgaver definert i tjenestekontrakten.

#### Individuell lønnsjustering

Individuelt avtalt lønn nedfelt i tjenestekontrakter er et fleksibelt system; lønna kan enkelt justeres ved endring i arbeidsoppgaver. Tradisjonelt har lønnsreduksjoner funnet sted ved å redusere UTA-tid eller arbeidsplan. Dessverre har ikke alltid en tilsvarende reduksjon i arbeidsoppgavene funnet sted.

#### Er det høy grad av tillit mellom ansatte og ledelse, bør totallønnsavtaler vurderes.

I en totallønnsmodell står legen sterkere. Nå må lønnsreduksjoner begrunnes med konkrete reduksjoner i arbeidsoppgaver.

Fordelen – og utfordringen – med et slikt system, er at lønnsjusteringer må begrunnes individuelt. Tidligere ventet Legeforeningen i kø sammen med andre arbeidstakerorganisasjoner på justering av offentlige lønnstrinn. I dagens NAVO-system er leger skilt ut på en svært tydelig måte; sentrale, generelle lønnstillegg får offentlighetens spotlight rettet mot seg. En lokal, individuelt basert lønnsdannelse vil ikke så lett kunne angripes, fordi den er saklig forankret i konkrete, lokale arbeidsoppgaver og i den enkeltes kompetanse.



#### Tillitsvalgtes rolle

I et individuelt, lokalt basert totallønnsystem er det naturlig at lønnsamtale finner sted mellom hver enkelt overlege og dennes leder. Ved behov har man rett til bistand av en tillitsvalgt eller annen person ved slike samtaler.

Ved Rikshospitalet har vi sikret oss at uenighet på avdelingsnivå sluttforhandles mellom hovedtillitsvalgt og personaldirektør. Forhandlingsretten på dette nivået er det etter min mening helt uaktuelt for Legeforeningen å gi fra seg; relasjonene innad i en avdeling eller en seksjon kan være for tette til at uavhengige lønnsamtaler vil kunne finne sted. Ikke minst gjelder det leger under spesialisering, i den grad noen av dem skulle finne en totallønnsmodell formålstjenelig.

For en mangeårig hovedtillitsvalgt har det vært en sann befrielse å forhandle om kompetanse, ansvar, produksjonsvolum, inntjening, etc i stedet for å krangle om avkorting eller forlengelse av arbeidstiden med 25 min. hver fredag.

#### Særlige utfordringer

I dagens system vil nytilsatte oftest få UTA-tid og arbeidsplan tilsvarende avdelingens øvrige overleger – og dermed lønn på samme nivå. I et individuelt basert system må det sikres at nytilsatte ikke havner på minstelønn. Her vil tillitsvalgte

#### Det har vært en sann befrielse å forhandle om kompetanse, ansvar, produksjonsvolum, og inntjening, i stedet for å krangle om avkorting eller forlengelse av arbeidstiden med 25 minutter hver fredag.

spille en nøkkelrolle.

Legeledere forhandler lønn med andre leger; de bør derfor skilles ut med egne lederlønnsavtaler. Dette vil tydeliggjøre lederrollen. Både arbeidsgiver og Legeforeningen bør se seg tjent med det.

Leger i kombinerte kliniske og vitenskapelige stillinger vil ved tjenestekontrakten få presisert fordelingen av arbeidstid mellom

helseforetak og universitet; og arbeidsgiveransvaret kan defineres klarere.

Også en totallønnsmodell må skille mellom arbeidstid og fritid, men grensen vil ikke være like skarp som i et timelønnsbasert system. Slik oppnås økt fleksibilitet begge veier. En totallønnsmodell vil vanligvis gjøre det enklere å avtale redusert arbeidstid. Verdien av avspasering må avtales konkret, men det kan gjøres på individuell basis.

Likelønnsidealet står forbausende sterkt blant norske overleger. Men lønnsdannelse basert på individuelle kriterier medfører ujevn fordeling av lønnstillegg. Også i dag finner vi imidlertid til dels store lønnsforskjeller overleger, avdelinger og helseforetak imellom; allerede er det etablert potente mekanismer for lønnsdifferensiering. Sakteligheten i disse er i dag skjult bak UTA-tid og arbeidsplaner. Derfor er min påstand at det vil være vanskeligere å skjule urimelige lønnsforskjeller i et totallønnsystem.

# Her presenteres Of's kandidat Geir Ketil Røste

– entusiast, 47 år, presidentkandidat



**Her ligger ingen sensasjon i luften. Bare stødig kurs. Se selv, han er kartlagt på Of's nettsider: Cand med 1987. Dr med 1990. Spesialist i nevrokirurgi 1998. Seksjonsoverlege på Rikshospitalet. Og tidligere forhandlingsleder for Ylf. Og medlem av Dnlf's forhandlingsutvalg for statsykehusene i 1996, 1998 og 2000. Og representant for Legeforeningen i sentrale lønnsforhandlinger i Akademikerne Stat. Og hovedtiltvalgt 6 år og medlem i Rikshospitalets styre fra 2003. Og tidligere journalist. Og. Og. Og.**

*Med denne meritlisten gjenstår bare ett spørsmål. Hvorfor har du ikke funnet på å stille som president for lenge siden?*

Viktigere enn det man har gjort, er utfordringene framover. Dette vervet krever sitt. Det vil komme godt med å ha bred erfaring, både fra Legeforeningen og institusjoner som ser oss utenfra.

*Du får presisere for dem som ikke kjenner deg.*

Fag og samfunn er mine favoritter. Disse hjertebarna blir i sterk grad ett i Legeforeningen.

Det er bred enighet om at foreningen skal være en fagforening. Like sterkt står det at vi skal være noe mer, noe langt mer. Vår forpliktelse handler om å bruke vår kunnskap og våre idealer for å bygge et helsevesen til pasientenes beste. Derfor skal vi også være en faglig forening som retter innsatsen mot utvikling av de medisinske fag, forskning, spesialistutdanning og kvalitetsforbedring.

Skal vi lykkes i rollen som vokter av pasienttilbudet på flere nivå, må vi fremstå som en seriøs samfunnsaktør. Pasienter og samfunn går glipp av nødvendige premisser, om vi ikke sørger for at vår innsikt etterspørres der den trengs. Våre faglige miljøer og organisasjonsledd bringer til torgs unik erfaring og kunnskap; se bare på Statusrapportene og en rekke kvalitetsforbedringsprosjekter. Vårt grunnlag for å vurdere organisering av primær- og spesialisthelsetjenesten, og behov for innsats gjennom forskning, fagutvikling og spesialistutdanning, er det beste. Det samme gjelder krav til ledelse av sykehusavdelinger; forholdene må legges til rette for legeledere. Legeforeningen må også framstå tydelig i folkehelse spørsmål - som i debattene om aktiv dødshjelp og røyking, der vi har bidratt med klar røst.

*For å ta fagforeningsbiten først; hvilke utfordringer tror du krever mest av en ny president?*

Det å lede foreningen på de store og krevende forhandlingsarenaer. Etter etablering av nye avtaler i sykehussektoren har sykehuslegene vært frustrerte. De utgjør halvparten av foreningen, og forventer at vi skal være en profesjonell forhandlingsorganisasjon. Men forhandlinger er mye mer enn kroner og øre; våre avtaler skal være et virkemiddel så vår kompetanse kommer til størst mulig nytte for befolkning og samfunn. For de fleste leger vil vissheten om at man gir et godt helsetilbud telle like mye som inntekten isolert sett.

Sykehuslegene er organisert i to yrkesforeninger med svært ulike behov og dermed ulike strategier for

lønnsdannelse. Dette er en stor utfordring som foreningen - for å utvikle strategier til alles beste - må møte med åpenhet og respekt. Utvikling av en slik plattform for sykehuslegenes forhandlingsstrategi ser jeg som en av mine viktigste oppgaver. Og jeg er fast bestemt på å lykkes.

Den andre store arena er rammene for privatpraktiserende leger i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Mye er kommet godt på plass gjennom fastlegeordningen, men avtalene her må passes løpende til en faglig ønsket utvikling. Jeg ønsker også å ta tak i foreningens potensiale for bedre støtte til legegrupper innen forhandlingsområder der Legeforeningen ikke er en dominerende part - som vitenskapelig ansatte og samfunnsmedisinere i statssektoren.

*Flere byer i Belgia?*

Den tredje utfordringen jeg vil nevne er pensjonsordningene. Vi må forvente endringer både i folketrygd og i tjenestepensjoner. Vi må vente å forsvare bruttoordningene og avgrenset opptjeningstid med bestårsregel. Det vil være av største betydning, særlig for våre yngre, og spesielt våre kvinnelige medlemmer.

Landsstyremøtet i Bergen i mai legger forhåpentligvis grunnlag for endret organisering av foreningen. Den nye ledelsens oppgave blir å sørge for at ny struktur brukes til å skape resultater for medlemmene. Vi er i støpeskjeen, men blir aldri sterkere enn de pilarer vi står på. Både i helseforetak og kommuner blir det stadig mer avgjørende for medlemmene at lokale tillitsvalgte greier å gjøre en god jobb. Som forening har vi ikke tatt nok inn over oss at forhandlinger av lønns- og arbeidsvilkår i stor grad er lagt lokalt. Spisskompetanse etterspørres: Legeforeningen sentralt må kunne gi råd, veiledning og støtte til lokale tillitsvalgte. Sentralt må den også være lydhør for signaler nedenfra, slik at den evner å gjøre grunnplanets erfaringer til fundament for sin politikk.

*Legeforeningen flagger åpent at foreningens faglige engasjement må styrkes. Hva bør en framtidig president foreta seg?*

Presidenten må engasjere seg aktivt, så våre faglige foreningers unike kompetanse når fram som grunnlag for Legeforeningens politikk på en rekke områder.

Denne rollen ønsker spesialforeningene å spille – det må ledelsen legge til rette for! Ved å akkumulere unnlatesessynder i faglig engasjement undergraver vi til syvende og sist vår troverdighet og innflytelse.

Videre er Norges bidrag til medisinsk forskning og fagutvikling alt for beskjedent. Legeforeningen må arbeide for økt forståelse for betydningen av å bygge slagkraftige norske forskningsmiljøer. Særlig den basalmedisinske forskningen må styrkes.

*Er legemakt et problem for foreningen i forhold til dens troverdighet?*

Legemakt var da et grusomt ord - som om hvert medlem er en maktmisbruker – hvilken avis har du det fra? Vår kunnskap og erfaring gir både enkeltmedlemmer og forening innflytelse i en rekke sammenhenger. Forvalter vi dette troverdig, vil våre bidrag hilses velkommen og ikke minst etterspørres. Som forening søker vi naturlig en viss posisjon for at samfunnet skal kunne dra nytte av vår innflytelse. Men dette skal bygge på vår troverdighet, ikke utfordre den. Fra tid til annen gjør både presse, politikere og endog enkelte medlemmer sitt til å forkludre troverdigheten; det må vi kunne takle i en så stor forening. Tilliten til oss avhenger av at vi er tydelige utad, og om nødvendig kompromissløse innen vårt kompetanseområde, samtidig som vi møter våre opponenter med respekt.

*Hvordan har presidentkandidaten det selv – med makt, troverdighet og ydmykhet?*

Jeg har vært sammenhengende tillitsvalgt i snart 12 år og har satt stor pris på å arbeide for legers lønns- og arbeidsvilkår i denne tiden. Fra tidligere har jeg jobbet både politisk og i pressen. Min samlede erfaring er at gjensidig tillit og forståelse kan bygges og styrkes, i dette ligger utvilsomt elementer av respekt, kanskje til og med av ydmykhet. Og det viser seg å være en forutsetning for både innflytelse og posisjon i beste positive, demokratiske betydning av ordene. Med årene akkumuleres det vel en viss kompetanse på dette også; jeg ønsker å anvende den til beste for foreningen og medlemmene.

*Hva annet kan en redaktør gjøre, enn å ønske lykke til – det føles nesten unødvendig.....*

Takk, uansett!

SNUBLER MYNDIGHETENE I EGEN SKJULT AGENDA OG BRINGER AKUTT PSYKIATRI

# TILBAKE TIL START?

av Jannike E. Snoek

**Innspillene til Aslak Bonde og Agnar Aspaas i Overlegen 3/2004 fokuserte på akuttpsykiatri og trikkedrap. Jannike E. Snoek nøster en finurlig tråd fra skjult agenda, gjennom forfeilet ideologi, via forfeilet pasientfokus til myndighetenes retrett som bringer akuttpsykiatrien tilbake til start.**

”Politikere og journalister er vant til å lete etter skjulte agendaer. Når en institusjon, sektor eller etatsleder klager over pengemangel, har vi vennet oss til å se på det som et spill for å få økt bevilgningene. Kanskje har vi oversett at svært mange samfunnsreformer de siste tiårene har dreid seg om å desentralisere ansvar.”

Slik innleder Aslak Bonde sin artikkel i Overlegen 3/2004. Men det er bare halve sannheten. Politikere og journalister postulerer skjulte agendaer enten de finner dem eller ei. Reformene har sant nok gitt desentralisering av ansvar, men samtidig sentralisering av beslutningsmakt – tross eksplisitt intensjon om det motsatte.

Prinsipielle beslutninger, også helsepolitiske, krever emosjonell distanse til den enkeltes hverdag. Men uten kjennskap til mulige konsekvenser, kan beslutninger få utilsiktede og alvorlige negative følger. En lege står nær pasienters lidelse og ser ofte hvor systemet svikter.

Samtidig blir leger tillagt en skjult agenda – egen makt eller lønn – når pasienters behov målbæres på den politiske arena. For noen år tilbake uttalte en byråd i Oslo for eksempel at barne- og ungdomspsykiatrien hadde vært spesialisthelsetjeneste alt for lenge, nå var det på tide å prøve noe annet. Hun hadde aldri sett en psykotisk pasient.

Omorganisering og effektivisering er tidens løsen. Gjør mer fortere og på nye måter som du ikke trenger tid til å lære deg, så får vi mer helse for hver krone. I motsetning til hva politikerne sier, er tydeligvis ikke tjenestens innhold og kvalitet viktigst for dem.

Jeg kan sikkert strømlinjeforme rutiner ved inn- og utskrivning,

**Skjult agenda 1? Reformene har nok gitt desentralisering av ansvar, men samtidig sentralisering av beslutningsmakt – tross eksplisitt intensjon om det motsatte.**

slik at enda flere pålegg fra oven får plass på kortere tid. Men jeg kan ikke effektivisere pasientene mine. Jeg kan ikke normere hvor mange dager en 17 år gammel jente skal bruke på å få kontroll over sitt første alvorlige psykotiske gjennombrudd. Jeg jobber med levende mennesker og uforutsigbare sykdomsprosesser. Ikke med produksjon av tannpasta.

Den skjulte agenda synes ideologisk forankret: *Psykiske lidelser er ikke sykdom, men et tegn på mangler i samfunnet; i et velfungerende samfunn eksisterer ikke psykiske lidelser.* Den nye Lov om psykisk helsevern sikter på å nedtone psykiatri som særomsorg, vektlegger pasientens rettigheter og

**Skjult agenda 2? I motsetning til hva politikerne sier, er tydeligvis ikke tjenestens innhold og kvalitet viktigst for dem.**

begrenser seg (med unntak av § 2) til å regulere bruk av tvang. Og som ved HVPU-reformen på 90-tallet ligger det mellom linjene at innleggelse i institusjon er et onde; det bør unngås. I dagens debatt om psykiatriens opptrappingsmidler anføres det, nærmest som et mantra, at fokus må være å hindre innleggelse.

Ser en ikke innleggelse som behandling, men som et hinder for normalisering, blir det logisk og riktig å satse på forebygging og tiltak i nærmiljøene - i henhold til gjeldende opptrappingsplan. Men da tar man utgangspunkt i ideologien, ikke i pasientene og deres ulike behov. Ved å regulere menneskelige lidelser politisk oppstår det et vakuum mellom den politiske gode vilje og virkelighetens verden.

I samme nummer av Overlegen peker Agnar Aspaas på at smerte-

grensen i samfunnet synker. Man forventer akuttinnleggelser for ting man før taklet på andre måter. Det er en økt pågang av problemer som ikke er psykiatri i faglig forstand - husbråk, rus og forkommenhet, eller sammenbrudd i offentlige tjenester.

Man kan også tilføye asylpolitikken; bostedsløse asylsøkere uten opphold representerer et økende problem for overbelastede akuttavdelinger. I det samme samfunnet som ikke vil ha institusjoner fordi de er mer til skade enn til gagn, kan folk ikke bli tvangsinnlagt fort nok hvis de er til bry. Da er det slutt på forebygging, ambulante team, tiltak i nærmiljøet, og sikkerhet for god faglig begrunnelse av tvangsinnleggelsen. Den nødvendige etikkdebatten om individets autonomi versus samfunnets behov for beskyttelse, tåkelegges av det paternalistiske «etter en helhetsvurdering til beste for

**Hyklari? Institusjoner er mer til skade enn gagn og skal vekk fra samfunnet. Likevel kan folk ikke bli tvangsinnlagt fort nok hvis de er til bry.**

pasienten».

Mange akutt lidende mennesker vil gjerne ha hjelp til innleggelse. Men det er ofte dårlig samsvar mellom deres behov og hva en lukket psykiatrisk akuttavdeling primært kan tilby. Så begjærer de seg utskrevet, ikke fordi de nødvendigvis er friske eller fordi de ikke trenger hjelp, men de trenger noe annet enn en overfylt og underbemannet akuttavdeling. En forutsetning for lovlig bruk av tvang i psykiatrien, er at institusjonen kan tilby adekvate faglige og materielle forhold.



Å sørge for tilstrekkelige rammer og differensierte tilbud er ikke avdelingsoverlegens ansvar, men helseforetakets plikt. Mye av det som tilbys akuttpasienter er ikke bare ”på kanten av det forsvarlige”, men direkte lovstridig.

Mange pasienter utskrives for tidlig. For tidlig for hvem? For pasienten som synes hver time på en overfylt avdeling er en time for mye,

**Forfeilet ideologi? Ved å regulere menneskelige lidelser politisk oppstår det et vakuum mellom den politiske gode vilje og virkelighetens verden.**

og et overgrep? For familien som ikke orker mer, eller for kommunen som ikke har noe å stille opp med? En psykotisk person kan være samlet og rolig i akuttavdelingen. Uten å tilfredstille kriteriene for tvungen

tilbakeholdelse kan han likevel gå amok i det kaotiske bylivet med et utall stimuli.

I etterkant av det såkalte trikkedrapet sendte Sosial- og helsedirektoratet ut et rundskriv med en sjekkliste over alt som skal være i orden før en pasient skrives ut. Her nevnes kommunenes ansvar, eksempelvis for bolig.

Når direktoratet instruerer avdelingene i å holde pasienter tilbake mot sin vilje fordi kommunen/bydelen/UDI ikke har egnede tilbud, for eksempel om bolig - eller motsatt, når det er politisk og byråkratisk uproblematisk at pasienter velger å bli i akuttavdelingen av mangel på egnede tilbud ute - ja da mangler vi en type institusjoner som mange pasienter ønsker seg, men som er politisk ukorrekte. Da er vi tilbake til start. Og det er vel heller ikke avdelingsoverlegens ansvar?



REDAKTØREN OPPSUMERER

# Organisasjonssaken

## – høringssvaret fra Of

### Hovedpunktene

Of støtter forslagene til faglig organisering, og til organisering av yrkesforeningene på høyere nivå enn lokalt. Of kan ikke slutte seg til forslagene for geografisk omorganisering. Dnlf bør utsette dette spørsmålet nå, og i stedet iverksette en prosess for utvikling av lokale organisasjonsledd for yrkesforeningene.

### Geografisk organisasjon

#### Rammebetingelser

Sentralstyrets forslag oppsummerer nye rammebetingelser uten å gi dem strategisk valør. Konklusjonen, at helsereformens virkninger neppe representerer grunnlag for dyptgripende organisasjonsprosesser, virker svakt begrunnet.

Of mener:

- De samlede konsekvenser av finansiering og organisatorisk reform er neppe avklart. Situasjonen for sykehusleger, halvparten av Dnlf's medlemmer, har vært under dramatisk endring siden organisasjonsprosessen startet.

Det er problematisk å evaluere vår organisasjon mens helseforetaksstrukturen er under etablering.

- Fylkeskommunal forvaltning etterspurte i liten grad styringsverktøy i sykehusene. Reformen har medført at sykehusleger må forholde seg til arbeidsgiver på en ny og skjerpet måte.
- Reformen har gitt føringer med potensiale til å realisere samhandling på tvers av yrkesforeninger, spesialiteter og geografiske skiller.

### Fylkesavdelingenes funksjon

Sentralstyrets forslag betrakter fylkesavdelingene: Finnmark og Sogn og Fjordane evalueres som godt fungerende; identifiserbare, stedeegne organisasjoner som er genuint og lojalt opptatt av å forbedre helsetjenestene i sine lokalsamfunn.

Of mener:

- Geografisk organisering er strategisk riktig når det resulterer i omsorg for funksjoner som skissert. De to eksem-

pler oppfattes som unntak fra generelt funksjonsnivå for fylkesavdelinger.

Sentralstyrets forslag dokumenterer ellers bare Fylkesavdelingenes synspunkter; de mangler annen konsensus enn videreføring på grunn av tradisjon. Det innrømmes at foreningen lider av rekrutteringsproblemer og dårlig engasjement; dette blir ikke konkretisert eller analysert. Vitalisering antas nødvendig, men "bedre rådgivning fra sentralt hold" oppleves som et nokså tilfeldig løsningsforslag.

Of mener:

- Høringsnotatet svikter grunnleggende i vurderingen av fylkesavdelingenes faktiske funksjon. De fleste steder har de utspilt sin rolle.

### Regionale oppgaver

Sentralstyret sier sin mening om regional representasjon – finansiering, selvstendighet, størrelse, intern funksjon i foreningen, og ekstern funksjon ut mot samfunnet.

Of mener:

- Sentralstyret begrunner knapt sine synspunkter.
- Regionale beslutninger legger direkte og bekymringsfulle premisser for halvparten av foreningens medlemmer - og indirekte for omtrent resten. Dette er viktig for medlemmene, men er ingen synlig premis for sentralstyret.
- En akse med forankring av yrkesforeningene også på regionsnivå er ønskelig. Regionsutvalgene må styrkes; lokale hovedtillitsvalgte, organisasjonstillitsvalgte eller landsrådsrepresentanter må velges til å representere de

lokale yrkesforeningene.

- Moderforeningen sentralt må ivareta oppfølging av det regionale nivå. Et kompetent og tungt sentralt sekretariat er den instans som vil gi medlemmene best støtte i konkrete saker.
- Inntil RHF'ene har blitt fasttømrede elementer, vil Of's strategi likevel være å vektlegge ytterpunktene i den geografiske akse: Det lokale og det sentrale nivå. Et velfungerende lokalt nivå er en forutsetning for å kunne gi tyngde til det regionale.

### Yrkesforeningene

Sentralstyret bruker en knapp side til oversikt og historikk, og et par sider på grensesnittet mellom LSA, Namf, LVS, Oll og en primærmedisinsk legeförening. Det fokuseres og konkluderes på bakgrunn av intern logikk. Yrkesforeningenes eksterne utfordringer er ikke omtalt.

Of mener:

- Sentralstyret har ikke beskrevet de store yrkesforeningene og deres situasjon under nye ytre rammebetingelser. Det er eiendommelig.

Sentralstyret karakteriserer yrkesforeningene i et alternativ til geografisk organisering: ... yrkesforeningsbaserte samarbeidsutvalg som er løs i struktur og funksjon, anonyme, med potensiale til å fraksjonere foreningen, og gjøre den mindre demokratisk samt at den enkelte yrkesforening blir "seg selv nok".

Of mener:

- Dette er neppe den eneste måten å integrere yrkesfore-

### SENTRALSTYRETS FORSLAG HØSTEN 2004

færre fylkesavdelinger	færre yrkesforeninger, i alt 5	Faget knyttes tettere til foreningen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 lokalavdelinger, inkl. Norsk Medisinstudent Forening</li> <li>• Østfold og Akershus, Hedmark og Oppland, Buskerud, Vestfold og Telemark, Aust- og Vest-Agder samt Sør- og Nord-Trøndelag slås sammen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreningen for leger i vitenskaplig statlig virksomhet</li> <li>• Norsk overlegeforening</li> <li>• Praktiserende Spesialisters Landsforening</li> <li>• Primærmedisinsk forening (–medlemmene fra Alment praktiserende lægers forening, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid og Norsk arbeidsmedisinsk forening)</li> <li>• Yngre legers forening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialforeninger som dekker en spesialitet kalles fagmedisinske spesialforeninger.</li> <li>• Obligatorisk medlemskap for spesialister i spesialforening for den spesialitet man arbeider i</li> <li>• Egen fagkontingent for alle – tilfaller de fagmedisinske foreningene</li> <li>• Øvrige spesialforeninger som før</li> </ul>



ningene i et geografisk samarbeid på. Yrkesforeningene er skjelettet i en oppegående moderforening.

#### Legeforeningen som helsepolitisk aktør

Sentralstyrets forslag fastslår at fylkesavdelingene har ansvar for helsepolitisk debatt i fylkene, og at leger savner møteplasser for å diskutere felles faglige utfordringer på tvers av yrkesforeningene. Sentralstyret har også registrert et udekket behov for velfungerende faglig rådgivning til tillitsvalgte.

- Hva sentralstyret med dette sier om fylkesavdelingens funksjon burde vært en del av organisasjonsdebatten.
- Skal foreningen lykkes med tradisjonelle fagforeningsoppgaver, må krav stilles i et bredt samfunnsperspektiv. Det er både mulig og klokt med et sterkere element av samhandling mellom yrkesforeningene enn i dag.

#### En vei videre for det lokale nivå?

Of ser at kultur for samhandling mellom yrkesforeningene på lokalt nivå er begrenset. For at Dnlf's målsetting skal sikres, må fremtidig lokal samhandling derfor gis både et formelt og et reelt grunnlag. Hensynet til hele foreningens troverdighet tilsier at samfunnsperspektivet må integreres systematisk i fagforeningsarbeidet på lokalt nivå.

- En tilgrunnliggende analyse må omfatte lokalledets oppgaver, men også årsakene til at de eventuelt ikke har latt seg utføre.
- Yrkesforeningene på lokalt nivå må gis felles eierskap til analysene, og ansvar for konsekvensene av dem – et første skritt mot reell samhandling og lokal revitalisering.
- Valg av organisasjonsform kan deretter være standardisert lokal organisering, eller ivaretagelse av nødvendige funksjoner og plikter i en - for lokaliteten - best mulig egnet struktur.
- Tilnærmingen understreker et etterspurt krav til sentral tydelighet, men også til lokalt ansvar, kreativitet, innsats og samhandling.
- Oppgradering av tillitsvalgtes status og kompetanse bør integreres i prosessen.
- Prosessen forutsetter en plan for hensiktsmessig ressursbruk.

Utfordringene løses ikke ved å slå sammen noen fylkesavdelinger. Derimot kreves både omtanke og tid; prosessen inneholder nødvendigvis et betydelig element av kulturarbeid.



### Of's tariffkonferanse 2005 gikk tradisjonen tro av stabelen på danskebåten. Deltakelsen var god, engasjementet høyt og stemningen upåklagelig – en indikasjon på at våre tillitsvalgte behersker kunstformen ironisk humor.

#### En inspirerende avledningsmanøver.

Administrerende direktør i NAVO, Lars Haukaas, presenterte seg som idiotforklart; det har han blitt av et flertall av NAVO's samhandlingspartnere. Samtidig komplimenterte han sykehuslegers kompetanse og faglighet. Muligens har vår forening ikke støttet hans forklarelse offentlig.

Haukaas' politiske hovedbudskap var at overleger er så høyt lønnet at vi må slutte å forlange generell lønnsøkning i prosent. Denne lavtlønnstaktikk underbygger bare ministerens og andres oppfatninger av vår grådighet. Haukas ser oss dessuten som håpløst defensive i forhold til myndighetenes fordommer; for eksempel til på-

standen om at det er legelønningene som ødelegger økonomien i helseforetakene. Legelønningene kan gjerne være høye, sa han, bare nivået er riktig begrunnet. Vi må selv tro på, og stå for verdien av vår kompetanse.

Riktignok var vår lønn ute av kontroll ved oppgjøret i 2003. Men i perspektivet 2002 – 2004 var lærerne lønnsvinnere (+ 18 %), fulgt av industrifunksjonærer (+16 %). På 3. plass kom vi (+15,8 %). Lønnsveksten er ikke en objektiv fasit,

#### Leger har for lengst tatt skrittet ut av den kollektive industrielle logikk. Deres lønnsnivå gjør det politisk umulig å begrunne generell lønnsøkning.

men det beste som partene sentralt kan være enige om – det fantes nemlig ingen omforent lønnsdefinisjon på forhånd.

Haukaas poengterte videre at avtaler er juridisk svake dokumenter. De må ha en politisk funksjon i forhold til hva som er mulig å komme

tilbake til medlemmene med. Derfor kan de være uklare med hensikt. På denne bakgrunn rettet han *eine grausame salbe* mot legenes evne til å lage juristeri og derpå følgende rettsvister av avtaleverket. Salen forsøkte å realitetsorientere ham om at lokale arbeidsgivere i budsjettpanikk har fullstendig likeverdig kompetanse i så måte.

Direktøren irriterte seg også over at leger ikke bekymrer seg for foretakenes økonomi. Salen påpekte at den vanskelig kan tas helt på alvor når den flere ganger årlig endres dramatisk ved enkle pennestrøk; dette skal ikke ligge på arbeidstakeres skuldre.

Sår var Haukaas i sitt budskap om den personlige belastning ved å være NAVO-leder, og få julig overalt. Han skapte nok en viss profesjonell empati i salen - som taktfullt lot være å nevne at øvelsen dessverre er selvvalgt, og for øvrig kan utføres mer eller mindre hensiktsmessig.

Denne referent finner det påfallende at NAVO-direktøren ikke hadde bemerkninger til situasjonen ute i foretakene. Økonomisk

status sto ikke på dagsorden. Det gjorde heller ikke styringskrisen som foretakenes linjeledelse gradvis har oppdaget; styringsverktøy fantes knapt i den fylkeskommunale arven.

#### De sentrale partene er enige om at lønnsveksten for leger i sykehus var 15,8 % etter forhandlingene i 2002-3.

Uthaling av forhandlingene ble kryptisk kommentert av Haukaas. "Vi er inne i et så lite rom at ingen av oss ville være glade over avgjørelser som må tas nå." Så vidt grunnplanet har oppfattet, har forhandlingene hittil ikke dreid seg om penger, men prinsipper. Siden Haukaas' tale den dagen vesentlig var om penger til legene, er det naturlig å takke ham for en inspirerende og morsom avledningsmanøver.

#### Hva er i veien med forhandlingene?

Of-leder Lars Eikvar informerte oss på Of's landsråd i oktober om forhandlingene. Nå, i februar, var det

## FORHANDLINGER

NAVO:	Norsk arbeidsgiverforening for virksomheter i offentlig tjeneste. Sammenslutningen omfatter blant annet spesialist-helsetjenesten, Telenor, Posten, Den Norske Opera, med flere
A1:	Akademikerne forhandler med NAVO om helt overordnede elementer
A2:	Dnlf ved Sentralstyret forhandler med NAVO-helse om generelle forhold for alle leger
B:	Dnlf ved foretaks- eller hovedtillitsvalgte forhandler med det enkelte helseforetak om presiseringer av, og tillegg til A2

lite nytt å tilføye

A1-forhandlingene (Akademikerne vs NAVO) holdt altså på i nærmere et halvt år før man ble enige om hvordan man kunne være uenige om plasseringen av sosiale bestemmelser. Akademikerne ville ha dem i A1. NAVO ønsket dem i A2 for legenes del, og i B-overenskomsten for de andre akademikerforbundene - som ikke har noen A2. NAVO-strategien er selvfølgelig å koble sosiale bestemmelser sammen lønnsbestemmelsene, slik at man kan handle med dem etter kortsiktig forgodtbefinnende. Dette er et alvorlig press mot våre rettigheter. Med samme kompetanse og arbeidsområde ender arbeidstakere opp med ulike rettigheter. Like før jul ble man enige om å løse dette etter B-delsforhandlingene – i den såkalte "sløyfen" – for å komme videre.

A2-forhandlingene kunne starte like over nyttår. NAVO har startet med å trekke inn tvistesakene fra siste overenskomst. Og der står man. Flere og flere tror at NAVO trener igangsettelse av B-delsforhandlingene. Jo lenger ut i 2005

man kommer, dess større sjanse for å vinke farvel til oppgjør for 2004.

### Totallønn?

Nytt av året er partenes oppmuntning til løsninger med totallønn. Dette krever god tillit mellom lokale parter, samt evne til forutsigbarhet i styring av arbeidsforhold. Mange foretak er neppe modne for dette. Men vi bør berede grunnen, og innstille oss på tankegangen.

Foreløpig har Rikshospitalet mest erfaring; de avtalte ordningen for to år siden. En bør merke seg at Rikshospitalet historisk har god tillit mellom arbeidsgiver og leger. Og fagligheten står sterkere i forhold til administrasjonen her enn noe annet sted. HTV/Of på Rikshospitalet, Geir Ketil Røste gir en utførlig omtale av totallønn på annet sted i bladet.

### Søta bror foran oss på vei ned trappen?

Marie Wedin er leder for den svenske *Sjukhusläkarförbundet*, Of's søsterorganisasjon, og berettet om svenske erfaringer med lønnsdannelse.

I perioden 1994 – 2003 økte

overlegenes lønn med 25,1 %; de hadde i perioden en betydelig bedre lønnsvekst enn tidligere, og enn de fleste andre yrkesgrupper. Nå skal de reforhandle overenskomst i mars, og har gjennomført en svær spørreundersøkelse som viste interessante trender.

Svenske overleger har hatt individuell lønnsdannelse i mange år. Den kan være basert på ulike kombinasjoner av ren sjefsavgjørelse, målopp-

### Kvinner har dårligere lønn enn profesjonelt sidestilte menn.

fyllelse og individuell lønnsamtale. Prinsippene praktiseres neppe enhetlig fra sykehus til sykehus, men i sum og gjennomsnitt kan klare vinnere og tapere plukkes ut.

For eksempel er det **forskjell mellom spesialiteter**. Laboratorieleger har et gjennomsnittlig påslag på 8 %, trolig på grunn av høy etterspørsel. Sett med norske DRG-briller er det påfallende at opererende spesialiteter kommer dårligst ut i sammenligningen.

**Fartstid som spesialist** gir uttel-



Marie Wedin



Lars Haukaas



ling med rundt 8 % per 10 år.

Det lønner seg dessuten å **skifte arbeidsplass** ofte. Overleger med arbeidsforhold som har vart under to år, har i snitt et påslag på knapt 10 %. Vikarer og midlertidig ansatte er i samme gruppe, med påslag på henholdsvis 9 og 11 %. Ingen vinner på å være tro tjener i systemet.

Sterkest utslagsgivende er hvilken **arbeidsgiver** man har. Er den privat tilsier det et lønnsplags på 44 %.

**Hva slags sykehus** man jobber på er også av betydning. Litt uventet for oss gir universitetssykehus bare et påslag på 2,5 %, mens länssykehus, svarende til våre gamle sentralsykehus, gir et påslag på knapt 7 %, og länssjukhus (våre gamle fylkessykehus) 7,6 %. Mer intuitivt

### Det lønner seg å skifte arbeidsplass ofte

er det at den nordligste **region** lønner vel 10 % bedre enn de sentrale regionene.

**Kvinner** har, som fryktet, dårligere lønn enn profesjonelt sidestilte

menn. Forskjellen ligger i størrelsesorden 2 – 4 % alt etter sykehus-typen. Årsaken kan være kvinners lavere arbeidskapasitet på grunn av morsfunksjonene, eller kulturelle forskjeller mellom flest mannlige sjefer og mange kvinnelige arbeidstakere.

### Privat arbeidsgiver tilsier et lønnsplags på 44 %

Marie Wedin anga at 35 % av de spurte hadde vært i lovfestet lønnsamtale med sin sjef. 80 % av alle spurte ønsket å fortsette med individuell lønn. Risikoen ved rene sjefsavgjørelser, samt skjevheter som følge av trynefaktor i lønnsamtaler er ikke kartlagt. Utfyllende beskrivelse av den svenske spørreundersøkelsen kan leses i tidsskriftet *Sjukhusläkaren* 4/2002 ([www.sjukhuslakaren.se](http://www.sjukhuslakaren.se))

Redaktøren intervjuer Dr. med Arne Høiseth:

# Evidence Based Medicine truer fagligheten!

Arne Høiseth er radiolog. Han er dr.med. fra 1982 og ble senere professorkompetent. Doktorarbeidet omfattet blant annet matematisk metodikk. Fra 1992 har han vært medisinsk fagarbeider i privat virksomhet. Parallelt har han – i internasjonale multisenterstudier – drevet kliniske utprøvinger med ansvar for fors-

kningsprotokoller og internasjonal publikasjon av resultater. I PSL's medlemsblad, *Legekunsten* no4 2004, fremmet han knallhard kritikk av Kunnskapsbasert medisin slik Cochranefilosofien anvendes i Norge. Han anser Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten som en blind profet.

## Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten

- Selvstendig forvaltningsorgan underlagt Sosial- og helsedirektoratet.
- Består av det tidligere Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF) og deler av Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet.
- Etablert 01.01.2004.
- Målsetting: Fremme helsepolitiske mål - altså bidra til effektive, tilgjengelige, trygge, og likeverdige helsetjenester av høy kvalitet - gjennom å styrke beslutningsgrunnlaget for departement, direktorat og regionale helseforetak.
- Funksjon: Generere, oppsummere, vurdere og formidle kunnskapsbasert kunnskap, særlig i forhold til effekt, nytte og kvalitet på de metoder som helsetjenesten anvender. Senteret har ingen formell myndighetsfunksjon, og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Arne Høiseth, er dette stormløpet mot dagens medisinske mantra vel betenkt – hva er din motivasjon?

For ti år siden ble noe av det jeg gjorde vurdert i Tidsskriftet med henblikk på om det var "kunnskapsbasert". Senere har forskjellig faglig engasjement bragt meg i kontakt med Kunnskapsbasert medisin. Jeg ble forskrekket over noe av det jeg mente å se; til en viss grad har jeg derfor forsvart egne faglige standpunkter i forhold til bakenforliggende erkjennelsesfilosofier – hvorav Kunnskapsbasert medisin er en.

Din kritikk passer dårlig med Cochranekonseptets status i sykehusvesenet. Klarer du å overbevise fem, seks tusen overleger om at de tar feil?

Uten tvil oppsto Kunnskapsbasert medisin på det beste grunnlag, nemlig å rydde opp i misforstått bruk av statistisk signifikans. Vurdering av dokumentasjon på bred basis var et utmerket konsept for å

få bukt med feilbruk og gale tolkninger av selv elementær statistikk. Men troen på dette som enerådende vitenskapelig standard, er for snever. Og jeg tror sykehuskolleger er i ferd med å erkjenne det.

## Cochranefilosofien er en av flere vitenskapelige metoder og har smalere relevans enn mange tror.

Hva har avholdt oss fra en riktig erkjennelse så langt?

Som leger har vi knapt vitenskapsteoretisk eller -teknisk grunnutdannelse. Derfor har mange ukritisk kjøpt Cochranekonseptet. Og terminologien har medvirket; "kunnskapsbasert medisin" og "kvalitetsstudier" skrives alltid med liten "k". Den som behersker språket får makt. Å kapre disse beskrivende ord som navn på egen aktivitet, er litt av en erobring. Men de skal ha stor "K", for å vise at dette er navn. Aktivitet kan være basert på kun-

skap uten å hvile på "Kunnskapsbasert medisin". Studier kan være av høy kvalitet uten å være "Kvalitetsstudier".

Så da er det ikke selve metoden, men et vitenskapelig trangsyn du jakter på?

Nettopp. For få år siden anførte Senter for medisinsk metodevurdering i et skriv at "...av titusen studier om MR, er bare en håndfull randomiserte og brukbare i beslutningsprosesser". Men poenget er at også de titusener er nødvendige for våre beslutninger, både om enkeltpasienter og generell anvendelse av MR.

Det er forbausende hvordan randomiserte studier kanoniseres som eneste grunnlag for almen medisinsk innsikt. Men bare et fåtall problemstillinger, for eksempel medikamentutprøving, egner seg til slik forskning. Cochranefilosofien er en av flere naturvitenskapelige retninger, og har smalere relevans enn mange tror. Klinisk medisin i full bredde lar seg ikke omfatte av den, like lite som av noen annen enkelt metode.

Hva med Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten i dette bildet?

Senterets 80 ansatte lever isolert fra klinisk håndverk og erfaring enten de er leger eller statistikere. De baserer seg på denne ene metoden, og representerer derfor et forflatet bilde av klinisk virksomhet. Som hovedreferanse for medisinsk praksis og forsvarlighet kan dette være ødeleggende.

Har du eksempler på ødeleggelser?

Problemet er at ufaglærte gis mulighet til å uttale seg som eksperter. For å praktisere Kunnskapsbasert



Arne Høiseth

medisin behøver man et kort seminar, teorien er ikke vanskeligere. Vi har nylig hatt en viktig diskusjon om blodtrykksbehandling der fageksperter syntes å bli overkjørt av myndighetenes rådgivere; byråkrater satte den medisinske standard. Trusselen er myndighetenes svekkede mulighet til å forstå grunnlaget for pasientbehandling. Helse-Norge har naturligvis ikke rast sammen, men er faktisk truet.

Så alt var mye bedre før i tiden?

Ekspertpaneler nedsatt ad hoc i fagmiljøene ivaretok i hvertfall fagligheten på en god måte når samfunnet trengte råd.

## Det er problematisk at ufaglærte gis mulighet til å uttale seg som medisinske eksperter.

Mange kan dokumentere at fagmiljøene ofte meler sin egen kake i stedet for å gi samfunnet gode råd.

Det kan vel ikke benektes. Men minst like galt blir det, bare på en

annen måte, å gi makt til byråkrater med feil type innsikt. En vinner ikke mye ved å ofre faglig forankring på rettferdighetens alter.

Dine motstandere lurer nok på hvilken virkning evidensbaserte konklusjoner har på omsetningen i din private bedrift?

Neppe noen i det hele tatt. Jeg har ikke eierinteresser i min bedrift, men er engasjert i faglige retningslinjer, og holder meg til dem jeg mener er riktige. Derfor foretrekkes vi kanskje av noen. På den annen side vet jeg at kolleger som er uenige i mitt syn, unngår å henvise hit.

## Skrekkscenariet er at byråkrater gis faglig myndighet i skul, får posisjon som informasjonsfilter, og blir ministerens utøvende, forlengede arm

Er Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten dødfødt?

Vi trenger en pådriver for å følge opp konsekvensene av dokumenterte resultater. Men senteret går mot en uberettiget allviterstatus; etter min mening savnes kompetansen som "sublim" nasjonal helserådgiver. Kunnskapscenteret må gis teoretisk forankring, organisering, ledelse og samfunnsposisjon knyttet til en helt annen vitenskapelig horisont enn i dag.

Her ligger noen skrekkscenarier i luften?

Skrekkscenariet er at byråkratiet gis faglig myndighet i skjul, får posisjon som informasjonsfilter, og blir ministerens utøvende, forlengede arm. Her gjelder det for-

svarlighet for både pasienter og helsepersonell. Alle må tape når medisinsk behandling og prosedyreavvik mister bredden i faglig forankring.

*Du ser dette akademisk og samfunnmessig. Hva med våre menige slitere?*

Faglig vil "Best practice" lett oppfattes som fasitsvar med to streker under. Vi stimuleres til å slutte å undres, og slutte å tenke selv. Det kan være ille nok. I den ene enden er denne grøfta veldig dyp; nemlig der "Evidence Based" er uegnet som metode, men likevel blir anvendt.

*Tror du helseforetakenes leger bør sove dårlig på grunn av utviklingen?* Jeg leser jo at det står elendig til med både økonomi og fagutvikling hos noen av dere. Fasitlignende prosedyrer kan nyttiggjøres av mange som er billigere enn leger. Da tapes naturligvis vurderingsvne og resonnement. Det samme gjør beredskap på komplikasjoner og bivirkninger. Spesialisthelse-tjeneste på høyskolenivå til en billig penge kan markedsføres som godt nok, men vil gi dårlig kvalitet. Det er kanskje et realistisk skrekksenario...

**JAVISST!**  
«Sørlandet Sykehus har som mål å bli en ny type universitetssykehus, ikke med utdanning av leger, men med utvikling av nye mastergrader i sykepleie og annen helseutdanning på høyskolenivå»  
Fædrelandsvennen 16.10.03.

# Metodebok, – hjelp eller svøpe

av Håvard Skeidsvoll, styremedlem i Of.

**Gjennom lovverkets krav til svarlighet av elektromedisinsk utstyr, faglig oppdatering og effektiv behandlingsprosess, har sykehusavdelinger og laboratorier utviklet et naturlig behov for metodebøker. En slik «kokebok» uttrykker avdelingens håndtering, teknikk og policy. Innholdet er medisinsk faglig fundert, men utgjør en felles faglig konsensus om metoder. Slik unngås sprik i arbeidsmetoder og teknikk, samt unødvendig prøving, feiling, og tidstap. Det er viktig å poengtere at en metodebok ikke er en lærebok.**

**Hvordan oppstår en Metodebok?**

Uansett rutiner og profil har de fleste enheter en klar ledestjerne; metodeboken skal på en systematisk måte uttrykke dagens medisinske kunnskap omsatt til praktisk handling og organisering. Vanligvis anvendes internundervisning for å gjennomgå tema for tema. Oppgavene fordeles mellom alle avdelingens leger, over- som underordnede. Det lages en syntese på basis av oppdatert litteratur; denne sammenholdes med avdelingens løpende rutiner, og danner grunnlag for endringsforslag som legges fram i plenum. Her blir forslagene eltet og hamret inntil konsensus. Målet er å tilby den beste medisinske kunnskap og praksis som står

til rådighet – eller som svenskene sier, verksamhet enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

**Anvendelighet**

Metodebøker blir i de fleste avdelinger for sjelden oppdatert. En bør derfor sikre systematisk fornyelse, f.eks. minst hvert annet år. Dette bør skje som ledd i løpende internundervisning; det bidrar til opplæring av nyansatte leger, og oppdatering av gamle travere.

Bøkens format og plassering medvirker også til at de anvendes for sjelden. Tilgjengelighet bør fremmes ved å trykke dem i lommeformat med robust perm og papir. I tillegg bør de ligge inne i det lokale datanettverk.

**Hvem har tilgang til metodeboken**

Dette er først og fremst verktøyet til avdelingens leger, vikarer, medisinerstudenter og sykehusets øvrige leger. Men også samarbeidende faggrupper bør ha tilgang, for bedre forståelse av sykdommene og legenes tenkesett rundt dem; i dette ligger også styrking av tverrfaglig samhandling.

Mange har slått til lyd for å legge metodebøker ut offentlig, på det åpne nettet. Undertegnede hører med blant dem som har betenkeligheter med dette. Rundt et internt og summarisk arbeidsdokument, skrevet vesentlig av og for legene, kan det

raskt inntre unødvendige tolknings- og oppklaringsrunder overfor en allmennhet uten bakgrunn for nyanserte vurderinger. Pasientenes informasjonsbehov må dekkes gjennom andre kanaler, for eksempel avdelingsvise nettsider, utfyllende

...skjønn er en vesentlig del av legers vurderingsgrunnlag, rigide dogmer har sjelden plass i medisinsk praksis, og journalføring er nødvendig ved avvik....

og pedagogisk tilrettelagte skriv om aktuell problemstilling, samt opplæringstilbud i henhold til pasientrettighetsloven.

**Metodeboken en tvangstrøye**

Medisinsk virksomhet er helt ulik håndtering av tannhjul, drivreim og motor. Det som litt «metafysisk» kalles legekunst lar seg ikke enkelt pakke inn i et sett av regler, prosedyrer og avtaler. Skjønn og fornuft har en nødvendig plass i en hver konkret situasjon; metodebokens oppskrift kan settes til side på slikt grunnlag. Iveren etter å lage den perfekte metodebok kan gjøre den omstendelig, alt for detaljert og i verste fall rigid. Faren blir da at legene hverken får insitamant eller frihet til å tenke selv.

En metodebok er et hjelpeverktøy i

en dynamisk prosess. Ny kunnskap må alltid farge avdelingens arbeidsprofil; det er derfor innlysende at avdelingens leger har ulike meninger om faglige detaljer. Store linjer og hovedpunkter bør komme klart fram i metodeboken, men den må åpne for skjønn. I den grad den fravikes, bør det dokumenteres og begrunnes i journalen. De fleste avdelinger trenger stadig et løft for en bedre dokumentasjonskultur, både av hensyn til informasjonsflyt og juridisk sikkerhet.

**Metodeboken en juridisk utfordring**

Etter uønskede hendelser er metodeboken en viktig premissleverandør for sykehusets skadeutvalg, pasientskadeerstatningen, sykehusledelsen og involverte jurister. Da er det viktig å holde fast på at den er et retningsgivende verktøy. Men den kan leses av utenforstående, og må derfor også utformes med henblikk på hvordan den blir forstått og tolket. Det er all grunn til å gjenta at skjønn er en vesentlig del av legers vurderingsgrunnlag, at rigide dogmer sjelden har plass i medisinsk praksis og at journalføring er nødvendig ved avvik.

**Metodebok styrker tverrfaglighet**

En sykehusavdeling er ikke en ensom øy i sykehuslandskapet, men har oftest viktige berøringspunkter

med andre aktører rundt pasienten. Dette bør reflekteres i metodebøkene. Samhandlingsprofiler bør formaliseres profesjoner og avdelinger imellom.

**Spesialitetskomiteenes arbeide**

Spesialitetskomiteene er våre eksterne, faglige vaktbikkjer. Noen av oss har ment at det burde være nok med en nasjonal metodebok som omfatter en hel spesialitet. Argumentet er at spesialistenes virksomhet er så ensartet at det er dumt å finne opp det samme kruttet på hver sin tue; det fins da også flere fremragende skrifter fra spesialitetskomiteer og undergrupper i regi av Dnlf. Men ulike praktiske, kompetanse- og ressursmessige forhold gjør at blåkopier av en metodebok

Metodeboken er ikke en lærebok, men et hjelpeverktøy.

ikke uten videre kan anvendes i en hver avdeling. Det utdanningsmessige poeng er dessuten av strategisk betydning; avdelingene bør derfor utarbeide og oppdatere sitt eget arbeidsverktøy – med spesialitetskomiteens retningslinjer som mal når det er mulig.

Metodeboken er både et praktisk og et strategisk verktøy – en bok vi derfor aldri skal bli ferdige med.



# VÅRKURSET 2005

## NORSK OVERLEGEFORENING

### kurs i ledelse og aktuell helsepolitikk

Tønsberg, 13.–15. april 2005

**B-BLAD**

Returadresse:  
Norsk Overlegeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo



#### PROGRAM

#### Onsdag 13. april 2005

1730–1800 Registrering.  
1800–2000 Helsepolitisk innlegg v/storings-  
representant Olav Gunnar Ballo, SV.  
2030– Middag.

#### Torsdag 14. april 2005

0830–0900 Registrering.  
0900–0910 Åpning ved leder av Ofs kurs-  
komité, Brynjulf Ystgaard.  
0910–1200 **Individuell plan**

*Individuell plan er innført som en pasientrettighet for pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester: Både helsetjenesten og sosialtjenesten har plikt til å medvirke til at slik plan lages ved behov. Selv om det nå er snart 4 år siden dette ble innført, viser tilsyn at det svært ofte ikke lages slik plan. Hvorfor blir ikke lovkravet innfridd, og hvorfor ser ikke tjenesten den nytte de selv kan ha av slike planer?*  
Innledere: Seniorrådgiver Wenche Dahl Elde, Sosial- og helsedirektoratet. Kst. klinikkisjef Ellen Hagemo, Klinikk for psykisk helse, Aker universitetssykehus. Professor, seksjons-overlege Stein Kaasa, kreftvtd., St. Olavs Hospital. Virksomhetsleder Anne Kirkenær Mortvedt og konsulent Hege Fuglerud, Lier kommune.

1000–1030 Kaffepause.  
1030–1200 Individuell plan – forts.

1200–1300 Lunsj.  
**1300–1800 Norsk overlegeforenings årsmøte.**  
1500–1515 Kaffepause.  
1515–1800 Årsmøte – forts.  
1930– Festmiddag.

#### Fredag 15. april 2005

0900–1200 **Innføring og finansiering av kostbare medisinske nyvinninger**  
*Den medisinske utvikling medfører at det er mulig å ta i bruk mer avansert behandling ved hjelp av for eksempel nye implantater, stenter, proteser og nye medikamenter. Dette kan gi bedre og enklere behandlingsmuligheter for en rekke pasienter, med ev. færre bivirkninger og raskere restituering. Kostnadene ved innføring av medisinske nyvinninger kan være store slik at det blir vanskelig å innpasse dette i budsjetttramene. Hvordan skal prosessen være for å få tatt i bruk nye behandlingsmuligheter slik at det kan komme pasientene til gode?*  
*Hvordan skal nye kostbare behandlingsmuligheter godkjennes og finansieres?*  
Innledere: Professor, overlege Per Eystein Lønning, onkologisk avd., Haukeland Univ. sjukehus. Avdelingsdirektør Steinar Madssen, Statens legemiddelverk. Seniorrådgiver Leena Kiviluoto, Sosial- og helsedirektoratet. Stortingsrep. Asmund Kristoffersen, Ap.

1000–1030 Kaffepause.  
1030–1200 Innføring og finansiering etc. – forts.  
1200–1300 Lunsj.  
1300–1600 **Hvilke roller har tilsyn og påtalemyndigheter når noe går galt?**  
*Økende lovgivningsaktivitet har aktualisert mer tilsyn. I kjølvannet av dette har det også vært tatt initiativ til politietterforskning. Det kan for de fleste være vanskelig å forstå hvor grensen går. Slike saker skaper stor medieoppmærksomhet. Erfaringer fra kolleger som har fått reaksjoner viser at slike saker skaper store personlige belastninger. Det berettes om mestringsproblemer både i forhold til arbeid og familie – ja enda om suicidale tanker. Det er derfor viktig å få belyst forholdet mellom tilsynsmyndighet og politiet og deres arbeidsoppgaver.*  
Innledere: Riksadvokat Tor-Aksel Busch. Helsedirektør Lars E. Hanssen, Helsetilsynet. Avdelingsleder Stein E. Opjordsmoen, akuttpsykiatrik avd., Ullevål universitetssykehus. Seksjonssjef Anne-Gry Rønning Moe, forhandlings- og helseeretts-  
avd., Den norske lægeforening.  
1400–1420 Kaffepause.  
1420–1600 Tilsyn versus påtalemyndigheter – forts.  
1600–1605 Avslutning ved kursleder.

ARRANGØR: **Norsk overlegeforening**, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo.

Tlf. 23 10 90 00. Telefaks 23 10 91 50.

KURSKOMITÉ: Overlege Brynjulf Ystgaard, St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim. Dr.med. Hans Petter Aarseth, Sosial- og helsedirektoratet. Overlege Ingrid Slordahl Conradi, Ålesund sjukehus, 6026 Ålesund. Sjefflege dr.med. Haakon Melsom, Klinikk for psykisk sykehus, 0407 Oslo.

KURSLÉDER: Overlege Brynjulf Ystgaard, St. Olavs Hospital, kir.avd., 7006 Trondheim, tlf. 73 86 80 04, telefaks 73 86 96 89, [brys@online.no](mailto:brys@online.no).

HOTELLADRESSE: Quality Hotel Tønsberg, tlf. 33 00 41 00, telefaks 33 00 41 01.

MÅLSETTING: Oppdatering av kunnskap innen ledelse, administrasjon og aktuell helsepolitikk.

MÅLGRUPPE: Overleger/sjeffleger og direktører i institusjonshelsetjenesten.

DELTAKERANTALL: Begrenset til ca. 120. Ved overtegning blir det loddretkning blant påmeldte innen fristens utløp.

MERITT: Det vil bli utstedt kursbevis, og kurset forutsettes å gi meritt for administrasjon og ledelse.

OPPGJØR: Utgifter til reise og opphold dekkes av DnFs fond. Obligatorisk kursavgift kr 1 000,- dekkes ikke av fondet og innbetales til Norsk overlegeforenings konto nr. 5074.09.94015.

TRANSPORT: Det tilsendes billetter ved å krysse av nedenfor.

Billettstamme må følge reiseregningen.



## NORSK OVERLEGEFORENING VÅRKURS 2005

Tønsberg, 13.–15. april 2005



PÅMELDINGSBLANKETT sendes:

Norsk overlegeforening, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo.  
Kontaktperson Edith Stenberg, tlf. 23 10 91 57, telefaks 23 10 91 50,  
[edith.stenberg@legeforeningen.no](mailto:edith.stenberg@legeforeningen.no).

#### Påmeldingsfrist: Snaest

- Ønsker overnatting
- Ønsker å delta på middagene 13.4. og 14.4. 2005
- Ordner med transport selv
- Ønsker tilsendt flybilletter fra flyplass: ..... til ..... T/R
- Foredragsholder – ankomst ..... avreise .....
- Medlem av Ofs landsråd – ankomst ..... avreise .....

SPEISIELLE ØNSKER (Skriv med blokkskrift)

.....

.....

Navn: .....

Tittel: .....

Arbeidssted: .....

Avdeling: .....

Postnr./sted: .....

Telefon: .....

Dato: .....

e-post: .....