

DESEMBER 2004 #4

OVERLEGGEN



- s. 2 **Kunst i en adventstid**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **Langspurt i organisasjonsdebatten**
Leder av Lars Eikvar
- s. 6 **Fiasko eller varsko**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 8 **Overlegespeilet**
– **Godt brennevin**
av Hilde Engjom
- s.10 **Seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s.13 **Skjer det noe der inne?**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s.17 **Alt om min sønn**
av Arve Kristiansen
- s.18 **Frist oss inn i ledelse**
av Inger Kristin Aase
- s.20 **Of i verden**
– **Vår internasjonale tilknytning**
av Lars Eikvar
- s.22 **Of's organisasjon og geografiske akse**
av Helge Haarstad

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,
EDITH STENBERG, ANDERS ASPAAS,
LAY-OUT: JOHANNE HJORTHOL / FEBER
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO
OPPLAG: 6000
FORSIDEN: LORENZO COSTA (1459/60-1535)
«A CONCERT». NATIONAL GALLERY,
LONDON.



KUNST I EN ADVENTSTID

Lorenzo Costa (1460 – 1535) virket blant annet i Mantua og ledet «Ferrarakolen» som sprang ut av en provinsiell tradisjon. Retningen ble likevel en viktig i italiensk høyrenessanse, og et grunnlag for barokkens senere landskapsskildringer. Selv om kunstnerens verk er berømte, vites det lite om hans liv. Individualitet var lite vektlagt inntil romantikken erobret kulturlivet tre hundre år senere.

Den mørkeste årstid omslutter oss. Menneskene omgis av liten trøst, og flykter som best de kan som fluer mot flammen. Hva gjorde man, mon tro, i den mørke middelalder, da fyrsten eide bondebrudenes møydom og brudgommens hals, da man var livegen, stavnsbundet – og øvrighetens ord var ugjennomtrengelig som en festningsmur?

Jo folk levde, danset, elsket, og befolket verden likevel. Mange døde naturligvis unge; pinen ble kort sånn sett. Men eksistensielle overlevelsesstrategier må de ha hatt – sikkert mye mer intelligente enn våre, siden deres fysiske og åndelige begrensninger var så mye strengere.

En meningsfull tilværelse i et innadventt perspektiv ligger langt utenfor horisonten til et postmoderne liv. Men introversjon – inntil det illeluktende – var både uunngåelig og nødvendig for den jevne mann og kvinne i århundrer, da fravær av trygghet og skjønnhet våket hvileløst med minst ett ondt øye.

Derfor ble midtvintersblot, jul, evangelier og alle lyse budskap som kunne skaffes, dyrket så langt folkelig enfold og hellig trefoldighet tillot. Elendigheten var gjødsel i lengselens drivhus. Vekstene som overlevde tidens tann gir fortsatt opplevelser av storhet og klarsyn; i dag heter de verdenskunst. Naturligvis oppsto den ikke av ren armod, men i spenningsfeltet mellom undertrykt fattigdom og et prangende maktapparat.

Sistnevnte har, av naturlige grunner, blitt stående alene igjen i historiebøkene. Men pavene, som altså ikke reiste Peterskirken, eller Ludvig den fjortende som ikke bygde Versailles, dyrket dynamikken mellom fattigdom, makt, subtil analyse, lengsel, og ufattelig rikdom.

Udødelige verker ble skapt. Syntesen av ide, analyse og håndverksmessighet krevde et konglomerat av profesjonell kompetanse. Resultatet var kunst, og flere av utøverne var geniale – beundrede, etterspurte og kopierte. Likevel var og ble de håndverkere. Som individer var de uviktige; se bare hvordan historikere strever med å få dem fram i lyset. Meningen i livet var utrettelig arbeid i laugene, bygget på streng tradisjon og moralsk kodeks. Holdt man sin sti ren, vant man ære, inntekt og fortsatt sysselsetting til seg og sin familie.

Slik kan vi betrakte kunstbegrepet i et førromantisk perspektiv. Som yrkesgruppe føler vi oss faktisk nokså hjemme der. Elementene ide, analyse, håndverksmessighet – og sikkert et fjerde, opplevelse av resultat – tiltaler oss rent profesjonelt. En klassisk kunstforståelse gir mening til varianter som nettopp ingeniørkunst og legekunst.

Av flere grunner bør profesjonen vise interesse for dette. For det første har vår motpart i arbeidslivet en annen oppfatning enn vi – dersom han oppfatter kunst som relevant i det hele tatt. Så langt innsikten rekker, gleder han seg over sitt vulgærsyn, at kunst og kunstnere er knyttet til selvoptatt, månesyk romantikk. Funksjonfordelinger blir enklere når leger kan speiles som jålete bærere av en slik kunstnerkappe på legekunstens vegne. Festlig og effektivt!

Dernest gjelder det rolleforståelsen. Fyrstens prosjekt var ideen om kunstverket han ønsket, om opplevelsen det skulle gi hans gjester, og prestisjen han ville få. Naturligvis skulle han ikke konstruere kuppelhelvingene selv, eller forsøke å portrettere sin gemalinne. Profesjonelle håndverkere leverte analysene og håndverket. Og det skulle koste penger.

Dagens større og mindre fyrster i helsevesenet synes ikke like stødige i så måte – med derav følgende tvilsom prognose – både for eget omdømme, og for vesenet som etterspurt produkt. Deres flinkeste vassaller har begynt å si at vi ikke skal se på den enkelte pasient, men på helheten i avdelingens budsjett. Tilstanden fremstår som en invers, ja, nesten satanisk adventstid der lys etter lys slukkes mens vi venter på det Store – enten hyrden er en påtatt himmelsk Høybråten eller selveste engelen Gabrielsen.

Redaktøren er derfor bekymret for både pasienters og medlemmer. Uten middelalderens materielle armod trues mange likevel av etiske og eksistensielle kriser – og deres feilslåtte behandling. Posthumt evner kanskje Nils Kjær å heve vår vankelmodighet til et høyere nivå. Uten å skille mellom klassisisme og romantikk, leder han oss ubønnhørlig tilbake på en gjengrodd sti:

Æstetik!

*Læren om værdien af det unyttige,
værdien af det som gør oss mennesker
til noget andet og mer
end en transithavn for vore fødemidler.*



Alle burde etter dette vite hva de har å gjøre, og hvorfor. God jul til hver og en!

Espen Huldt-Nystrøm

Langspurt i organisasjonsdebatten

av Lars Eikvar

Sentralstyrets forslag høsten 2004

FÆRRE FYLKESAVDELINGER

- 14 lokalavdelinger, inkl. Norsk Medisinstudent Forening
- Østfold og Akershus, Hedmark og Oppland, Buskerud, Vestfold og Telemark, Aust- og Vest-Agder samt Sør- og Nord-Trøndelag slås sammen

FÆRRE YRKESFORENINGER, I ALT 5

- Foreningen for leger i vitenskaplig stilling og annen statlig virksomhet
- Norsk overlegeforening
- Praktiserende Spesialisters Landsforening
- Primærmedisinsk forening (–medlemmene fra Alment praktiserende lægers forening, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid og Norsk arbeidsmedisinsk forening)
- Yngre legers forening

FAGET KNYTTES TETTERE

TIL FORENINGEN

- Spesialforeninger som dekker en spesialitet kalles fagmedisinske spesialforeninger.
- Obligatorisk medlemskap for spesialister i spesialforening for den spesialitet man arbeider i
- Egen fagkontingent for alle – tilfaller de fagmedisinske foreningene
- Øvrige spesialforeninger som før

Organisasjonsdebatten i Den norske lægeforening nærmer seg oppløpsiden. Temaet ble da også behørig omtalt i forrige nummer av Overlegen, både av redaktøren og av lederen av Organisasjonsutvalget, Bjørn Halvorsen. Utvalget skisserte en strammere og mer samlet legeforening, men respons fra organisasjonsledene og etterfølgende landsstyredebat åpnet ikke for en så omfattende omlegging. Etter at organisasjonsutvalgets innstilling hadde vært på høring, ga landsstyret nye utredningsoppgaver til sentralstyret – som nå har kommet med et nytt samlet forslag. Det omfatter endringer av både geografisk, yrkesmessig og faglig struktur, men er lite radikalt, og representerer først og fremst endringer som sentralstyret antar kan få tilslutning i dagens landsstyre.

Norsk overlegeforening har så langt funnet det vanskelig få fatte grep om debatten, og har i liten grad ført an. Of's styre var delt i synet på geografisk organisering i høringsuttalelsen til organisasjonsutvalgets innstilling. Dette hadde nok bakgrunn i at enkelte styremedlemmer hadde sin hovedforankring i egen fylkesavdeling, og er forståelig ut fra situasjonen den gang. Men er det den beste strategi for Of's medlemmer å holde fast ved en struktur med fylkesavdelinger?

Jeg la fram hovedtrekkene i sentralstyrets forslag for Landsrådet i Of på vårt møte den 19. oktober 2004. Salens tale var entydig og klar: Man spurte om det er noen vits i å fortsette forsøkene på omorganisering uten å oppnå større endringer enn dette. Men Of ble også avkrevd klarere tale denne gang. Vi må nå ta ansvar, og komme med egne forslag som bedre ivaretar behovet for framtidig organisering lokalt og nasjonalt.

For Of ville helt klart en organisering rundt fore-

take være å foretrekke. Men foretakstrukturen har ennå ikke satt seg, og vil kanskje ikke gjøre det i overskuelig framtid. Er det mulig å tenke seg en lokal organisering som lett kan tilpasses eventuelle endringer i helsetjenestenes struktur?

Det er for mye uklarerhet rundt rollene som organisasjonstillitsvalgt i ulike ledd. Uansett geografisk forankringspunkt, tror jeg derfor det viktigste må være å styrke kommunikasjonslinjene mellom lokale og sentrale tillitsvalgte – ikke minst innen Of. Tydeligere og mer forpliktende linjer i egen yrkesforening vil støtte de enkelte tillitsvalgte på ulike nivåer. Hvis tydelighet er viktigere enn geografi, er det min oppfatning er at det blir nødvendig å se nærmere på organiseringen innen den enkelte yrkesforening, som ledd i hele organisasjonsdebatten.

Of trenger videre å vitaliseres lokalt. Støtte til lokale tillitsvalgte, og oppbygging av lokal kompetanse krever lokalt engasjement og arbeid.

Dersom regionalt nivå skal bygges ut, må aktørene der ha klar forankring i yrkesforeningsstrukturen, og være del av landsrådet. Dagens regionsutvalg har for liten kontakt med yrkesforeningene.

Enkelte anser at yrkesforeningene har for mye makt i Legeforeningen, og vil nok se med stor skepsis på at lokal reorganisering bygges på dem. Bjørn Halvorsen peker også på det paradoks at avgjørelsen om foreningens struktur skal tas av et landsstyre som i hovedsak består av representanter fra fylkesavdelingene. Dersom Legeforeningens organisasjon skal kunne endres, gjenstår det derfor et betydelig arbeid for å bygge den tilstrekkelige tillit til, og oppslutning om, en ny geografisk struktur. Her har Overlegeforeningen en viktig rolle som det største og bredest sammensatte organisasjonsledd i Dnlf.



Of's spørreundersøkelse om erfaringer med B-dels avtalene:

Fiasko eller varsko

Red.

Nye B-delsforhandlinger står for døren. Of ønsket for et år siden å kartlegge erfaringene med den nye overenskomst, i alt 41 B-delsavtaler i NAVO-området. Et spørreskjema ble derfor utsendt til cirka 110 hoved- og foretakstillitsvalgte i alle foretak. Resultatet var en bekymringsfullt lav deltakelse. Et viktig varsko før reforhandlingene?

Deltakelse:

I alt 51 besvarelser kom inn.

- 45 svar kom fra sykehus i NAVO-området. Enkelte enheter innen samme foretak svarte uavhengig og hver for seg.
- 6 svar kom fra sykehus utenfor NAVO.
- 41 foretak har egen B-delsavtale, av dem hadde 25 ikke svart (tabell 1).
- Ett av fem universitetssykehus svarte på undersøkelsen.
- 9 av 21 av de gamle sentralsykehus svarte på undersøkelsen (tabell 2).

TABELL 1: DELTAKELSE FRA FORETAKENE

REGION	Antall foretak med B-delsavtale hvorav svar fra
Helse Sør	11	4
Helse Øst	15	7
Helse Vest	4	2
Helse Midt	6	2
Helse Nord	5	1

Fiasko?

Spørsmål skulle besvares ja/nei, eller med avkrysning av ett av fire alternativer av typen *Ikke i det hele tatt / I liten grad / I noen grad / I stor grad*. Presisjonsnivået på slike besvarelser blir lavt. En gjennomgang av dem på Of's tariffkonferanse i januar fortalte intet som vi ikke alt visste (1).

NAVO-strategien kan ha lyktes

Det er illevarslende at tyngden av våre medlemmer ikke er representert i undersøkelsen.

Spørsmålene kan ha vært upresise, eller umulige å svare på av tekniske årsaker. Men da burde våkne tillitsvalgte sagt fra. Utskiftning av tillitsvalgte kan ha gitt lav svarprosent hvis oversikt over dem ikke var oppdatert; i såfall må utskiftningen ha vært voldsom siden undersøkelsen ble sendt til nesten 3 ganger så mange tillitsvalgte som det er B-deloverenskomster. Fag og pasienter kan ha vært så altoppslukende at besvarelsen ble prioritert ned. Eller var vi så mette at vi ga blaffen?

TABELL 2: DELTAKELSE FRA «DE GAMLE SENTRALSYPKEHUS»

REGION	Antall gamle sentralsykehus...hvorav svar fra
Helse Sør	6	2
Helse Øst	6	4
Helse Vest	3	1
Helse Midt	3	1
Helse Nord	3	1



Quo Vadis?

40 av 41 B-delsavtaler har ikke sikret deltakelse av tillitsvalgt når lokale avtaler inngås (1). Of's spørreundersøkelse viste at 15 av 23 at tillitsvalgte ikke tas med når lokale lønnsavtaler gjøres. Er NAVO i ferd med å innkassere et par viktige stikk?

Settes vi ut av spill fordi vi har mistet muligheten til å orientere oss godt lokalt - hvem svarer på en undersøkelse som minner oss om at vi har mistet oversikten? Og i såfall: Når mistet vi den egentlig? For tiden lages lokale tilpasningsavtaler til den nye Hovedavtale; nye B-delsavtaler står for døren. Er vi rammet av arbeidsgivers vellykkede strategi, må vi våkne nå.

Varsko!

Avtaleverkets perspektiv angår ikke bare målbare størrelser. Menneskelig kvalitet, innsikt og dannelse på begge sider av bordet betyr noe for tredjepart, pasientene. Overleger er foretakenes strategiske ressurs; vårt analytiske engasjement bør ikke utmannøvreres. Dette er mer nødvendig nå enn før den stramme økonomistyringens tid. Forringes balansen mellom partene blir *alle* fattige enten lønnen er god eller dårlig.

Henvisninger: 1) OVERLEGEN 2004n01 p 20-2, Bånn i B-bøtta.

TILLITSVALGTE!
Sett av 3. – 5. februar 2005
for tariffkurs på Danskebåten
(Oslo-København-Oslo)

Tillitsvalgte og landsrådsrepresentanter blir også denne vinteren invitert av Of til tariffkurs på Danskebåten. Det er sendt ut invitasjoner med program til den enkelte.

Merk tidsrommet, sett av tid. Send påmelding så raskt som mulig; enklest per e-post: edith.stenberg@legeforeningen.no De største sykehusene kan sende 2–3 tillitsvalgte, vara-hovedtillitsvalgt eller medlemmer av tillitsvalgtutvalg.

Konferansen vil være relevant for umiddelbart forestående B-delsforhandlinger, og som debriefing hvis de eventuelt er avsluttet. I OVERLEGEN 2004 n01 står et referat fra forrige møte, det ligger også på våre nettsider www.overlegene.no



Godt brennevin

Av Hilde Engjom

Overlegens redaktør har tidligere mer enn insinuert at profesjonens evne til å plassere seg i en bred sammenheng kan være nedsatt. Klart talende samarbeidspartnere vil derfor fra tid til annen få spalteplass for å gi oss en annen spelling enn vi greier å gi oss selv. Hilde Engjom er påtroppende leder i Ylf og lege under utdanning i kirurgi på Sykehuset i Harstad.



Dei fleste av oss er einige om at møtet med profesjonen i studiet og tidleg i yrkeskarrieren byr på møte med kolleger med velutvikla personlegdomstrekk. Legar er som godt brennevin, dei utviklar sin særlege karakter etter langvarig lagring i lukka miljø. Kirurgar har ry for å vere særleg egna, og har fått ufortent medfart i litteraturen gjennom åra. Generelt tykkjer eg standen held seg godt, men *eitt* karaktertrekk viser seg hos eldre kolleger i alle delar av faget: *Pliktkjensla*.

Då meiner eg ikkje plikt-kjensla som får dykk til å møte på jobb, plikt-kjensla som sikrar at og dei upopulære oppgavene blir gjort; for dette er ikkje eit åtak på fagleg glød og entusiasme som får avdelingane til å gå.

Men plikt kan med åra veksa til ei tung bør. Mange år med fädelt vakt og eineansvar har fått den til å setje seg i samvit og sjel. Jamvel om det er stadig fleire kolleger i avdelingane, arbeider de som om de er åleine; ingen andre kan ta ansvaret.

Det er ikkje lett å seie stopp, sidan det medfører at ein kollega må ta over di oppgave.

Samstundes forsvinn gleda over arbeidet og faget. Lite tid til venner, familie og fritidsaktivitetar gjennom år gir altfor lite positivt påfyll. Og som gruppe er vi altfor lite flinke til å rose når nokon fortener det. Ein krevjande arbeidsdag kan ikkje ventast å gi særleg mykje anerkjenning over tid.

Vi treng utkville læremeistrar som vernar læringssituasjonen saman med oss!

Legar får skulda for mangt, også den dårlege økonomien i helseforetaka. Eg har ei rekke kolleger som minst av alt hadde fortent å bli utskjelt av helseministeren frå Stortingets talarstol. År ut og år inn har dei drege lasset på eiga hand. Med oasar av rypejakt og laksefiske, men likevel slitne og litt lei i god tid før pensjonaldagen.

Min beste læremeister vil vere

ein eldre kollega som har behalde gleda over faget, entusiasmen og motivasjonen for å føre dette vidare. Norge er i ei særstilling på grunn av den tette bindinga mellom spesialistar og yngre legar. Lite avstand i hierarkiet og god samhandling må takast vare på. Vi arbeider i ein kvardag der leiinga ser ut til å tenke på korleis *vi* best kan legge til rette for deira arbeid, heller enn korleis *dei* best kan legge til rette for aktiviteten i avdelingane.

Jobben må gjerast, men vilkåra blir vanskelegare. Pasientane er der framleis og eg ser kor langt overlegar prøver å strekke seg for at pasientane ikkje skal bli skadelidande. Rett nok med eit hjartesukk over lunsjbordet og tilløp til ringar under augo. Det skjer meg i hjarta og difor kjem eg med denne vesle bøn:

Ikkje ta heile bora sjølve; del med kolleger og sei stopp før det har gått for langt. Dersom eg og framtidias spesialistar skal bli gode nok, treng vi utkville læremeistrar som vernar læringssituasjonen saman med oss!

REDAKTØRENS BLIKK PÅ

Seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar

Soria Moria 4. – 5. oktober 2004.

Of's kurskomité arrangerer på vegne av Dnlf et Seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar. Her møtes helsebyråkrater og fagmiljø til årlig treff. En av foreningens strategiske utfordringer er å bringe viktige impulser til et høyere bevissthetsnivå – både hos byråkraterne og oss selv. De viktigste innlegg er reflektert nedenfor.

Nye pasientrettigheter.

Kari Sønderland, ekspedisjonssjef i Helsedepartementet beskrev rettstilstanden og dens utvikling. Lov om pasientrettigheter trådte i kraft i 2001. *Rettighets-pasienter* har rett til nødvendig helsehjelp når nytte av behandling kan forventes, og kost-nytte forholdet er hensiktsmessig. Retten har vært begrenset av kapasitet i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste.

Fra 01.09.04 er prioriteringsforskriften endret. Fortsatt gjelder kravet til forventet nytte og kost-nytte. Men offentlig ressursmangel kan ikke lenger hindre nødvendig helsehjelp. Rett til dette skal fremgå av venteliste. Privat tilbud eller behandling utenlands må godkjennes og formidles av Rikstrygdeverket.

For *alle pasienter* kan det gå maksimalt 30 virkedager

Maksimalt 30 virkedager fra henvisning til vurdering hos spesialist.

ger fra henvisning til vurdering hos spesialist. Men endelig diagnose behøver ikke å foreligge innen fristen. Hvis vurdering fastslår at pasienten trenger nødvendig helsehjelp er pasienten *rettighetspasient* og det fastsettes en individuell frist for behandling – *kritisk dato*. Prioriteringsforskriften forlanger at forholdet til pasient er organisert som et forsvarlig forløp. Kritisk dato skal ikke settes marginalt, den er juridisk bindende og kan ikke utsettes når den er fastlagt. Retten til helsehjelp ansees innfridd ved påbegynt behandling.





Stilstudier av Einar Hysing



Hannisdal, Wibe, Brattebø og Høie



Braut



Slørdahl Conradi og Melsom

Informasjonsplikt, rettighetsbrudd og klageprosedyrer er omtalt nærmere i lovteksten og prioriteringsforskriften.

Rettighetspasient har rett til nødvendig helsehjelp når sykdommens prognose tilsier redusert livslengde- eller kvalitet og ved forventet nytte av behandling med hensiktsmessig kost-nytte forhold.

Mette Bratt, avdelingssjef ved ØNH-avdelingen, St. Olavs Hospital, rapporterte om pasientrettigheter i Helse Midt-Norge. Alt i mai 2003 iverksatte man her sin «Normalprosedyre» med 2 «kritiske datoer», og maksimalt 12 måneders ventetid for behandling. Norsk Otorhinolaryngologisk forening har dessuten utarbeidet retningslinjer for prioritering på grunnlag av Lønning-II utvalgets innstilling. De har foreløpig

ØNH-miljøet har tatt prioritering forbillig alvorlig.

ikke kommet til enhetlig anvendelse nasjonalt, men diskuteres i fagmiljøene. Herværende referent for nemmer at ØNH-miljøet trolig gjør en forbillig innsats ved å ta prioritering på alvor på denne måten. Arbeidet rapporteres å ha gitt bedre kontroll over ventelistene.

Geir Sverre Braut, assisterende helsedirektør, ga pasientrettighetene en endelig plass i prioriteringenes gravitasjonsfelt. Dette er vanskelig – også for

ledende helsebyråkrater. Tross loven om avtagende grensenytte fins verken noen beste analysemetode eller vurderingsfasit. Vår tradisjonelle oppfatning – at spesialisthelsetjenesten skal drives optimalt – er supplert/erstattet med et juridisk krav til forsvarlig virksomhet. Men et «godt-nok» konsept føles ugreit for de fleste av oss. Brauts kjepphest er i denne sammenheng internkontroll og rapportering: Prioritering må bygge på kunnskap om både det en får til, og det en ikke lykkes med.

Sesjonen endte ubønnhørlig som en prioriteringsdebatt og viste at bevisstheten om dette øker – både i profesjonen og helsebyråkratiet.

Funksjonsfordeling.

Smektende toner i byråkratiet ører kan av menige klinikere oppleves mer som ny musikk. Einar Hannisdal, fagdirektør i Helse Nord tok utgangspunkt i en hittil forfeilet intensjon om likeverdige spesialisthelsetjenester. Hinderløypa består av en blytung fordelingsproblematikk ute i foretakene, ressursmangel til å løse problemer på regionalt nivå, og et politisk adhoc-kraati.

Selv om funksjoner i økende grad fordeles mellom sykehus, skjer det fortsatt intet eller lite med utenlands- og landsfunksjoner. Privatpraktiserende

Små tradisjonelle akutt sykehus er en hån mot geriatri og indremedisinske kronikere

spesialisters forhold til helseforetakene ligger i startgropa for en prosess. Arbeidsdeling mellom første og annenlinjetjenesten er fortsatt på tegnebordet.

For helsebyråkratiet er det logisk å flytte spesialistfunksjoner perifert. Helse Nord har svære årlige utgifter til pasientforflytninger. Utvikling av «helsesentra» og effektive IT-løsninger er etterlenget. Kanalisering av kontroller til primærlege kan gi gevinst, selv med økte refusjoner.

Raske kartlegginger ved hjelp av godt forberedte endags møter har løst tunge problemer både i diabetesomsorg og kreftkirurgi i regionen – kanskje mer effektivt enn tunge utredninger. Store fagfelt som ortopedi og kardiologi er også gjenstand for aktiv funksjonsfordeling. En merker seg at dette er kvalitetshevende tiltak som foreløpig har økt kostnadene i Helse Nord.

Akuttbereidskap gjorde Helse Nord til nesten-havarist, takket være samspill mellom fagmiljø, media og folkeaksjonister. Hannisdal var klar: «Å opprettholde små tradisjonelle akutt sykehus er en hån mot geriatri og indremedisinske kronikere.» Mosjøen sykehus

Legeforeningen bør gå klart imot at generell kirurgi får ansvar for obstettrikk.

skal bli et mønsterkonsept som Nær sykehus – uten akutt kirurgi fra 2005, men med kronikeromsorg, geriatri og akutt indremedisin.

Samtidig omgjøres fødeavdelingen til fødestue. Med bedre risikoseleksjon skal dette gi et bedre og billigere tilbud. Igjen leverte Hannisdal en klar melding: Legeforeningen bør gå tydelig imot at generell kirurgi får ansvar for obstetrisk tilbud. Forsterkede fødestuer, der kirurger gjør katastrofekeisersnitt, er en ulogisk løsning uten faglig begrunnelse.

Laboratoriefag skal organiseres som «virtuelle enheter», geografisk faglig overgripende, men uten formell organisasjon, og med ansettelsesforhold i de enkelte helseforetak.

Herværende referent aner at Legeforeningen er noe på hæla; problemstillingene synes til dels nokså modne. Lavt engasjement kan tenkes å ha en hensikt; på den annen side ønsker man å bli tatt alvorlig som helsepolitisk aktør ...

Arne Wibe, overlege, dr.med. og entusiast ved kirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital holdt deretter sitt foredrag om rectumcancer. Det burde være pensum for alle norske sykehusleger. Wibe har vist

Hvorfor akseptere 35 % recidiv etter fem år, når 5 % kan oppnås?

at et fagmiljø kan gripe en problemstilling, synliggjøre den, løfte den til nasjonalt nivå – og i kraft av dette gi retningslinjer, samt et kraftig trykk til å følge dem. Hvorfor akseptere 35 % recidiv etter fem år, når det er mulig med 5 %? Sammenhengen med funksjonsfordeling er innlysende. Denne form for frivillig tvang bør ønskes velkommen. Det dreier seg om kunnskapshåndtering: Å gi alle et bevisst forhold til hva man faktisk vet, og hva man derfor bør gjøre.

Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten.

Den fortsatt sviktende samhandling skal analyseres og forbedres. Nils Fredrik Wisløff er tidligere styreformann i Helse Sør, nå rådmann i Drammen, og dessuten leder i et departementalt utnevnt Samhandlingsutvalg.

Sykehusreformen kan ha svekket samhandling ved å viske ut geografiske rammer, ved å overføre ansvar fra fylke til stat, og ved fokus på kjerneoppgavene innad i foretakene.

Spesialisthelsetjenesten må bli sett i en helhet, større enn egen virksomhet; «... fastlegeordningen har tross alt større oppslutning enn statskirken». Ansvar må presiseres, ikke forvitres. Spørsmål må stilles før svar kan leveres: Løsninger må bygge på en felles forståelse av behov og utfordringsbilde.

Samhandling utfordrer i første omgang lederskapet, men aktørene er mange. I tillegg til spesialist- og primærhelsetjeneste må en trekke inn trygdeetaten, og et flertall kommunale omsorgsfunksjoner. Konkrete løsninger foreligger enda ikke. Det presiseres likevel at krav om individuelle planer også gjelder somatikken. Og IT-verktøy bør bli effektiv støtte til

Sykehusreformen kan ha svekket samhandlingen.

en «virtuelt sammenhengende organisasjon». Eierskap bør prinsipielt kunne deles mellom kommuner og regionale helseforetak, men det krever støtte i lovverket.

Daniel Haga er rådgiver i Helse Midt-Norge. Han fremsto som en helsebyråkrat med pasientfokus og intakte røtter i klinisk hverdag. Mange pasienter har så sammensatte behov at ingen enkelt instans kan dekke dem. Et nivåfiksert helsevesen er da en dårlig løsning. Kanskje gir «reising og venting med kvalme og elendighet» den viktigste dimensjon for opplevd kvalitet i desentraliseringsdebatten. Bedriftsinternt fokus på effektivitet er bare viktig når det settes i en større sammenheng.

Helse Midt-Norge har laget et strategidokument for samhandling i regionen. Brukerutvalg har blitt en viktig premissgiver. Analyse av kompetansebehov tilsier nytte av distriktsmedisinske sentre (DMS), men prinsippet er skreddersøm. DMS'er blir derfor unødvendige der det fins små, velfungerende lokalsykehus.

Øyeblikkelig hjelp har hatt årlig vekst på 3–5 % siden 1990, betydelig større enn tilveksten av eldre. Den aller eldste gruppen, de over 80, har økt med

16 % fra 1995 til 2002, men akutte innleggelser i denne aldersgruppen har samtidig økt med 55 % på landsbasis, og med 77 % i Helse Midt-Norge. Det er verd å merke seg at Haga som sentral helsebyråkrat savner strategisk tenkning rundt øyeblikkelig hjelp. Og herværende referent sender igjen en tanke til

... sentral helsebyråkrat savner strategisk tenkning rundt øyeblikkelig hjelp.

Legeforeningens ambisjon som helsepolitisk aktør.

Kjell Maartmann-Moe leder Alment praktiserende lægers forening. Med følsom innsikt i primærlegenes hverdag la han vekt på lege-til-lege kontakten. Det tradisjonelle verktøy må utnyttes bedre – i elektronisk versjon: Den gode henvisning står sentralt; det vil også retningslinjer for håndtering av de dårlige gjøre.

Epikrisene er primærlegers viktigste læremiddel. Milelange klipp-og-lim epikriser kan være et mareritt. Igjen savnes strategi for kvalitetsforbedring. Form og innhold bør gjøre dem egnet som kopi direkte til pasienten – et tiltak som må bli rutine. Konklusjon med behandlingsplan og oppgavefordeling må bli obligatorisk. Praksiskonsulentordningen¹

Milelange klipp-og-lim epikriser er et mareritt.

fjerner også noen hindringer for gode pasientforløp, og kan brukes til rettleiding av dårlige henvisere og epikriseskrivere.

Avslutningsvis skal Einar Hysing takkes for sitt flanereri gjennom aktuelle problemstillinger i sin alminnelighet. Mest vekt fikk nok hovedstadsproblematikken i beskrivelser av flere blinde, døve og stumme aktører i fagmiljø og offentlig forvaltning. Et godt bidrag til alles enighet om at det hadde vært en fin tur!

¹ Se Aplf's nettside, og OVERLEGEN 2003 n03 s. 8



Utsikt over Of's møtelokaler på Svalbard

Skjer det noe der inne? – fra Of-styrets drøftinger

Red.



OVERLEGEN presenterer summarisk enkelte diskusjoner fra Of's styremøter. På møtene diskuteres blant annet aktuelle problemstillinger fra alle regioner, basert på styremedlemmers kontakter med tillitsvalgte. Of-styret er alltid interessert i å vite mer om hva som rører seg i foretakene. Også OVERLEGENs redaktør vil være takknemlig for innspill – til publisering eller viderefremidling.

FORHANDLINGER

NAVO:	Norsk arbeidsgiverforening for virksomheter i offentlig tjeneste. Sammenslutningen omfatter blant annet spesialisthelsetjenesten, 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

Of-styret startet høsten med **arbeidsmøte på Svalbard**. Uten urbant dill og fanteri ble det effektiv bruk av tid. Og noen naturopplevelser, sant nok.

Møtet gikk vesentlig med til å legge en prosjektplan for dette. Landsrådet ba på årsmøtet i 2003 om å få en årsmelding som gir et bedre tilsvarende på hva man har gjort i forhold til oppgavene i **prinsipp og arbeidsprogrammet (PAP)**. Hvert styremedlem har ansvar for sin del av (PAP). Nødvendige utredninger og informasjonsstrategi blir nå fastlagt for hvert enkelt punkt, og ansvar fordelt til den enkelte. Styret ser at Of trenger et slankere og mer spisset PAP, og vil følge opp dette fram til årsmøtet i Tønsberg i april.

Landsråd. Of avholdt landsråd på Hotell Opera i Oslo den 19.10. En drøftet organisasjonssaken som er omtalt annet sted i denne utgave av bladet. Fremdrift i forhandlingene er oppsummert nedenfor.

Fremgang i forhandlingene med NAVO har vært etterspurt i hele høst. Men A1-forhandlingene er enda ikke avsluttet. Plassering av **sosiale bestemmelser** har vært kjerneproblemet hele tiden. For oss gir det ikke mening å ha ulike sosiale bestemmelser for leger som gjør samme jobb i ulike regioner og foretak. Vi vil fortsatt ha like sosiale bestemmelser for alle, og har krevd at sosiale bestemmelser skal ligge uendret i A1. NAVO vil flytte dem fra A1 til A2 for Dnlf, men gir seg ikke med det: De andre og mindre akademikergruppene, har ikke noen A2, Sosiale

bestemmelser for dem vil NAVO flytte fra A1 til B. Akademikerne Helse avviser dette.

Viser NAVO her sin langsiktige strategi? Landsstyret har gitt foreningen i mandat å opprettholde A2-nivået. Med noen få, små unntak, har også alle andre arbeidstakerorganisasjoner i helseforetakene en slik nasjonal avtale. Her har vi felles sak.

Om **A2 forhandlingene** kan man fortsatt bare spekulere – over rammebetingelser så vel som økonomi. Of har for lengst levert sine krav til sentralstyret – Dnlf forhandler denne med NAVO-helse. Våre krav må samordnes med Ylf's. Styret satser på et fortsatt godt samarbeid sentralt og lokalt.

Og tidsskjemaet? Fortsatt ikke fastlagt Tiden må nå brukes til å lage gode løsningsmodeller for **B-delsforhandlinger**; alle er enige om at noen vonde erfaringer ikke bør gjentas.

Ingen økonomisk støtte til å reise på årsmøtekurs med utstillinger? Landsstyret vedtok i sommer at «*Tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra legemiddelindustrien.*» For ferdige spesialister i sykehus fins det i dag ingen formalisert, «tellende» etterutdanning. Likevel har Legeforeningens sekretariat tolket det slik at vedtaket også må gjelde ferdige spesialister som deltar på årsmøtekurs med industriutstillinger; disse kollegene kan fra 2005 ikke påregne dekning av utgifter til slike kurs fra Fond III. Of har sendt en skriftlig innsigelse til sentralstyret.

Of forutså at sponsede årsmøtekurs ikke ville kunne gjøres tellende i spesialistutdanningen. Men ingen forutså at spesialister ikke ville få utgifter dekket. Hva nå med kongresser i utlandet?

Flere spesialforeninger har alt vedtatt å arrangere årsmøtekurs uten støtte fra industrien. Men Of er likevel bekymret. Det vil ikke lenger finnes noen felles arena før åpne møter mellom legespesialistene og dem som utvikler teknologien som vi alle anvender. Slik gis legemiddelindustrien mer makt; markedsføringen kan skje sterkere på dens premisser, og blir dessuten individrettet.

«**Osloproblematikken**». Hvordan organisere spesialisthelsetjenesten i Oslo bedre – og samordne regionsfunksjonene? Legeforeningen pekte på dette behovet allerede før foretaksreformen. Nå skjer det visst noe. Prosessen planlegges. Mediebildet preges av personlige utspill og sterke meninger. En prosjektrapport fra høyeste hold foreligger. Medio november er ingen praktiske tiltak bestemt, men de kan komme raskt etter at prosjektgruppen er etablert. Departementet har nå blant annet spurt Legeforeningen om synspunkter. Legeforeningen og Of søker å styrke sin medvirkning i prosessen.

Nedbemanning, faneflukt og økonomiske utfordringer: Bekymringsmeldinger kommer fra flere helseregioner. Of deler bekymringene selv om leger nesten aldri går ut av stabene, siden rammene svekkes uansett. Intet tyder på at nedbemanning er resultat av prosessforbedring eller faglig planlegging.

Til dels anekdotisk, og til dels dokumentert, foregår det flukt av spesialister fra enkelte avdelinger. Årsakene kan være ulike, men antas å henge sammen med vanskeligere forhold for ledelse, drift og organisering. Redaktøren har forsøkt, men det har ikke vært mulig, å få enkeltpersoner til å uttale seg offentlig om dette.

Høringer

Of drukner i mer eller mindre relevante høringer og lar ofte (ikke sjelden?) være å gi uttalelse. Her er et par man *har* uttalt seg om.



NAVO-representant?



Forhandlingenes gang

av Arve Kristiansen

«Alt om min sønn»

Taushetsplikt og elektronisk pasientjournal (EPJ)



Plata, et annet Osloproblem



Plaza, men intet refundert ...

Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for amming på Rikshospitalet? Ammesenteret på RH gjorde en svær jobb med å få opp ammefrekvensen på 70-tallet, og ble lite kreditert. De er fortsatt best i landet, men er lite forskningstungt. Kravene til forskningsressurser og -innsats må etter Of's mening skjeperes for å kalle det et medisinsk kompetansesenter. De som av ulike medisinske årsaker ikke ammer lett har hatt dårlig fokus så langt, dette må også oppgraderes.

Drug court. Kan misbrukere dømmes til medisinsk avvenning? Of mener at forslaget innebærer at dommere kan gripe inn i prioritering av pasientrettigheter. Folk dømmes til en behandling det er venteliste på. Man kan «forbryte seg litt verre for å rykke fram i køen». Et uferdig rustilbud gjør fritt sykehusvalg problematisk – tilbudet er ikke godt nok utbygget, og kan ikke anses likeverdig i kvalitet og tilgjengelighet. Høringsutkastet overser utfordringer rundt misbrukere med dobbeltdiagnose. Helsefaglig kompetanse i arbeidet synes tynt – en ekspedisjonssjef Helsedepartementet.

Samordning av oppgavene til Aetat, trygdeetaten og sosialetaten er omtalt i et høringsnotat som utmerker seg ved å insinuere at leger ikke tar sitt ansvar på alvor ved vurdering av pasienters rett til ytelser. Of har påpekt dette i høringssvaret.

Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Of ser positivt på bedre samordning av tjenestetilbudet, men er bekymret for kapasitetsmessige og ressursrelaterte konsekvenser av individuelle planer; omfanget av disse synes diffust.

Nåja, «alt» var vel drøyt sagt. Men han spiller altså fotball, keeper. Straffe til motstanderen på stillingen 1 – 1. Ballen treffer venstre tommel: Bennets fractur for dem som husker slikt. Røntgen, operasjon, kontroller og alt til faget hørende. Fingeren ble bra den.

En tid etter sender sykehuset en CD med kopi av røntgenrekvisisjonene, røntgenbildene samt beskrivelse av funnene. Vel og bra. Haken er, imidlertid, at tilsvarende opplysninger om en annen pasient lå på samme CD!

Sykehuset forklarer hvordan CD'en lages, og hvilke sikkerhetsrutiner som som er i bruk for at uhell ikke skal skje. De konkluderer med manglende årvåkenhet, menneskelig svikt under overføring av data til CD'en.

I Of's Prinsipp- og arbeidsprogram 03–05 står det: «Of vil arbeide for at taushetsbelagte pasientopplysninger sikres optimalt og ikke utleveres uten pasientens samtykke». Foreningen ønsker å sette saken på dagsorden, og mane til årvåkenhet i håndtering av pasientjournaler og -opplysninger.

Etter innføring av EPJ, er de fleste enige om at man ikke ønsker seg tilbake til papirjournaler. Heller ikke i lys av taushetsplikt og forsvarlig håndtering av opplysninger, er det ønskelig. Sikkerhet i forhold til pasientopplysning



ger på avveie, føles bedre med EPJ enn papir.

Trusler mot taushetsplikten innen- og utenfra.

Helsepersonell i sykehuset, kan med vitende og vilje eller ved skjedesløshet, opptre slik at fortrolige opplysninger kommer på avveie. Bevisst lekkasje forekom for eksempel etter drapet på den svenske utenriksminister Anna Lindh. Det ble oppdaget «av systemet», men da var skaden skjedd.

Elektronisk sporing av den enkelte aktivitet i journalsystemet kan kontrolleres ned til minste tastetrykk. Det virker forebyggende. Snoking i pasientjournaler er dermed lite utbredt, men med flere tusen brukere må man forvente at det kan forekomme.

Personer eller instanser utenfor helseinstitusjonene kan dessuten få tilgang til pasientjournaler på grunn av utilstrekkelig sikring, ved systemsvikt, eller ved sabotasje som hacking, virusangrep, «trojanere» og annet. På et navngitt sykehus registreres daglige forsøk på hacking. Jeg kjenner ikke til at sensitive opplysninger har kommet på avveie på denne måten i Norge. Men papirjournaler på fyllinga har vi hørt om.

Brukervennlig eller idiotsikkert?

Systemene er utformet for å sikre seg mot menneskelig svikt. I teorien virker de godt sikret med lukkede helsenett, brannmurer, filtre, gradert tilgang, elektronisk sporing, systemer for tildeling og håndtering av brukernavn og pass-



Utfordringer i likestilling:

Frist oss inn i ledelse

av Inger Kristin Aase, styremedlem, Of

ord, påloggingsrutiner, automatisk lukking av journalsystemet, osv. Men det kan ikke stilles så strenge krav til sikkerheten at systemene blir umulig å bruke – brukervennlighet utelukker idiotsikkerhet. Tidspress og krav til økt effektivitet vil kunne øke risikoen for menneskelig svikt. Det kan også dårlig økonomi – ved å begrense vedlikehold av maskinvare og sikkerhetssystemer.

Holdninger.

Har vi konsentrert oss om sikkerhet mot ytre inntrengere på bekostning av indre? Er det for lett å få lovlig tilgang til pasientopplysninger? Og er det prestisje knyttet til dette? I henhold til lovverket skal man kun ha tilgang til opplysninger man trenger i behandling av pasient. Spørsmål om brukervennlighet og hvem som skulle ha tilgang til hva, ble livlig diskutert på egen arbeidsplass da EPJ skulle innføres. I utgangspunktet «måtte» alle ha tilgang til det meste for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver. Men saken fant sin fornuftige løsning ved å ta utgangspunkt i hva man hadde ønsket om man selv var pasient. Kanskje er det slik at ikke alle leger engang, trenger tilgang til alle pasientopplysninger?

Datasystemene gjør det de blir bedt om. Til syvende og sist avgjør våre holdninger og daglige fokus på praktiske problemstillinger, om vi får forsvarlig håndtering av pasientopplysninger. Går det galt kan systemets planleggere lene seg tilfreds tilbake og konkludere med menneskelig svikt.

For ordens skyld: Min sønn har gitt tillatelse til bruk av opplysningene ovenfor.

Over halvparten av leger som får autorisasjon i Norge er kvinner. Likestilling er et satsningsområde og må ikke glemmes eller bli en behagelig sovepute uten praktisk betydning i yrket.

Of er fortsatt godt representert i Legeforeningens likestillingsutvalg - ved leder Torunn Janbu, samt Camilla Arnesen og Catharina Falck. Likestillingsutvalget oppretter nå oversikter over kjønnsfordelingen i Legeforeningens råd og utvalg, i avdelinger, spesialforeninger, yrkesforeninger og deres styre, samt for legeledere generelt. Dette er en del av likestillingsutvalgets mandat, og det blir spennende å se resultatene.



Likestillingsutvalget har fulgt saken om svangerskapspermisjon og lønnsansiennitet i A2-overenskomsten: Er det lovstridig ikke å la svangerskapspermisjon telle til lønnsoppyrkk? Likestillingsombudet kom til at det er i strid med likestillingslovens § 3 ikke å la den lovfestede del av permisjonen telle med! På dette punkt må A2 revideres nå.

Mentor adept-ordningen er resultatet av et innspill fra Of til likestillingsutvalget. Forprosjektrapport var ferdig i mai 2000; opprinnelig planla man et tradisjonelt prosjekt etter mal fra næringslivet. Men supplert med I. Kristin Aase fra Of, underdirektør Marit Lund Hamkoll fra Helse Sør og underdirektør Einar Li fra Helse Øst, jobbes det nå med et smalere konsept for å rekruttere kvinnelige legeledere. Her har Legeforeningen, Helse Øst og Helse Sør gått sammen for å motivere flere kvinner til å ta ledende stillinger. Etter at prosjektleder er på plass vil prosjektbeskrivelsen få sin endelige utforming. Finansiering skjer i samarbeid mellom foreningen og de to regionale helseforetak. Tittel på prosjektet kommer fra foreningen: «Frist meg inn i ledelse».

Legeforeningen har også deltatt aktivt i Akademikernes likestillingsarbeid. Likestilling, likeverd og mangfold i arbeidsstyrke og lederteam ansees nødvendig for riktig anvendelse av menneskelige ressurser, og for å fremme verdiskapning. Da må arbeidstakere gis like rammer og muligheter - uansett kjønn - til ansettelsesbetingelser, lønn, opplæring og avansement, og til å bruke evner og anlegg.

Lov om likestilling inneholder sentrale bestemmelser. Noen presiseringer er viktige:

- Likestilling er et lederansvar.
- Likestilling gjelder holdninger og normer.



- Likestilling krever sterk medvirkning fra de tillitsvalgte.
- Lønnsprosjekt er en del av likestillingsarbeidet.
- Likestilling kan nedfelles i strategi og plandokumenter, herunder konkrete handlingsplaner med tilhørende tiltak.

Of vil fortsatt arbeide for å få flere kvinnelige leger til ledende stillinger i helsevesenet. For å belyse hvordan forholdene kan legges til rette for dette planlegges det et seminar i samarbeid med likestillingsutvalget i Dnlf. Of ønsker også å belyse konsekvensene av den økte kvinneandelen i faget, i samarbeid med Ylf og forskningsavdelingen i Dnlf.

Til slutt: La oss håpe at den økte kvinneandelen blant leger fører til nyskapning, flere kvinnelige ledere og flere utradisjonelle løsninger når det gjelder yrkesvalg!

av Lars Eikvar, leder av Of

OF I VERDEN

– vår internasjonale tilknytning

De fleste landsomfattende foreninger og organisasjoner har en kontaktflate mot tilsvarende organisasjoner utenfor Norges grenser. Vår internasjonale kontaktflate kan best oppsummeres sammen med Legeforeningens; Dnlf er medlem av en rekke internasjonale organisasjoner (tabell 1).

Punkt IX i Of's Prinsipp- og arbeidsprogram omhandler slik kontakt og forplikter oss til internasjonalt arbeid:

- «... opprettholde og styrke kontakten med de øvrige nordiske og europeiske overlegeforeninger.»
- «... videreutvikle og forbedre samarbeidet gjennom Nordöl og AEMH for å styrke og videreutvikle arbeidet i forhold til overlegers arbeidsforhold og rettsstilling.»
- «Satsningsområder er: Overlegers vaktordninger og arbeids-

tidsbestemmelser, fremtidens sykehus, CME (Continuous medical education) og CPD (Continuous professional development), legemangel/legeoverskudd.»

- «... gjøre arbeidet i de internasjonale fora kjent blant medlemmene.»

De to viktigste for oss.

AEMH ble stiftet i 1963 – Of var med fra starten. I 2004 er 18 land i Europa representert. Det avholdes årlige møter; delegasjoner fra alle medlemsforeningene deltar. Of er vanligvis representert ved leder, 1–2 styremedlemmer og sekretariatsleder. Ansvar for møtet går på omgang mellom landene, Norge var vertskap i 2001. E-post har i økende grad gjort det mulig å behandle saker mellom møtene. Det er nedsatt arbeidsgrupper som

tar opp ulike emner, og fremlegger forslag til resolusjoner på det årlige møte. Undertegnede har deltatt i to slike grupper, vedrørende pasientsikkerhet og arbeidstidsbestemmelser. Presidenten i AEMH, for tiden dr Raymond Lies fra Luxembourg, fremmer foreningens synspunkter overfor EU-organene og søker samarbeid med andre europeiske organisasjoner innen spesialisthelsetjeneste og sykehusdrift. I styret i AEMH er Rolf Kirschner fra Norge for tiden kasserer. I Norden er også Danmark og Sverige medlemmer. De nordiske landene samarbeider godt om engasjementet i AEMH, og har lyktes i å påvirke profilen på arbeidet.

De ulike europeiske «yrkesforeningene» for leger samler seg i økende grad om CPME som en fel-

les paraplyorganisasjon for legene i Europa. Det er mange som prøver å påvirke EU-systemet, og vår profesjon står sterkere gjennom en felles organisasjon som slik sett representerer 2 millioner leger i Europa. Det arbeides nå med å utvikle en permanent struktur for samarbeidet; våre synspunkter vil i større grad bli søkt fremmet gjennom CPME.

Vernebestemmelser og fleksibilitet

Av størst interesse for Of i disse dager er AEMH's arbeid for en løsning på revisjonen av «arbeidstidsdirektivet» i EU. Innføringen av dette i sykehus har skapt strid i en rekke EU-land. Særlig det at arbeidstiden skal telle 1:1 ved tilstedevakt, har medført behov for omlegginger av driften. «Motkrefter» prøver derfor å endre direktivets bestemmelser for leger i vakt. EU-kommisjonen har nettopp kommet med et helt uspiselig forslag, der vaktarbeid ikke lenger skal telle i arbeidstidsregnskapet. Heldigvis har en samlet europeisk legestand under CPME mobilisert mot utkastet. Også leger må vernes mot for lange økter i tilstedevakt, men samtidig må vi unngå en utvikling mot rene skiftarbeidsordninger. I vår overenskomst står det at leger er «dagarbeidere med vakttjeneste», med henvisning til vår arbeidsmiljølov. Revisjonen av «arbeidstidsdirektivet» må være hensiktsmessig i forhold til dette. Rigide skiftarbeiderregler – eller svekket vern i form av beredskapsmodeller uten hensyn til arbeidsbelastning – kan begge gi uønskede følger for legenes arbeidssituasjon på sykehus, også i Norge.



Kvaliteten på tjenester i fri flyt

EU's krav til fri flyt av varer og tjenester innen EU og EØS skal i større grad omfatte helsesektoren. Spesialister skal kunne ta med seg sin nasjonale godkjenning og utøve yrket i et hvilket som helst EU-land. Men det er ikke avklart at nasjonale myndigheter kan føre tilsyn med tjenestene etter egne nasjonale normer dersom utøveren kommer fra et annet land. Det er å håpe at EU tar ansvar for å utvikle et felles kvalitetskonsept for spesialisthelsetjenester. Før dette er på plass må det enkelte land fortsatt kunne stille de samme kvalitetskrav til alle som yter helsetjenester, uansett hvilket land tjenesteyter kommer fra.

Nordisk fellesskap

EU kommer nærmere for hver dag, også for sykehusleger, enten man bor i Sverige, Danmark, Finland eller Norge. Men fortsatt vekker nok det nordiske samarbeidet størst engasjement, og gir best umiddelbart utbytte for Of. Vi

sender leder eller et styremedlem til våre nordiske søsterforeningers årsmøter. Finner, dansker, svensker og nordmenn møtes dessuten en helg hver juni til det såkalte Nordöl-møtet.

Disse har vært behørig referert av redaktøren i tidligere utgaver av Overlegen. Etter møtet i Trondheim i 2003, ble det gjort en felles innsats for å beskrive utviklingen av spesialisthelsetjenestens organisering i de nordiske land. Arbeidet var til glede for oss alle, og bidro til å løfte diskusjonen opp på et høyere nivå på møtet i Ribe i juni i år. Vi har innsett at våre motparter, arbeidsgiver og sykehuseier, utveksler ideer og tanker. Mange av utfordringene er lette å kjenne igjen over landegrensene. Fordomsfrie og frittalende kollegers analyse av hvor gode, eller kanskje oftest dårlige, disse ideene er styrker vår evne til å delta på den hjemlige helsepolitiske arena. Vi har all grunn til å se fram til å møte våre nordiske kolleger igjen i Uppsala neste forsommer.

Tabell 1: Internasjonal tilknytning for Dnlf, Of og Ylf

	Dnlf	Of	Ylf
Verden	World Medical Association; WMA.		
Europa	Standing Committee of European Doctors; CPME. Den Europeiske Forening for Medisinske Spesialister; UEMS. European Federation of Medical Associations and WHO; EFMA.	Association Europeenne des Medecins Hopitaux; AEMH.	Permanent Working Group for Junior Doctors; PWG.
Norden	«Nordisk Legeråd»	Nordiska Överläkar-föreningen; Nordöl.	Nordisk Råd for Yngre leger; NRYL.

Of's organisasjon og geografiske akse

av Helge Haarstad, styremedlem Of

Bakgrunnen for organisasjonsdebatten er omtalt gjentatte ganger i denne og forrige utgave av Overlegen^{1,2}. Sentralstyret har lagt gode premisser for sin nye organisasjonsmodell. Men forslaget til geografisk organisering er et knefall for tradisjoner, og ikke en følge av sentralstyrets analytiske grunnlag. Dette må landets sykehusleger interessere seg for, vi utgjør halvparten av Dnlf, og vår funksjon har betydning utover egne rekker.

Norsk overlegeforenings status som selvstendig yrkesforening er udiskutabel – naturlig nok siden Of er Legeforeningens største yrkesforening. Forslaget om å styrke Dnlf's medisinsk-faglige arbeid er heller ikke problematisk.

Stridsspørsmålet fra Of's synsvinkel vil være hvordan geografisk tilhørighet skal organiseres. Som følge av helsereformen er dagens spesialisthelsetjeneste organisert omkring lokale helseforetak. De samsvarer i noen grad med fylkesgrensene – som verken for primærhelsetjenesten eller spesia-

listhelsetjenesten har funksjonell betydning lenger.

Sentralstyrets forslag er nå ute til høring og fastslår at *Legeforeningen må finne sitt eget mønster for geografisk inndeling av foreningen*. Et førende prinsipp skal være samsvar mellom ansvar og område. Samtidig bør avdelinger *slås sammen når de funksjonelt eller kommunikasjonsmessig ligger naturlig til hverandre*; i vedtekts form bør det åpnes for en mer dynamisk geografisk struktur.

Så langt lover dette godt. Men de konkrete forslag følger ikke opp prinsippene: Fortsatt skal fylkene danne grunnlag for geografisk inndeling. Rent praktisk foreslås sammenslåing av Hedmark og Oppland samt av Aust- og Vest-Agder; antallet fylkesavdelinger blir i så fall 17. Alternativt kan Sør- og Nord-Trøndelag forenes – og likedan Telemark, Vestfold og Buskerud, samt Akershus og Østfold. Slik kan antall geografiske avdelinger reduseres til 13.

For meg synes det som sentralstyret ved sitt forslag ikke har tatt inn over seg den virkelighet vi lever i. Alle viktige beslutninger som be-

rører spesialisthelsetjenesten blir i dag fattet i de lokale og regionale helseforetak. Det er i forhold til disse beslutningsnivåene Legeforeningen må finne sin organisering. En fortsatt satsing på fylkene som geografiske enheter er etter min

Sentralstyret tar ikke konsekvensen av sin analyse, men forslår en strukturmodell basert på tradisjon.

oppfatning en total feilvurdering.

Geografisk organisering av foreningen rundt de lokale helseforetak vil være det eneste fornuftige for alle 11 000 leger som er tilsatt i spesialisthelsetjenesten. Løsningens potensiale for samhandling vil også tjene kolleger som er knyttet opp mot stat og kommuner – og ikke minst pasientene.

Hvis tradisjon er begrunnelsen for å videreføre fylkesvis organisering, bygger vi på misforstått konservatisme. En forening i pakt med sin tid velger ikke løsninger som hører hjemme i fortiden.

¹Overlegen 2004n03 s. 6 og s. 19

²Overlegen 2004n04 s. 4

KOLLEGIALT NETTVERK FOR LEDERE MED MEDISINSK BAKGRUNN

Norsk overlegeforening (Of) har etablert et nettverk av erfarne ledere med medisinsk spesialistbakgrunn som er villige til å være samtalepartnere for kolleger i lederstillinger.

Nettverket administreres av Ofs lederutvalg og sekretariat. Ledernetverket er et uformelt konsept i Ofs regi, ikke et organisert tilbud fra Legeforeningen.

Legeledere møter erfaringsmessig utfordringer i tilknytning til medisinsk ledelse som det kan være ønskelig å diskutere med en erfaren uhildet kol-

lega. Det kan være et behov for å drøfte vanskelige tema før de tas opp i avdelingen eller med overordnede, eller generelle problemstillinger knyttet til lederposisjonen i en stadig mer presset hverdag.

Deltakerne i nettverket er uavhengige samtalepartnere som formidler sine personlige synspunkter og gir uforbindtlige råd – om ønskelig med oppfølgingssamtaler. Kontakten med den enkelte kollega skjer fortrolig og primært gjennom telefonsamtaler eller e-post.

FØLGENDE LEDERE KAN KONTAKTES DIREKTE:

Jon Haffner , Sykehuset Buskerud HF, kirurgi, tlf. 90 09 48 16	Jon.Haffner@sb-hf.no
Fred A. Mürer , Helgelandssykehuset HF, indremedisin, tlf. 75 12 57 27 / 90 97 22 65	fred.a.murer@rasyk.nl.no
Stein Tore Nilsen , Helse Stavanger HF, gynekologi, tlf. 51 51 80 05	stn@sir.no
Otto W. Steinfeldt-Foss , Helsetjenesten v/UiO / privat praksis, allmennmedisin, psykiatri, samfunnsmedisin, tlf. 22 55 42 88 / 40 20 00 19	ottost@extern.uio.no
Einar S. Hysing , Rikshospitalet HF, anestesi, tlf. 23 07 36 94 / 41 52 54 12	einari.hysing@rikshospitalet.no
Helge Skard Dokka , Sørlandet sykehus HF, psykiatri, tlf. 37 01 44 26 / 48 02 77 83	helge.skard.dokka@sshf.no
Lars Holst-Larsen , Helse Fonna HF, Haugesund, indremedisin, tlf. 52 73 25 41 / 90 78 07 5	lars.holst-larsen@helse-fonna.no
Torunn Alveng , Nordlandssykehuset HF, Bodø, psykiatri, tlf. 75 50 10 12	Torunn.Alveng@Nordlandssykehuset.no
Borghild Roald , Ullevål Universitetssykehus HF, patologi, tlf. 22 11 89 24	b.b.h.roald@medisin.uio.no
Kjell Wigert , Akershus Universitetssykehus HF, barne- og ungdomspsykiatri tlf. 67 91 2400	kjell.wigert@ahus.no
Hans Petter Fundingsrud , Universitetssykehuset i Nord-Norge, pediatri, tlf. 77 62 63 44 77 66 92 41.	hansfu@online.no hans.petter.fundingsrud@unn.no

For nærmere opplysninger om nettverket og for navn på øvrige medlemmer av nettverket, kontakt Ofs sekretariat:

Signe Gerd Blindheim , tlf. 23 10 91 58 / 90 97 85 08	signe.gerd.blindheim@legeforeningen.no
Edith Stenberg , tlf. 23 10 91 57 / 90 19 90 73	edith.stenberg@legeforeningen.no

B-BLAD

Returadresse:
Norsk Overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

