

FORUM FOR YNGRE LEGER

Nr. 1
februar
2015

MAGASIN FOR YNGRE LEGERES FORENING



Nytt i A2

side 6-9

GRUNNUTDANNING

Side 20-21

INTERVJU MED NY YLF-LEDER

Side 12-14

BILAGET: ABC FOR TILLITSVALGTE

Side 15-18

NOE LITT PÅ SIDEN

Side 26-27

Ylf-kalenderen I/2015

2015

Januar:

- 13.** Leder deltar på medlemsmøte i Rogaland legeförening om prioritering og faste stillinger
- 14.** Sentralstyremøte
- 14.-15.** Legeföreningens lederseminar
- 19.** Informasjonsmøte turnus Bodø og Trondheim
- 21.** Møte i Akademikerne Helse
Møte i forhandlingsutvalg Virke
- 28./29.** Styremøte Ylf

Februar:

- 3.** Forhandlinger Virke
- 4.-5.** Leder deltar på Overlegeföreningens tariffkurs
- 9.** Møte i Konfliktberedskapsutvalget Akademikerne Helse
- 11.** Turnusrådmøte
- 12.** Sentralstyremøte Legeföreningen
- 19.** Informasjonsmøte turnus Bergen
- 26.** Møte i Akademikerne Helse
Møte i forhandlingsutvalg Spekter

Mars:

- 2.** Styremøte Ylf
- 10.** Sentralstyremøte Legeföreningen
- 11.** Seminar om diskriminering i arbeidslivet pga graviditet og foreldrepermisjon
Tillitsvalgstmøte om faste stillinger
- 13.** Interimgruppemøte nettverk kvalitet
- 17.-18.** Besøk i Finnmark
- 19.** Møte i spesialitetsrådet
- 20.** Leder deltar på LVS's årsmøteseminar
- 20.-22.** Leder deltar på Nmfs årsmøte
- 25.** Møte i Akademikerne Helse

Like flink spesialist

Rett før jul kom det endelege forslaget til ny spesialitetstruktur frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Arbeidet er utført på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og der ligg forslaget no. Dokumentet er offisielt, men kan ikkje finnast korkje på Hdir eller HOD sine sider.

Personleg skjønner eg det godt, forslaget har vore ute på høyring, men det er sørgeleg lite å finne att av det. Det verker nesten som om dei er litt skjemde over resultatet – eit viktig arbeid med store konsekvensar for norsk helsevesen i uoverskueleg framtid – er ikkje det noko ein burde vise fram?

Innhaldet er nokså likt som den versjonen som vart debattert på landsstyremøtet i fjor.

La meg fyrst sei: Ingen er usamde i at spesialistutdanninga kan bli betre. Sjølvynskjer eg meg noko slik: Du starter i heilt ny jobb med tre månader innføring. Du skal jobbe på dagtid og gå følgevakt. Kirurgar og gynekologar må øve på laparoskopisimulatoren og kunne vise progresjon. Etter tre månader går du eigne vakter, men med følgevakt. Travle avdelinger og dårlige pasientar skal ikkje lide av at du er fersk. Etter 6-12 månader reiser du på «grunnkurs 1» i ditt fag. Du har sjølv sagt brukt dei siste studiedagane til å jobbe gjennom ein pre-test, slik at du får maksimalt utbytte når du reiser på kurs og treff andre relativt ferske LIS innan din spesialitet. Her diskuterer ein og finn ut at det kanskje fins ulike måtar å gjere ting på, trass alt.

Tilbake til rapporten. Dette var nemlig korleis eg vil ha det, ikkje korleis det er foreslått. Det er i grunnen ikkje så mykje konkret som er foreslått. Honnørorda sit laust. Til dømes skal «moderne pedagogiske metoder» (når vart moderne synonymt med betre?) som e-læring spare pengar. Det er uvisst om all kursaktivitet skal foregå heime på fritida. Gruppe-I teneste utgår truleg. Frå eit sosialt aspekt har dette sjølv sagt fordelar, men ingen som har bytta avdeling kan vel vere usamd i at det er nyttig å få andre perspektiv på ting. Forskning skal ikkje lengre gje teljande tid til spesialitet. Eg har sjølv aldri forska, men veit at mine kollegaer som gjer det bringer noko meir inn i debatten, dei er betre på det vitenskaplege fundamentet faget vårt bygger på.

LIS i indremedisin skal kunne gå vakt utan spesialist i bakvakt. Sa nokon «pasientens helseteneste»? Kven vil komme til spesialisthelsetenesta og ikkje kunne treffe ein spesialist?

Og vi skal sjølv sagt effektiviserast. Dei same «moderne pedagogiske metodane» skal syte for det. Turnustenenesten vert inkludert i spesialitetsløpet, og normert tid blir 5-6,5 år.

Mi normerte tid for å bli gynekolog er i dag 5,5 år, pluss turnusteneneste, altså 7 år. Slik tenesten er lagt opp i dag er vi svært få som klarer det, snitt-tida er 8 år etter turnus.

Kortare tid gir mindre tid i den spissa delen av spesialiteten. Ein LIS i dag skal altså bli mindre spesialist enn dei som har blitt spesialistar til no. Dette er ei forringing av spesialisthelsetenesta, og ei utholing av spesialistomgrepet.

Ylf og Legeföreninga gjer sjølv sagt alt vi kan for at spesialistutdanninga skal ha så høg kvalitet som mogleg. Det blir ein spanande vår.

Nr. 1. Februar 2015

Forum for yngre leger

Medlemsbladet for Yngre legers forening. Magasinet setter søkelys på helsepolitikk, fagpolitikk og yrkesetiske spørsmål og bringer stoff om turnustjenesten, spesialiseringen og stipendiattjenesten.

Vi ønsker å ha en utviklende dialog og inviterer våre lesere til å komme med synspunkter.

Ylfs styre er ansvarlig utgiver.

Redaktør

Hanne Støre Valeur
hannevaleur@gmail.com

Layout

Stian Wendelborg
stianwendelborg.com

Annonser

Media-Aa Marketing
Postboks 240, 1401 Ski
T: 64 87 67 90/900 43 282
arne@aamedia.no

Design

torfinn.offernes.com

Trykk

07 Gruppen

Øvrige bidragsytere

Judeson R. Joseph

Illustrasjon forside:
iStockphoto/diego_cervo

Redaksjonen avsluttet 14. februar 2015

Dødlinje nummer 2: 1. april 2015



Marit Halonen Christiansen

marit.h.christiansen@gmail.com

Endringer i styret

Med Johan Torgersens avgang følger noen endringer i Ylf-styret og Ylfs representasjon ellers i Legeforeningen. Tidligere nestleder Marit Halonen Christiansen tar over som leder, styremedlem Anja Fog Heen tar over nestledervervet, og vara Georg Nikolai Johnsen kommer inn som styremedlem. I tillegg overtar Ylf'er og vara for sentralstyret Kristian Hamandsen Torgersens plass i sentralstyret. Hamandsen ble valgt som sentralstyrevara mens han var Nmf-medlem, men har rukket å bli Ylf'er siden valget i 2013. Som sentralstyremedlem for Ylf får han også møterett på Ylfs styremøter.

Georg Nikolai Johnsen

Alder: 33

Arbeidsplass: Anestesiavdelingen ved St. Olavs hospital

Ylf-bakgrunn og andre kvalifikasjoner: Forskjellige tillitsverv for Ylf ved Molde sykehus fra 2011. Foretakstillitsvalgt i Helse Møre og Romsdal HF fremt til desember 2014. Sittet i styret i Møre og Romsdal legeforening, samt Regionsrådet i Midt-Norge. Er engasjert, om det teller som en annen kvalifikasjon.

Områder som engasjerer meg spesielt: Sykehuspolitikk generelt engasjerer meg, spesielt hvordan økonomien synes å være den viktigste og bestemmende faktoren for hvordan pasientbehandling skal forgå. Effektivitet er ikke nødvendigvis det samme som god pasientbehandling! De som behandler pasientene (legene) må få en større rolle, og faget må prioriteres før økonomi.

På privaten er jeg sportsidiot og kan stå på bordet å juble når Northug knuser svenskene på stafetten eller når favorittlaget scorer mål. Det kan vel kalles for engasjement. Og nei, jeg er ikke flau over det!

Mitt største forbilde: Når du kan føde et barn uten å si ett ord, sove maks 2-3 timer sammenhengende i 5 måneder uten å klage og samtidig være blid og fornøyd, da er du mitt forbilde. Ett glimrende eksempel på dette er min kone.



Dette gjør jeg på en fridag: For 5 måneder siden: Sover lenge. God frokost (egg i ulike varianter er et must). Gjerne ut en tur, om det er finvær (topptur, ski e.l.). Sport på tv. Lage en god middag med noe godt å drikke til. Gjerne noe sosialt på kvelden før jeg legger meg seint.

Nå: Opp litt tidligere, fullt fokus på min sønn frem til han legger seg. Lage god mat. Litt tidligere i seng.

Kristian Hamandsen

Alder: 30 år

Arbeidsplass: Turnuslege på Ahus.

YLF-bakgrunn og andre kvalifikasjoner: Jeg er fersk i Ylf, men sitter nå i Legeforeningens sentralstyre etter at Johan Torgersen gikk ut. Tidligere har jeg sittet i Nasjonalt Styre i Norsk medisinstudentforening.

Områder som engasjerer meg spesielt: Turnustjeneste og ansettelser av turnusleger og LiS. Grunnutdanning. Matpolitikk.

Mitt største forbilde: Dr. Pål Aukrust. Klinisk Immunologi og Infeksjon, rikshospitalet.

Dette gjør jeg på en fridag: Sover hakket lengre, tar meg en skammelig lang frokost. Ymse dilldall og en heidundranes treningsøkt.



Foto: Legeforeningen

Yngre legers forening

Yngre legers forening organiserer leger i spesialisering, turnusleger, leger i verneplikt og stipendiater. Yngre legers forening er en del av Den norske legeforening.

Ylfs sekretariat

Kristin Krogvold, sekretariatsleder
kristin.krogvold@legeforeningen.no

Henrik Leinonen-Skomedal
Henrik.Leinonen-Skomedal@legeforeningen.no

Charlotte Nielsen, konsulent
charlotte.nielsen@legeforeningen.no

Styret

Marit Halonen Christiansen, leder
marit.h.christiansen@gmail.com

Anja Fog Heen, nestleder
anjaheen@gmail.com

Marie Skontorp
marieskontorp@gmail.com

Ruth Foseide Flenning
rutftth@hotmail.com

Heidi Johanne Espvik
heidi.johanne.espvik@ahus.no

Tilde Broch Østborg
tilde.ostborg@gmail.com

Øyvind Haugen Lie
oyvlie@gmail.com

Georg Nikolai Johnsen
georg.n.johnsen@gmail.com

INNHold

NYTT I A2

Fjorårets tariffoppgjør mellom Akademikerne Helse (herunder Legeforeningen) og helseforetakenes arbeidsgiverforening Spekter endte i mekling hos Riksmekleren. Partene kom til enighet, og advokat i Legeforeningen Kristin Krogvold redegjør for endringene i overenskomstens del A2 som følger av tariffoppgjøret 2014 på [side 6-9](#).

STØ KURS

Yngre legers forening har fått ny leder etter at Johan Torgersen trakk seg og flyttet inn i Helsedirektoratet. Bli bedre kjent med Marit Halonen Christiansen på [side 12-14](#).

BILAGET: ABC FOR TILLITSVALGTE

Ny som tillitsvalgt og mye å sette seg inn i? Bilaget dette nummeret gir en kortfattet oversikt over ord og uttrykk du bør være kjent med. [Side 15-18](#).

PROSJEKT GRUNNUTDANNING

Legeforeningen har satt ned en prosjektgruppe, ledet av Ylf-leder Marit Halonen Christiansen, som skal se nærmere på grunnutdanningen av leger i Norge. «Tida der ein kjem ut frå medisinstudiet med ein kunnskapspakke som i seg sjølv er nok til å praktisere som lege er forbi», slår Marit fast på [side 20-21](#).

LISBUP

Leger i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri har dannet egen underforening. Les mer på [side 24-25](#).

NOE LITT PÅ SIDEN

Ylf har cirka 8500 medlemmer. Felles for dem alle er at de er utdannet leger. Utover det driver de med mange ulike ting. I vår nye spalte intervjuer vi Ylfere med hobbyer, interesser eller engasjementer litt utenom det vanlige. I dette nummeret møter du Eirik Pettersen i Helseutvalget. [Side 26-27](#).

DESSUTEN

02 Ylf-kalenderen

03 Leder

04 Endringer i styret

19 Mitt funn: Leiv Otto Watne

22-23 Ylfs høstkurs 2014

30 Sykehuspoesi

30 Redaktørens hjørne

31 Riskhospitalet



Kristin Krogvold

kristin.krogvold@
legeforeningen.no

Ny A2

– Endringer i overenskomsten for helseforetakene del A2 mellom Legeforeningen og Spekter

Fjorårets tariffoppgjør mellom Akademikerne Helse (herunder Legeforeningen) og helseforetakenes arbeidsgiverforening Spekter endte i mekling hos Riksmekleren. Partene kom til enighet, og her redigjøres for endringene i overenskomstens del A2 som følger av tariffoppgjøret 2014.

Dette tariffoppgjøret var et såkalt hovedoppgjør, som vil si at alle elementene i avtalene kunne endres, i motsetning til forhandlingene som skal være våren 2015, der det kun er lønn det forhandles om. Overenskomstene som gjelder for leger i helseforetakene (inkludert Lovisenberg), er på tre nivåer og inngås dermed av ulike parter. Overenskomstens del A1 forhandles av Akademikerne Helse (herunder Legeforeningen) og Spekter, den regulerer sosiale rettigheter og omfatter alle akademikere i helseforetakene. Overenskomstens del A2 inngås av Legeforeningen sentralt og Spekter og er en landsomfattende overenskomst som omfatter alle leger i helseforetak. I tillegg til dette, inngår de lokale tillitsvalgte for Legeforeningen en avtale med helseforetakets ledelse, som kun gjelder for legene ved dette helseforetaket, B-delsavtalen.

De konkrete endringene i overenskomstens del A2 Resultatet fra meklingen var at overenskomstens del A2 ble prolongert med unntak av de endringene som fremgår av Riksmeklerens møtebok. Møteboken viser at det ble enighet om tildels store endringer, som nå er innarbeidet i den nye A2.

Forhandlingsresultatet innebærer at den nye avtalen blant annet har nye bestemmelser i innledningen om viktighetene

av legenes rolle i sykehus og om implementeringen av faste stillinger. Videre er det nye permisjonsregler for deltakelse på kurs/ kongresser for overleger og legespesialister, endrete arbeidstidsregler og nye regler for utarbeidelse av tjenestepplaner. Den nye stillingskategorien legespesialist og hvilke rettigheter som ligger til denne stillingen, følger også av den nye avtaleteksten, samt endrede minstelønnsatser.

De sentrale partene har blitt enige om en rekke materielle endringer i dette oppgjøret. Derfor er også enkelte av bestemmelsene i A2 endret i nummeringen. Partene har videre funnet det hensiktsmessig å endre bestemmelsene fra meklingsboken når det gjelder reglene om endring og oppsigelse av tjenestepplaner, fordi disse var uklart formulert. Bestemmelsene er i avtaleteksten blitt forenklet og ivaretar partenes intensjon med reglene.

Innledning til overenskomsten

Overenskomsten har fått en ny innledning, som fremhever legenes autonomi og viktighet i sykehus. Innledningen slår blant annet fast at legers faglige ekspertise er viktig for pasientbehandling med høy kvalitet. Videre at kravene til kompetanse vil øke, og at kontinuerlig kompetanseutvikling for å følge de øke



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/DIEGO_CERVO

kravene er nødvendig. Innledningen fremhever videre at det er viktig å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og at det er et mål for partene å bidra til at sykehusene kan gi pasientene behandling av høy kvalitet og samtidig vær attraktive arbeidsplasser.

Den nye innledningen gir ikke den enkelte lege materielle rettigheter, men den er allikevel av verdi og vil kunne kaste lys over de øvrige bestemmelsene i overenskomsten.

Kompetanseheving

Overleger og legespesialister har fått bedre rettigheter til kompetanseheving. I tillegg til nåværende A2 § 4.1 (den generelle regelen om at helseforetakene skal legge til rette for at leger skal gjennomføre en kontinuerlig kompetanseutvikling) gis overleger og legespesialister permisjon med full lønn etter tjenestepplanen i inntil 10 dager per år til kurs, kongresser og møter. Disse dagene kommer ikke i tillegg til det som eventuelt følger av den lokale B-delsavtalen ved det enkelte helseforetak.

Endringen innebærer at arbeidsgiver ikke kan stille krav om at legen selv skal bytte bort vakt ved kursdeltakelse. Legeforeningen er interessert i informasjon om hvordan denne bestemmelsen praktiseres fremover.

Implementering av faste stillinger og ny stillingskategori – legespesialist

Forutsetningene for innføringen av faste stillinger fra Riksmeklerens møtebok følger innledningsvis i overenskomsten. Overenskomsten er redigert slik at det ivaretar både lønns- og arbeidsvilkår for leger i spesialisering med midlertidig ansettelse og leger i spesialisering som etter ny modell ansettes fast. Det er avtalt innføring av faste stillinger for leger i spesialisering senest fra 1. juli 2015. Det betyr ikke at alle som da har en midlertidig stilling som lege i spesialisering blir fast ansatt, men at stillinger som lege i spesialisering som utlyses og besettes etter 1. juli 2015, skal gi leger i spesialisering et fast ansettelsesforhold.

De faste stillingene skal fra samme tidspunkt utlyses. Som en følge av den nye modellen for faste stillinger, faller rangeringsbestemmelsene i A2 bort og ingen vil ha fortrinn til disse stillingene ut i fra hvor langt de er kommet i spesialiseringssløpet. Ansettelse skal skje etter kvalifikasjonsprinsippet, som betyr at den søkeren som er best kvalifisert til den utlyste stillingen skal ansettes. Det skal da legges vekt på både formelle og reelle kvalifikasjoner. Personlig egnethet kan også vektlegges i ansettelsesprosessen. Det at

rangeringsbestemmelsene faller bort ved fast ansettelse, er noe Spekter og Legeforeningen lenge har vært enige om.

Det at kvalifikasjonsprinsippet gjelder ved ansettelse i faste stillinger, er tatt inn i overenskomsten på følgende måte:

- Som følge av at rangeringsbestemmelsene i § 6.2 bortfaller når lege i spesialisering skal tilsettes fast, vil det alminnelige kvalifikasjonsprinsippet som gjelder for andre arbeidstakere legges til grunn også ved tilsetting av lege i spesialisering. Dette innebærer at arbeidsgiver ansetter den søkeren som etter en helhetsvurdering må anses som best kvalifisert for stillingen.

Som en følge av den gradvise implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering, vil overenskomsten i en overgangsfase operere med enkelte forskjellige bestemmelser avhengig av om legen har en midlertidig eller fast stilling. For leger som allerede er ansatt i midlertidig stilling per 30.06.2015, videreføres de særskilte bestemmelsene i A2 undret. Det vil si at disse legene har de samme rettighetene også etter 1. juli 2015.

Leger som er ansatt i en fast lege i spesialiseringstilling og som har godkjent spesialitet, men som ikke er ansatt i en overlegestilling, skal fra det samme tidspunktet plasseres i stillingskategorien *legespesialist*. Denne stillingskategorien er ment for en begrenset overgangsperiode, før vedkommende ansettes i en overlegestilling. Det er ikke tillatt å utlyse legespesialiststilling, denne kategorien er foreholdt dem som allerede har en fast lege i spesialiseringstilling og oppnår spesialitet. Hvilke rettigheter som gjelder for denne stillingskategorien følger av endringer i den enkelte bestemmelse. Generelt kan det sies at kategorien ligger tett opp til overlegen. Legespesialistens minimumslønn er i overenskomsten satt til kr 630 000,-.

Bestemmelsene som endres for leger i spesialisering i faste stillinger er i tillegg:

- Bestemmelsen om ambulerende tjeneste i § 2.2 er endret og gjelder den delen av tjenesten som omfattes av samarbeidsavtaler mellom helseforetakene for å sikre spesialisering av leger. For tjeneste som er i helseforetakets behov, vil bestemmelsen fortsatt gjelde, også for leger i spesialisering i faste stillinger.
- Bestemmelsene om rotasjonsordninger utgår for fast ansatte leger i spesialisering. Dette fordi rotasjonsordninger erstattes av samarbeidsavtaler mellom helseforetak for å sikre tjeneste for leger i spesialisering i faste stillinger. Endringene er ikke til hinder for at det fortsatt avtales lokalt hvordan den dokumenterbare ekstra reisetiden skal honoreres, eventuelt inngå i den alminnelige arbeidstiden.

- Ved inngåelse av arbeidsavtalen skal helseforetaket fremlegge en utdanningsplan for den enkelte lege. Utdanningsplanen skal sikre en effektiv gjennomføring av spesialiseringsløpet.
- Bestemmelsen i § 6.4 om forlengelse av stilling ved fravær som følge av lovmessige eller avtalemessige forhold bortfaller, da denne ikke lenger vil være aktuell for leger i faste stillinger som har stillingen sin til vedkommende selv sier den opp eller blir sagt opp på et saklig grunnlag.

Arbeidsplaner (tjenesteplaner)

Det er nå sentralt avtalte prosedyreregler for tjenesteplaner som skal gjennomføres på det enkelte helseforetak, med mindre andre bestemmelser er avtalt lokalt. Partene har videre avtalt at en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av representanter fra Legeforeningen og Spekter skal kartlegge og vurdere en rekke forhold ved legers arbeidstidsordninger. Dette var en følge av at Legeforeningen godtok å videreføre unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser frem til hovedoppgjøret i 2016.

Overenskomsten har nye bestemmelser om etablering, endring og oppsigelse av tjenesteplaner i § 3.4. Bestemmelsen om etablering, innebærer at det skal gjennomgås en 7 trinns prosess ved enhver endring av tjenesteplanen. I denne prosessen er involvering av legene ved deres tillitsvalgte i etableringen av arbeidsplaner beskrevet som et suksesskriterium for en hensiktsmessig arbeidstidsordning. Som en følge av dette skal det tilrettelegges for dialog mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte gjennom hele prosessen.

Bestemmelsene om endring og oppsigelse av tjenesteplaner i § 3.4.4 og § 3.4.5 lyder slik:

- §3.4.4 Endring
Ved behov for endring i arbeidstidens inndeling, eller endring i omfang / antall timer utvidet arbeidstid, skal arbeidsgiver så snart som mulig ta initiativ til utarbeiding av ny arbeidsplan, jf. § 3.4.3
- §3.4.5 Oppsigelse av avtale om utvidet arbeidstid

Ved oppsigelse av avtale om utvidet arbeidstid gjelder en gjensidig oppsigelsesfrist på 8 uker.

Det er altså slik at der hvor det tas initiativ til endringer eller oppsigelse av tjenesteplanen, så skal hele denne prosedyren følges, med mindre partene lokalt har blitt enige om noe annet. Der partene lokalt allerede har regler om inngåelse og oppsigelse av tjenesteplaner, som de vurderer som bedre enn disse nye bestemmelsene i A2, kan de velge å beholde disse.

Det er avtalt en bestemmelse i A2 § 3.4.6 om særskilte forhold for tjenesteplaner i forbindelse med ferieavvikling. Her er det vist til at arbeidsbelastningen skal fordeles likt mellom legene som inngår i vaktordningen. Bestemmelsen lyder:

- §3. 4. 6 Særskilte forhold i perioder med ferieavvikling
Arbeidsgiver skal så tidlig som mulig ta initiativ overfor tillitsvalgte til å drøfte fastsetting av feriefritid samt overordnede føringer og utfordringer i forbindelse med ferieavviklingen. Herunder skal partene drøfte omfang og behov for vikarer/ innleie.

Aktiviteten i perioder med ferieavvikling skal være i samsvar med den bemanningen som virksomheten til enhver tid har tilgjengelig.

Ved etablering av nye arbeidsplaner i perioder med ferieavvikling, skal arbeidsgiver ha særskilt fokus på at leges ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, jf. § 3.4.1. I denne forbindelse vises det også til § 3.6.2 (vaktplikt), som sier at arbeidsbelastningen som hovedregel skal fordeles mellom de legene som omfattes av vaktordningen.

Endringer i arbeidstidsbestemmelsene

I den nye overenskomsten beholder legene dagarbeiderstatusen og 20 timers regelen, mens dagarbeidstiden utvides til kl 18 i ukens fem første dager.

Det er avtalt en definisjon av tidspunktet for dagarbeidstid i A2 § 3.2 som lyder slik:

- Arbeidstid som ikke er vaktjeneste legges som hovedregel i tidsrommet mellom kl. 07.00 og 18.00 i ukens 5 første dager. Leger som ikke går vakt kan i tillegg pålegges kveldsarbeid frem til kl. 19.00 i ukens 5 første dager inntil 1 gang per måned i snitt.

Parallele bestemmelser i B – delsavtalene om begrensninger i daglig arbeidstid bortfaller fra 1.1. 2015.

Det er avtalt et tillegg for ordinært arbeid (ikke vaktarbeid) etter klokken 17.00 i § 5.6, som utgjør 0,027 % av basislønn per time.

Bestemmelsen som gir rett til alminnelig arbeidstid på 35,5 timer per uke i § 3.2, er endret. Dette innebærer kun en klargjøring av bestemmelsen, og ingen materiell endring. Endringen er av de sentrale parter justert til tidspunktet for overenskomstens vedtakelse, som var 25. september 2014.

Lønnsendringer

Legene er gitt et lønnsoppgjør i samsvar med sammenlignbare grupper i samfunnet. De avtalte endringene følger av

minimumslønnsatsene for de ulike legegruppene med virkning fra 1. januar 2014. De avtalte tilleggene gis ikke til arbeidstakere som har fratrudd før overenskomstens vedtakelse, med mindre fratredelsen skyldes pensjonering. Dette er vanlig i de fleste tariffområder, også i Spekter.

For de legegruppene som ikke sikres lønnstillegg i overenskomsten har tillitsvalgte stått fritt til å fremme karv overfor lokal arbeidsgiver i tråd med ordinær praksis ved helseforetakene. Arbeidsgiver står altså fritt til å tilstå eventuelle lønnstillegg utover det som følger av meklingsresultatet. Dette gjelder både stipendiater og de med totallønnsavtaler. Tilbakemeldinger til Legeforeningen sentralt tyder på at arbeidsgiver lokalt har gitt lønnstillegg til stipendiatene.

For mer informasjon om lønnsendringene og de nye minimumslønnsatsene på det enkelte helseforetak, se www.legeforeningen.no

De lokale B-delsavtalene

Som en følge av meklingen, skulle det ikke gjennomføres ordinære B-delsforhandlinger i år, men foretas en gjennomgang av B-delsavtalene lokalt, for å gjøre avtalene i samsvar med den nye A2-overenskomsten. Dette gjelder blant annet endringene i definisjonen av dagarbeidstid til tidsrommet mellom kl 0700 – 1800, endringer i avtaleteksten for å implementere faste stillinger og å avgjøre hvorvidt de nye bestemmelsene om inngåelse, endring og oppsigelse av arbeidsplaner skulle innarbeides lokalt, eller om allerede eksisterende regler om dette videreføres. Andre endringer i avtalen enn dette, skal bare gjøres der partene lokalt er enige.

Ved noen helseforetak er tillitsvalgte og arbeidsgiver ferdige med denne gjennomgangen og har gjort de nødvendige endringene, mens de ved andre foretak ikke har startet dette arbeidet enda. De lokale B-delsavtalene legges fortløpende ut på Legeforeningens hjemmesider.

**Forhandlingene mellom Legeforeningen og arbeidsgiverorganisasjonen Virke hadde akkurat startet da dette nummeret av Forum gikk i trykken. Informasjon om forhandlingsresultatet vil foreligge senere.*



Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com

Stø kurs

Marit Halonen Christiansen har på kort varsel tatt over ledervervet i Yngre legers forening. Med lang fartstid i Ylf, en evig optimistisk tilnærming og en god kurs å styre etter, gyver Marit løs på oppgaven.

Oslo, januar 2015. Utenfor Legenes hus kjemper vinteren for å få tak. Tykt skydekke og sur vind frister til rolige innendørsaktiviteter, men inne på Ylf-lederens kontor er det høyt tempo. Sekretariatsansatte og tillitsvalgte stikker stadig innom kontoret, sjekker at Marit er på plass, ønsker velkommen, stiller spørsmål og kommer med påminnelser som gjør Marits liste over ting å sette seg inn i enda lenger. Det takler Marit fint. Brede smil og positive svar på klingende Vestlandsdialekt.

– Akkurat nå har jeg jo på ingen måte fritidsproblemer. Jeg kan bruke all min våkne tid på Ylf uten å føle meg «ferdig». Det er så mye å sette seg inn i, sier Marit.

Det til tross for at Marit på ingen måte er noen nybegynner i Legeforeningssammenheng. Hun har vært engasjert i foreningen på ulike nivåer helt siden hun studerte medisin i Dublin. Senere fulgte ulike roller som tillitsvalgt ved sykehuset i Ålesund. Hun har vært foretakstillitsvalgt for Helse Sunnmøre, og gikk videre i foretakstillitsvalgtrollen da Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal ble slått sammen. Marit ble valgt inn i Ylf-styret allerede i 2011, men valgte å trekke seg da hun i tillegg til vervet som foretakstillitsvalgt, ble valgt inn i Legeforeningens sentralstyre, hvor hun nå sitter på sitt fjerde år. Hun hadde allikevel møterett til styremøtene og har fulgt Ylfs arbeid tett hele veien. I 2013 ble hun valgt som nestleder i Ylf, et verv hun nå har hatt i ett og et halvt år. Høsten 2014 slo Helsedirektoratet kloa i daværende Ylf-leder Johan Torgersen, og Marit fikk nokså brått Ylf-leder ballen i fanget. Nå skal hun lede Ylf ut denne valgperioden, men Marit har vært tydelig på at hun kommer til å stille til valg som Ylf-leder på årsmøtet i april 2015 lenge før Johan trakk seg.

– Jeg har veldig stor respekt for at det skal være et valg, men jeg kan ikke jobbe i et kortsiktig perspektiv. Dette er noe jeg har lyst til å fortsette med, og jeg har jo tanker om hva Ylf skal jobbe med i et lengre perspektiv.

Selv om hun savner klinikken i blant, er hun klar på at det akkurat nå er arbeidet for Ylf som er det morsomste og det som frister mest.

– Både fordi jeg synes det er spennende, men også fordi jeg føler at jeg har gode forutsetninger for å gjøre en god jobb. Nå har jeg jobbet så lenge for Ylf og Legeforeningen, at det er naturlig å ta det siste steget. Her har jeg oppgaver jeg har lyst til å jobbe med.

Og hvilke oppgaver er det som venter?

– Vi skal selvfølgelig være vaktbikkjer og passe på at faste stillinger implementeres. Det er et puslespill og få det til. Der må vi være med å få til gode løsninger og være en slags koordinator slik at de gode løsningene spres i de ulike foretakene. Jeg opplever at folk er konstruktive på begge sider. Og nå når vi har fått gjennomslag for faste stillinger, åpner det for å jobbe mer mot innhold og kvalitet i spesialistutdanningen, sier Marit fornøyd.

– Dette faller også inn under arbeidet med spesialitetsstruktur. Helsedirektoratets endelige rapport er nå ferdig, og der er det veldig mange ting som kan bli bedre. Vi kan være enige i at det er en god idé å strukturere utdanningsløpene bedre, og man må fokusere mer på utdanning. Andre deler av forslaget er mindre bra. Faglig sett har man veldig stor nytte av å bli eksponert for andre tanker. Med ny spesialitetsstruktur tar man bort så å si alle muligheter for nye impulser; ikke





ABC for fagforeningsarbeid

Hva er A2? Trolig tenker en god del leger i retning av bil fremfor fagforening. Mange tillitsvalgte og «vanlige» leger møter en god del fremmedord på fagforeningsarenaen. Ylf gir deg sin variant av fagforeningsspråk for nye og viderekommende tillitsvalgte!

A-del Nasjonal overenskomst (tariffavtale) mellom Spekter og Akademikerne. Fastsetter blant annet forhold rundt videre forhandlinger og utbetaling av oppgjør.

A1 Nasjonal overenskomst (tariffavtale) om blant annet sosiale bestemmelser som full lønn under sykdom, 5.ferieuke og pensjon. Vår A1 forhandles mellom Spekter og Akademikerne-Helse, men alle sykehusansatte har i praksis like sosiale bestemmelser

A2 Nasjonal overenskomst (tariffavtale) om lønns- og arbeidsvilkår. Bestemmelsene i Legeforeningens A2 gjelder alle sykehusansatte leger i Spekterområdet med mindre andre forhold er avtalt i den lokale B-delsavtalen.

Absolutt flertall Et forslag får mer enn 50 % av stemmene.

Akademikerne Hovedorganisasjon for langtidsutdannede arbeidstager. Stiftet i 1997. Medlemmene er interesseorganisasjoner og fagforeninger for ansatte med utdanning fra universitet eller vitenskapelig høyskole. Akademikerne består av 13 interesseorganisasjoner (Legeforeningen, Siviløkonomene, Samfunnsviterne, etc.) og disse har til sammen 163 000 medlemmer.

Akklamasjon Høylytt bifall, særlig klapping. Velge (vedta) ved akklamasjon, ved at forsamlingen klapper, uten votering.

Ansattrepresentant Representanter i styrene i det enkelte helseforetak eller regionale helseforetak. Velges av de ansatte og representerer disse.

Arbeidskamp Arbeidstvist, lockout, gå sakte-aksjoner, streik. Kan bare benyttes ved interessetvist og under visse perioder av forhandlingene.

Arbeidstvist Tvist mellom arbeidsgiver eller arbeidsgiverforening og en fagforening om lønns- og andre arbeidsvilkår. Kan være rettstvist eller interessetvist (se egne def.).

B-del Lokal (overenskomst) tariffavtale, forhandles mellom det enkelte foretak og den enkelte forening/forbund i Akademikerne Helse. For eksempel Helse Stavanger HF og Legeforeningen, representert som part ved foretakstillitsvalgt for henholdsvis overordnede og underordnede leger. Oppbygningen er tilsvarende A2.

Brudd Partene konstaterer at man ikke kommer til enighet. Fører til mekling.

Bundet mandat Betegnelse på den plikt en representant har til å stemme eller handle i tråd med et vedtak (mandat) fattet av den mandatgiver representanten representerer.

Dagsorden En på forhånd oppsatt fortegnelse over saker som skal behandles i rådslående eller besluttede forsamlinger (for eksempel Legeforeningens landsstyre).

Delegat Utsendtrepresentant, foreksempel til Legeforeningens landsstyremøte, offisielle konferanser o.l. Representerer organisasjonen som har sendt delegaten ut.

Dissens Meningsforskjell, særlig som avvikende innstilling eller særvotum fra ett eller flere mindretall ved en avstemning.

Fagforening Enhver sammenslutning av arbeidere eller av arbeidernes foreninger, når sammenslutningen har det formål å ivareta arbeidernes interesser overfor deres arbeidsgivere.

Fagmedisinsk forening Organisasjonsledd i Legeforeningen som representerer hver enkelt spesialitet. Foreningens formål er faglig/ vitenskapelig. 45 fagmedisinske foreninger i Legeforeningen, én for hver spesialitet.

forskning, ikke annen relevant tjeneste, nesten ikke gruppe I og nesten alle kurs skal legges om til nettkurs. Da sitter du igjen med at du kun skal omgå de samme menneskene gjennom hele spesialiseringen, og verden går ikke videre av at du sitter og snakker med deg selv. Det mest bekymringsfulle er at man foreslår at leger i spesialisering kan gå selvstendige vakter uten bakvakt. Det er ikke riktig å sette våre kollegaer i den situasjonen når man ikke er spesialist, og det er selvfølgelig ikke riktig overfor pasientene som kommer til spesialisthelsetjenesten at de ikke får mulighet til å bli tilsett av en spesialist, sier Marit engasjert.

– Så er det de løpende tingene – turnustjeneste, der vi skal jobbe enda tettere med studentene, og diskriminering, som nok ikke kommer til å forsvinne selv om vi får faste stillinger.

Av venner beskrives Marit som engasjert og idealistisk. Hun er et godt «organisasjonsmenneske» som ser de store linjene i saker hun er involvert i, en god debattant som er flink til å inkludere alle i diskusjonen. Marit har vokst opp i Måløy, men flyttet tidlig fra bygda. Gymnaset ble gjennomført i Frankrike. Så fulgte studier i Dublin. Marit var hverken melkemann eller elevrådsleder – i så fall har hun fortrenget det. Men speiderleder var hun. Hun beskriver seg selv som en person som er interessert i systemet.

– Det beste med systemet er til tider at det har så utrolig mange forbedringspotensialer! Samtidig er det ikke alt du kan sette i system. Alt kan fungere dersom begge parter er fleksible. Dersom begge parter vil hverandre vel, går alt bra. Men dersom den ene parten blir firkantet, svares det gjerne med samme mynt fra den andre parten. Og det er sånne mønstre som må brytes om man skal komme videre.

Etter medisinstudiet var det på tide å være «ekte student». Hun studerte kunsthistorie og filosofi ett år i Trondheim.

– Jeg bodde i kollektiv, og drakk rødvin og diskuterte filosofi og krig og fred og politikk og sånt. Og det var et helt fantastisk år! Og endelig være student slik man egentlig hadde forestilt seg at det skulle være, hvor ikke alt var så seriøst.

Men så var det tilbake til medisinen og turnuslegestilling ved Ålesund sykehus, kombinert med distriktsturnus i Bardu. Savnet etter Ålesund var stort, så da halvåret i nord var omme, grep Marit første sjanse til å jobbe i Ålesund igjen:

– Det var en ting jeg ikke skulle bli, og det var gynekolog, men var det på gyn det var en åpning.

Og hun har blitt værende i gynekologien:

– Jeg synes gynekologi er et veldig komplett fag. Det å kunne følge kvinner gjennom svangerskapet med en kontinuitet i lege-pasientforholdet, som man i større grad får til på mindre sykehus – det er noe av det jeg setter størst pris på.

Etter fem år i Ålesund, med tunge verv som foretakstillitsvalgt og hovedtillitsvalgt, var det på tide med gruppe I-tjeneste, og turen gikk til Stavanger i 2013. Marit var godt i gang med tjeneste på kirurgen, da telefonen fra Torgersen kom høsten 2014. Marit tok over ledervervet på kort varsel, og har nå leilighet både i Oslo og Stavanger. Hun helgependler hjem til venner, familie og nettverk i Stavanger. På sikt tenker hun å flytte til Oslo. Foreløpig har det ikke blitt så mye fritid, men forhåpentligvis blir det mer tid til hobbyer etter hvert.

– Jeg er veldig glad i kultur. Vi har en kulturklubb hvor jeg er kulturkoordinator og drar resten med. Tidligere har jeg drevet med seiling – en aktivitet som krever at du er tilstede der og da; du kan ikke dra opp mobilen for å sjekke ett eller annet. Å måtte gi opp onsdagsregattaen var en av de kjedeligste tingene ved å flytte til Oslo – så hvis noen har et regattalag i Oslo er jeg gjerne med!

Hva er den største forskjellen medlemmene kommer til å merke med deg som leder?

– Sånn rent bortsett fra at all kommunikasjon kommer til å gå på nynorsk? Marit ler.

– Jeg håper egentlig ikke at folk skal merke så stor forskjell, bare at det blir litte grann bedre. Jeg håper blant annet at kommunikasjonsstrategien vår kommer til å bli mer moderne. Det er ikke sånn at Johan har lagt en kurs, også velger jeg en annen kurs. Skuta virrer ikke så veldig, kursen er lagt og jeg kommer ikke til å endre den. Da jeg var liten pleide pappa å kalle meg for kaptein Kroken fordi jeg var så dårlig til å holde stø kurs når vi seilte. Men nå er jeg blitt mer stødig, forsikrer Marit.

Foretakstillitsvalgt (FTV) Der helseforetaket består av flere sykehus, velges foretakstillitsvalgte for leger i spesialisering (Ylf) og overleger (Of) av og blant de hovedtillitsvalgte i foretaket. Sammen representerer disse Legeforeningen i foretakene/ sykehusene.

Forhandlingsområde Se «tariffområde».

Forholdstallsprinsippet Partene blir valgt inn i organer, råd og utvalg etter medlemsantall/forholdsmessige andel av stemmene.

Fredsplikt Innebærer plikt til å avstå fra arbeidskamp. I arbeidstvistloven § 6 heter det: «En tvist om en tariffavtales gyldighet, forståelse eller krav som grunner seg på tariffavtale, må ikke søkes løst ved arbeidsnedleggelse, arbeidsstengning eller annen arbeidskamp.» Det betyr at streik på bakgrunn av slike tvister ikke er en gyldig streik. Oppstår det en rettstvist skal den, dersom den ikke løses ved forhandlinger eller ved voldgift, avgjøres i Arbeidsretten. Fredsplikten er også nedfelt i hovedavtalene.

Generalsekretær Daglig og administrativ leder i større organisasjon eller institusjon, f.eks. politisk parti (partisekretær) eller interesseorganisasjon. Legeforeningen: øverste leder for sekretariatet. Nåværende generalsekretær er Geir Riise.

Gjeldende overenskomst Den overenskomsten («avtalepakken») som gjelder nå. For legeforeningens medlemmer består overenskomsten med arbeidsgiver av A, A1, A2 og B-delsavtalene. Kalles også tariffavtaler.

Helseforetak Samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF), opprettet etter at staten tok over ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002.

Hovedavtale (HA) En hovedavtale er første del av alle tariffavtaler som er eller blir opprettet mellom de organisasjoner som hovedavtalen omfatter.

Hovedavtalene tar for seg de grunnleggende spilleregler i arbeidslivet. De inneholder generelle bestemmelser om forhandlings- og samarbeidsforhold mellom arbeidsgivere og arbeidstakere, rettigheter og plikter som tillitsvalgt og arbeidsgiver, men regulerer ikke lønn. Den gjelder normalt for fire år av gangen. Hovedavtalene i arbeidslivet er styrende for reguleringene av andre avtaler.

Hovedoppgjør Revisjon av tariffavtale, kan omfatte alle tariffavtalens bestemmelser (i motsetning til mellomoppgjør). Vanligvis hvert partallsår.

Hovedtariffavtale (HTA)/overenskomst Hovedtariffavtaler er offentlig sektors landsomfattende tariffavtaler mellom arbeidstaker- og arbeidsgiver-organisasjonene. Forhandles hvert annet år, for eksempel gjelder dette A1.

Hovedtillitsvalgt (HTV) Øverste tillitsvalgte i sykehus som ikke er organisert som foretak, men som enkeltstående virksomhet. Øverste tillitsvalgte på det enkelte sykehus også i helseforetakene, men «underlagt» FTV.

Interessetvist Uenighet i forhandlinger om ny tariffavtale. Kampmidler som streik og lock-out kan benyttes. Se «rettstvist».

Klinikkstillitsvalgt/Konserntillitsvalgt Tillitsvalgt som har ansvar for en klinikk/divisjon. Ivaretar de ansattes interesser overfor konsernledelsen i saker som behandles på konsernnivå, og som har betydning for de ansatte i konsernet som helhet. Konsern tilsvare for oss RHF-nivået.

KS Kommunenes Sentralforbund. Arbeidsgiverorganisasjon, omfatter kommunelegene, herunder turnuslegene i kommunehelsetjenesten.

Kvalifisert flertall Et forslag har oppnådd en på forhånd bestemt stemmeandel, for eksempel 2/3 av de avgitte stemmer.

Landsstyret Legeforeningens landsstyre er foreningens høyeste organ, og består av tilsammen 141 representanter fra lokalforeningene, yrkesforeningene, regionsutvalgene og de fagmedisinske foreningene samt sentralstyrets medlemmer. Delegatene velges for to år av gangen. Landsstyret møtes ordinært én gang årlig. Ethvert medlem av Legeforeningen kan være tilstede. Medlemmene har tale- og forslagsrett, men ikke stemmerett.

Landsrådet Yngre legers forenings øverste organ og består p.t. av 51 delegater (inkludert styret) fra hele landet. Møtes normalt én gang per år.

Lock-out Kampmiddel. Arbeidstakerne stenges ute fra arbeidsplassen etter beslutning fra arbeidsgiver.

Lojalitetsplikt Handler først og fremst om ansattes plikt til å ikke skade virksomheten en er ansatt i. En nødvendig følge av styringsretten er at ansatte i en virksomhet har lydighets- og lojalitetsplikt. Plikten er imidlertid ikke absolutt, men defineres under hensyn til generelle atferdsnormer og spilleregler i arbeidslivet, samt tariffavtaler og lovgivning. Offentlige uttalelser kan etter omstendigheten være brudd på lojalitetsplikten. Her kan det oppstå kollisjon med ytringsfriheten. Se også «ytringsrett».

Lønnsmasse Samlet lønn for alle ansatte innenfor virksomhet eller område. Utgangspunkt for lønnsforhandlingene.



Mandat 1 Oppdrag, fullmakt. 2 (Verv som) representant i nasjonalforsamling. 3 Bestyrelse, forvaltning

Mekling Tariffoppgjør der partene ikke makter å komme til enighet er etter visse regler gjenstand for tvungen mekling. Tvungen mekling skjer ved offentlige meklere (Riksmekleren, én av de seks oppnevnte kretsmeklerne eller av særskilt oppnevnte meklere). Riksmekleren har som oppgave å mekle i interessetvister mellom partene i arbeidslivet. Hovedoppgaven er å hjelpe partene til å unngå konflikt og derved bevare arbeidsfreden.

Mellomoppgjør Revisjon av tariffavtale, omfatter som regel bare lønnsøkninger (i motsetning til hovedoppgjør hvor hele avtaleteksten er oppe til revisjon). Stort sett i oddetallsår.

NAVO Organisasjonsledd Se Spekter
Legeforeningen er sammensatt av ulike organisasjonsledd. Det vil si lokalforeninger (én pr fylke), yrkesforeninger (syv), fagmedisinske foreninger (én per spesialitet), Norsk medisinstudentforening (Nmf) og Eldre legers forening.

Oslo kommune Omfatter som forhandlingsområde blant annet bydelsleger, sykehjemsleger og legevakt.

Overheng Begrep i lønnsforhandlinger. Oppstår når innslagsdato dato for lønnsoppgjør settes til senere på året enn 1.januar. Gir uttrykk for hvor mye lønnsnivået ved utløpet av ett år ligger over gjennomsnittsnivået for året. Forteller dermed hvor stor lønnsveksten fra ett år til det neste vil bli dersom det ikke gis ytterligere lønnstillegg eller foregår strukturendringer det kommende året.

Overenskomst Se «tariffavtale» og «gjeldende overenskomst».

Part Forhandlinger betyr at to likeverdige parter møtes for å komme frem til ett felles resultat. På arbeidstagersiden vil parten være en fagforening (for eksempel Legeforeningen), mens det på den andre siden kan være en enkeltstående arbeidsgiver (for eksempel Stavanger universitetssjukehus) eller en arbeidsgiverforening (for eksempel Spekter).

Partssammensatt Med medlemmer fra begge parter (arbeidsgiver og arbeidstaker).

Politisk streik/politisk demonstrasjonsstreik Fredsplikten i tariffavtaleperioden er ikke absolutt, idet det er adgang til å gå til, f.eks. politisk demonstrasjonsstreik. En slik streik må være en kortvarig aksjon; i praksis oftest begrenset til én eller noen få arbeidstimer, opp til én dag (punktmarkering). Se også «sympatistreik».

Protokoll Referat, møtetedegnelse. Inneholder opplysninger om dato, hvor møtet ble avholdt, navn på deltagere (hvem som er parter) og hva de er blitt enige om av formelle vedtak. Protokollen skal dateres og underskrives av partene eller av spesielt oppnevnte til å underskrive protokollen.

Protokolltilførsel Dersom én av partene i forhandlinger eller et mindretall i råd og utvalg finner grunn til å presisere sitt syn, kan dette utformes som en protokolltilførsel. Det bør markeres at denne er ensidig fra én av partene. Det kan også være forhold som partene er enige om, men som ikke passer inn i selve avtalen. Da kan det være hensiktsmessig å markere dette ved en felles protokolltilførsel.

Prøvevotering Foreløpig (ikke bindende) avstemning som ordstyrer foretar i kontroversielle saker, for å få et inntrykk av stemmefordelingen før endelig votering.

Punktmarkering Se «politisk streik».

Referat Inneholder utfyllende beskrivelse av møtet, oversikt over hvem som var til stede samt konklusjoner eller vedtak.

Regionsutvalg For hver helseregion finnes et regionsutvalg som kontakt- og samarbeidsorgan for lokalforeningene i regionen og representativt organ for Den norske legeforening overfor regional helseforvaltning og eventuelle arbeidsgivere eller kontraktsparter som måtte opptre på et regionalt nivå. Består av lederen for hver av lokalforeningene i regionen og én lokal representant for alle yrkesforeninger som ikke allerede er representert gjennom lokalforeningslederne. En representant skal dessuten oppnevnes av Norsk medisinstudentforenings avsnittsutvalg ved nærmeste medisinske fakultet. Regionsutvalget velger selv sin leder. Utvalgene skal særlig ha sin oppmerksomhet på organisering av helsetjenester og den helsepolitiske utvikling i regionen.

Rettstvist Tvist om forståelsen av en tariffavtale. Kan ikke løses ved kampmidler som streik eller lock-out, men må, hvis de ikke kan løses ved forhandlinger mellom partene, innbringes for arbeidsretten. Se også «interessetvist».

Simpelt flertall Et forslag får flere stemmer enn de andre, men ikke nødvendigvis over 50%.

Sekretariat Forvaltningsområde; avdeling eller kontor i et større foretak, en kongress, et møte osv. der skriftlig arbeid i forbindelse med organisasjon og administrasjon blir utført. Legeforeningens sekretariat består av fem avdelinger med til sammen ca 150 ansatte.

Sentralstyret Legeforeningens øverste organ mellom landsstyremøtene. Velges for to år av landsstyret, består av president, visepresident og syv styremedlemmer. Leder foreningens løpende virksomhet og handler med ansvar overfor landsstyret. Møtes vanligvis én gang pr. mnd.

SOP Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger. SOP er en stiftelse under tilsyn av Helse og Omsorgsdepartementet. Yter økonomisk støtte til leger som opplever avbrudd i driften av sin private praksis pga. sykdom og permisjon i forbindelse med fødsel eller adopsjon, og sikrer medlemmene og deres etterlatte pensjoner. Man er medlem av SOP dersom man driver eller har drevet legevirksomhet i Norge og har vært medlem av folketrygden i minst tre år.

Spekter Arbeidsgiverforeningen Spekter ble etablert i 1993 (het da NAVO), og representerer ca 190 medlemsvirksomheter med om lag 190 000 ansatte. Dette gjør Spekter til Norges tredje største arbeidsgiverforening. Omfatter Helseforetakene. **Spesialforening** Frivillige sammenslutninger av leger med faglige eller yrkesmessige særinteresser som ikke dekkes av en godkjent spesialitet.

Streik Streik er arbeidstakernes kampmiddel for å tvinge frem en løsning av en tvist mellom en fagforening og en arbeidsgiver eller arbeidsgiverforening. Arbeidstakere stanser i fellesskap arbeidet helt eller delvis. Lønn og sosiale ytelser stoppes.

Styringsrett Arbeidsgivers styringsrett er normalt beskrevet som retten til å ansette arbeidstakere, organisere, lede og fordele arbeidsoppgaver, instruere de ansatte og kontrollere utførelse av arbeidet, si opp og avskjedige arbeidstakere. Styringsretten begrenses av lov og gjeldende overenskomst.

Sympatiaksjon/-streik Hel/delvis arbeidsnedleggelse som iverksettes til støtte for part i en annen arbeidskonflikt.

Særavtaler/særbestemmelser Lokal eller sentral tariffavtale som omfatter ett eller flere spørsmål som gjenstår etter at partene har inngått en mer omfattende tariffavtale, eller som er inngått i henhold til en tariffavtale.

Særmøter Møter hvor bare en av partene er til stede. Kan være et hensiktsmessig virkemiddel under forhandlinger hvis for eksempel uventede forhold kommer opp i forhandlingsmøtene.

Tariffavtale Avtale mellom fagforening og arbeidsgiver eller arbeidsgiverforening om arbeids- og lønnsvilkår eller andre arbeidsforhold. Gir normer for hva en arbeidsavtale kan inneholde i de arbeidsforhold som tariffavtalen gjelder for (se overenskomst).

Tariffområde Det område tariffavtalen gjelder innenfor, for eksempel SPEKTER, KS, Virke

Tillitsvalgt (TV) Enhver som er valgt til å utføre en funksjon for sin organisasjon. For eksempel på en avdeling, en seksjon, i Legeforeningens landsstyre, i Legeforeningens råd og utvalg.

Tvist Uenighet. Se også «interessesvist» og «rettstvist».

Ulovlig aksjon Handling/aksjon som bryter fredsplikten.

Virke Het tidligere HSH, Handels- og servicenæringens Hovedorganisasjon. Arbeidsgiverorganisasjon. Omfatter private helseinstitusjoner som for eksempel diakonale sykehus.

Voldgift Det forhold at partene frivillig overlater avgjørelsen av en tvist til andre personer eller institusjon. Voldgift er en form for privat rettergang. Partene kan selv bestemme hvem som skal være dommere. Voldgift er vanlig innen forretningsverdenen, da en kan løse saken for lukkede dører. En voldgiftsdom kan som hovedregel ikke ankes.

Votering Avstemning. Åpen eller skriftlig. Se «prøvevotering».

Votum Stemmegivning, meningsytring.

Yrkesforening Yngre legers forening (Ylf), Norsk overlegeforening (Of), Allmennlegeforeningen (Af), Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS), Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf), Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) og Praktiserende spesialisters landsforening (PSL).

Ytringsrett Grensene for ansattes ytringsrett må avgjøres konkret etter arbeidsforholdets karakter, hvilke forhold som bringes fram og i hvilken form ytringene fremsettes. Leger har rett og plikt til å delta i den alminnelige samfunnsdebatt, også om forhold som vedrører arbeidsgiver, spesielt hvis dette er stat, fylkeskommune eller kommune. Det må imidlertid forventes at eventuell kritikk mot egen arbeidsgiver først fremføres gjennom egen organisasjon (linjevei) og at denne opphører dersom kritikken blir gjenstand for en seriøs vurdering.

Årsberetning

Rapport om foreningens virksomhet i det forløpne år.

Årsmøte

Åpent møte for alle medlemmene. Årsberetningen og andre saker behandles.

Mitt funn

Leiv Otto Watne disputerte 28. november 2014 for graden PhD ved Universitetet i Oslo med avhandlingen «Delirium in hip fracture patients - consequences, prevention strategies and pathophysiological mechanisms».

Kva var bakgrunnen for prosjektet? Pasientar med hoftebrot er blant dei mest skrøpelege pasientane på eit sjukehus. Gjennomnitsalderen er høg og i tillegg til brøtet er det mange som har fleire kroniske sjukdomar. Underernæring, polyfarmasi, demens og delirium («akutt forvirring») er vanleg. Sagt med andre ord: pasientar med hoftebrot er ofte ein «typisk» geriatrisk pasient. Rundt om i verda har det dei siste tiåra difor vorte stadig vanlegare at ortopedar og geriatarar samarbeidar i behandlinga av pasientar med hoftebrot. Ein slik samarbeidsmodell kallast «ortogeriatriske». Det finnast mange ulike ortogeriatriske modellar; alt frå ein enkel modell der ein geriater er med på visitt på ortopedisk avdeling nokre dagar i veka, til eigne ortogeriatriske sengepostar der ortopedar og geriatarar dagleg samarbeider. Ein manglar kunnskap om kva modell som er mest effektiv.

Mellom juni 2008 og januar 2012 var det på OUS - Ullevål ein ortogeriatrisk modell der pasientar innlagt med hoftebrot hadde heile sjukehusopphaldet (utanom operasjonen) i geriatrisk avdeling. Denne modellen hadde kapasitet til å ta imot halvparten



av pasientane med hoftebrot som vart innlagt ved sjukehuset; dei som ikkje fekk plass i geriatrisk avdeling vart behandla i ortopedisk avdeling. Frå september 2009 vart fordelinga av pasientar mellom avdelingane gjort randomisert, og dette vart mitt doktorgradsprosjekt.

Kva er ditt viktigaste funn?

Primærendepunktet i studien var kognitiv funksjon fire månader etter hoftebrotet. Bakgrunnen for å velge dette som endepunkt var at a) delirium er svært vanleg blant pasientar med hoftebrot, men kan la seg forebygge og b) delirium kan føre til forverring av kognisjonen på sikt. Imidlertid var det like mange pasientar (om lag halvparten) som fekk delirium både på geriatrisk og ortopedisk avdeling. Det var heller ingen forskjell i kognitiv funksjon fire månader etter brotet. For pasientar som budde heime før brotet, såg det imidlertid ut som om mobiliteteten fire månader etter brotet var betre hos pasientar som vart behandla i geriatrisk avdeling.

I tillegg til å undersøke effekten av organisering av behandlinga av hoftebruddpasientar, var ein viktig del av prosjektet å undersøke patofysiologien ved delirium. Hoftebruddpasientane blir ofte operert i spinalbedøvelse, og i forbindelse med denne vart det tatt ut nokre dråper spinalvæske ekstra som ein tok vare på. Sidan delirium openbart er noko som påvirkar hjernen, er spinalvæske svært verdifull sidan analyser av denne kanskje kan gje nokre

svar på kva som skjer i hjernen. Vi har allereie gjort nokre analyser, og har planar for mange fleire.

Korleis vart du engasjert i dette prosjektet?

Eg jobba som lege i spesialisering ved geriatrisk avdeling, Ullevål og vart spurt av professor Torgeir Bruun Wyller (min hovedveileder) om eg ville starte som stipendiat.

Hadde du dette som fulltidsstilling?

Eg hadde heile tida ei viss klinisk stilling ved sida av. Dette varierte frå 25 til 50 %. Dette har eg vore veldig nøgd med, men det er frustrerande at om ein jobbar mindre enn 50 % stilling klinisk, så teller ikkje dette i spesialiseringa.

Kva har du tenkt å gjere i tida framover?

Eg har vore så heldig å få midlar til post doc i tre år gjennom ei tildeling frå Nasjonalforeningen for folkehelsen (midlar samla inn i TV-aksjonen 2013). Dette prosjektet er eit samarbeidsprosjekt mellom forskarar med bakgrunn i basalfag og klinikk, og blir leia av professor Farrukh Chaudhry (institutt for medisinske basalfag). I dette prosjektet skal vi fokusere på patofysiologiske mekanismer på molekylært nivå i utviklinga av delirium, og ikkje minst prøve å forstå noko om samanhengen mellom delirium og demens. I tillegg håpar vi å kunne identifisere biomarkørar som er assosiert med delirium og/eller demens.

Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com



Marit H. Christiansen

marit.h.christiansen@gmail.com

Prosjekt grunnutdanning

Kva treng ein som lege i 2030?

Før du les vidare, ta eit minutt og kikk inn i di indre krystallkule. Legg til grunn oppgåvegledning, pasientmedverking, medisinen si rivande utvikling, kortare arbeidstid, informasjonsoverflod, ny spesialitetsstruktur, ny sjukehusstruktur, eldrebølge, samhandlingsreform, antibiotikaresistens, og så vidare....

Ferdig sett?

Eindelig vert etterlyst i helsevesenet i dag: kommunikasjonskunne og heilskapstenking. Ser ein etter på studieplanane er dette dekt i alle studieplanar, så kvifor ser vi det ikkje igjen i helsevesenet?

Eg skal vente litt med å forsøke å svare på spørsmåla, og gå ein liten omveg med å forklare kvifor det er satt ned ei prosjektgruppe som ser på grunnutdanning.

Legeforeninga organiserer 97% av alle legar, og det er sjølv sagt at vi er involvert i og interessert i utdanning. I tur og orden har vi sett på turnustenen, legespesialistane si etterutdanning, og spesialitetsstruktur. Grunnutdanninga, fundamentet for det vi alle driv med, var på høg tid å ta med. Sentralstyret bestemte våren 2014 at ei prosjektgruppe skulle arbeide med dette, og gav eit relativt vidt mandat. Under teikna vart bede om å leie gruppa, og soleis starta ei spanande reise.

Eg har sjølv sagt som alle legar, studert medisin. Eg var ferdig våren 2005 – ti år sidan i dag. Etter dette har eg med glede undervist studentar - men kva kompetanse har eg til å leie eit slikt prosjekt, har vore spørsmålet? Som utlandsstudent (Dublin) var eg kanskje ikkje eingong kvalifisert til å uttale meg?

Gruppa er satt saman av representantar frå alle dei fire studiestadane i Noreg. To studentar (Trondheim og Oslo) og to legar frå Leger i vitenskapelege stillinger, LVS (Tromsø og Bergen). I tillegg har vi bistand frå fagavdelinga i Legeforeninga sitt sekretariat, folk som sit på kompetanse og historie langt utover det dei fleste andre kan komme med. Vi har sjølv sagt òg ei referansegruppe, der både yrkesforeningane og dei fagmedisinske foreningane er representerte. Så langt om kven vi er.

For å ta enda eit steg tilbake: Kvar gong eit medisinstudium skal reviderast trer fagmiljøet til arbeid. Konklusjonen er at den medisinske kunnskapen veks.

I januar kunne vi lese om «den nye ekspertlegen» i Aftenposten, Watson, eit dataprogram (1). Kvart år vert det

publisert ein million - 1,000,000 – nye medisinske artiklar (Aftenposten seier ikkje noko om alle desse er peer reviewed), ein må lese døgnet rundt i 57 år for å rekke gjennom dette.

Skal ein kikke i krystallkula for å sjå kva ein lege må kunne i framtida er det ikkje berre «lese fortare».

Tida der ein kjem ut frå medisinstudiet med ein kunnskaps-pakke som i seg sjølv er nok til å praktisere som lege er forbi. Ein må sjølv sagt ha ein kunnskaps-pakke (at det er samanheng mellom puls og blodtrykk og kva dei indre organa faktisk gjer bør finnast her, td), men òg verkty til å komme seg vidare. Kontinuerleg læring er litt slitt som omgrep, men det er jo det vi driv med. Sjølv har eg brukt ganske mykje tid på å finne eit system for kunnskapshandtering som gjer at eg føler meg trygg på at den kunnskapen eg sjølv finn er trygg å bruke. Eg kan sjølv sagt ha gått på eit særleg dårleg universitet, eller vere treigare enn snittet, men eg trur ikkje eg er åleine om dette.

Gruppa har definert tre aksar vi meiner er verktya ein treng:

- Kunnskapshandtering
- Kommunikasjon
- Veiledning, supervisjon og feedback.

Om du som lesar er godt kjend med dei norske universiteta sine læringsplanar, veit du at der ofte står noko om profesjonalitet. Medisinstudiet er eit profesjonsstudium, ein skal vere profesjonell. Vi meiner profesjonalitet er altomfattande i det ein skal vere som lege, og at det altså ikkje kan puttast inn i ein av aksane. Profesjonalitet går inn i kommunikasjon, vitenskapeleg fundament for det vi gjer, og refleksjon over eigen praksis. Det inkluderer å gje tilbakemelding til kollegaer, dele kunnskap med studentar og pasientar - men er større enn summen av dei tre aksane. Slike inndelingar er jo alltid litt smak og behag, men dette er i alle fall valet vi har gjort.

Så kvar kjem Legeforeninga inn her?

Medisinstudentane formast jo av oss. Vi som har dei med på visitt, poliklinikk, operasjon og vakter. Alle legar driv undervisning, men diverre er vi ikkje alle klar over det. Nesten uansett kva ein underviser på fakultetet vil det vere vanskeleg å få det over i helevesenet, fordi helsevesenet er så stort og vanskeleg å endre. Legeforeninga kan sjølv sagt ikkje endre det åleine,

men vi er i ein betre posisjon til å nå legane som er der ute enn fakulteta. Korleis då? Tja, du les jo dette. Neste gong du har ein student i rommet, hugs at du underviser.

Dei fleste LIS eg har snakka med syns det er moro å undervise. Sjølv syns eg det er veldig kjekt, og ofte nyttig. Ingen betre opning for å spørre i plenum om vi har vald best practice eller det vi alltid har gjort enn at det er student der, til dømes. Mange av møteplassane våre, dei som til tider frå høgare (administrativt) hald vert sett som bortkasta tid, er òg gode studentarenaer. Morgonmøtet, onkologimøter, vaktrapporten, internundervisning – alle fora der legar kjem saman og diskuterte fag er potensielle undervisningsarenaer. Helst bør det vere så stor takhøgde at det uansett er legitimt å spørre «kvifor gjer vi det slik?». Ja, eg hevder at det er noko «in it for us».

Eg har sagt litt om kunnskapshandtering, la meg òg sei litt om dei to andre aksane.

Lat meg starte med veiledning og feedback. Personleg har eg vel aldri syns eg har fått veldig bra feedback. Det er ikkje det at eg treng å høyre at eg er superfink, eller at eg er superdårleg (ok, då vil eg gjerne vite det), eller at eg er flinkare eller dårlegare enn Janne eller Hanne eller Anna. Det hadde berre vore kjekt i starten å vite om eg klarer meg sånn høveleg, at eg er sånn passe midt på treet. Kva eg bør fokusere meir på når eg gjer sectio, om eg knyt riktig, om eg gjer deg heilt fullstendig sjøsjuk når eg held kameraet og du prøver å fjerne den uterusen laparoskopisk. Det er akkurat det studentane etterlyser òg. Dei ynskjer tilbakemelding som ein integrert del av utdanninga. Blir den det, kan studentane vite om dei når når læringsmåla som er sett. Slik er det òg for legar som er i utdanning høgare opp i systemet. Det er vel slik for alle legar, vil eg tru. Ein er jo heller aldri utlært. Om vi blir flinkare til å gje studentar tilbakemelding, fell det seg kanskje meir naturleg på andre områder òg? Og om vi får meir tilbakemelding i kvardagen, kanskje blir det ikkje like stor terskel i dei veldig vanskelege sakene, der alle veit at kollegaen ikkje egner seg, alle unntatt ho det gjeld.

Veiledning er noko anna enn den reine supervisjonen. Det går meir på refleksjon og evne til å kunne stille spørsmål kring teoretiske og etiske grunngevingar for dei val ein tek som lege. Målet med veiledning er at ein blir fagleg trygg og meir sjølstendig i legerollen. Samtalane med ein meir erfaren kollega kan gje rom for å drøfta alt frå obligatoriske kurs som vanskeleg let seg gjennomføre, til krevjande pasientar som ein føler tek for mykje tid. Veiledning kan sjåast som kvalitetssikring av utdanninga. Ikkje som ein teljekant som kan sjåast utanfrå, men som eit indre system i systemet for å alltid bli betre. Refleksjon legg til å kunne sjå føresetnader og avgrensingar i kunnskapen: Nesten all kunnskap kan endrast av kontekst. Den pasienten som vanlegvis bør handsamast poliklinisk, men som fastlegen i skrivet forklarar mellom linjene har dårleg sjølvomsorg, blir unntaket som må leggest inn.

Begge desse elementa, ofte to sider av same sak, knyt oss til den akademiske tradisjonen. Vi er jo meir enn barteskjærarar.

Kommunikasjon

Kommunikasjon er altomfattande. Skriftleg, munnleg, med pasientar, pårørande, legar, sjukepleiarar, ikkje-helsepersonell, og så vidare. Ein annan del her er det usagte; reglane i akuttmottaket, dei faste plassane på previsittrommet eller morgonmøtet. Gruppa trur det kan vere lettare å lære om studentane får vere lengre på kvar plass. (Her har vi støtte frå Torsten Risør som i sin PhD (Why don't we take a look at the patient) skriv at turnuslegar lærer betre når dei er på samme avdeling over tid.) Du slepp å leite etter kvar du skal vere, du kan rutinene, og du veit kven du bør vere med på kva.

Det er eit paradoks at medisinstudiet framleis i stor grad baserer seg på pasientkontakt på sengepost. Pasientane er jo i allmennpraksis, på poliklinikken og dagkirurgen. Og hjå avtalespesialistane. Om Per og Pål og Pelle skal vere fire veker på mi avdeling, ser eg når Per ikkje er der på onsdagen. Det er òg lettare å la Pelle gjere GU på dama med angst og depresjon når han har vore med meg på poliklinikken tre gonger før, og eg veit at han klarer dette fint.

Tilbake til pasientmangelen, den opplevde altså. Studentane må ut i allmennpraksis. Dei bør vere på sjukeheim, sjølv om sjukeheimspasientar er multimorbide og komplekse. Dei bør vere i avtalepraksis, der ein erfaren spesialist ser pasientgrupper vi nesten ikkje ser i det offentlege helsevesenet. Og korleis får vi så det til? Pengane må nok i større grad følge studenten. Og undervisning må få høgare status. Vi jobber i eit tellekantsystem, for å honorere undervisning tel vi publikasjonar. Det er mange som publiserer mykje som er flinke til å undervise, men det er òg ein del som er veldig flinke til å undervise som ikkje publiserer.

Har du ansvar for smågruppeundervisning og det er vakan-svakt, blir den oftast di. Eg seier ikkje at pasienten ikkje skal komme fyrst, men undervisning er jo vedlikehald av helsevesenet. Det er dei (og vi) som skal vere legane i 2030. Kanskje burde alle legar ha 80% klinikk, og 20% kvalitetsarbeid? Alt som ikkje får plass i arbeidstida er per definisjon mindre viktig. Prosedyrene som blir skrevne på dugnad. Henvisningene som vert vurderte dels i lunsjpausen, dels på kveldstid. Å jobbe vidare med det du har disputert på, men ikkje fått post-doc-stipend for. Og undervisning.

Om du har fulgt meg heilt hit – kva er budskapet? Jo, hugs at om det er ein student der, driv du undervisning. Fakulteta klarer ikkje endre helsevesenet via dei få som kjem inn kvart år, vi må hjelpe til.

Og - there's something in it for us.

Kilder:

1) <http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/article7859090.ece>



Øyvind Haugen Lie

oyvlie@gmail.com

Fast feste på isen

Landets tillitsvalgte LIS var samlet til høstkurs og tariffkonferanse fra 18. til 20. november 2014 på Hotel Expo på Fornebu. Bakteppet var lagt. Faste stillinger for leger i spesialisering er avtalesfestet i mekling. Johan Torgersen abdiserer og finner husly i Direktoratet. Høyaktuelle saker og samtidigheter lokket en aktiv og engasjert gjeng til Hovedstaden.

President Hege Gjessing og eks-Ylf-sekretariatsleder Bjørn Ove Kvikvik deltok under høstkurset i en seanse kalt «Faste stillinger - veien hit». Her fikk vi et tankevekkende tilbakeblikk i den lange kampen for faste stillinger for LIS. Den største seieren er vunnet, men stadig gjenstår implementeringsarbeid, dimensjonering og evaluering. Vi er i en god posisjon, og skal forvalte den med største nøye. Utfordringer vil dukke opp, og de vil bli håndtert med høyeste prioritet. Mer enn noe annet bærer saken om faste stillinger bud om at tillitsvalgtarbeidet nytter.

Arbeidsbelastning har seilt opp som ett av de store fokusområdene for Ylf. Under tariffkonferansen fikk vi beriket diskusjonen ytterligere gjennom levende innspill, og produktet fra styrets arbeidsmøte tidligere i høst ble spisset. Det er stor enighet om at begrepet omfatter mye mer enn arbeids-

hviletid. Styret får ta jobben videre, og vil spesielt utrede hvilke målbare parametere for arbeidsbelastning som eksisterer.

Kvalitet og valginstruks

Ylf har engasjert seg i kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Under diskusjonen utkrystalliserte det seg et spesielt fokus på kvalitet i spesialiseringen. Styret ble gitt mandat til å videreføre kvalitetsarbeidet i den retningen Landsrådet skisserte.

Etter valget av Ylf-styre i 2013 avstedkom en diskusjon om hvorvidt gjeldende valginstruks ivaretar bred representasjon etter formålet. Begge kjønn og alle helseregionene bør være representert i styret. Etter årsmøtet i 2014 ble styret bedt om å utrede alternative valginstrukser og deres evne til bedre å ivareta representasjonen. Styret satte ned utvalget SALIG2,

og utredningen ble presentert på Tariffkonferansen. Saken ble debattert og videre belyst gjennom benkeforslag. Da det kom til avstemning, vedtok Landsrådet at det per nå ikke er grunnlag for å endre valginstruksen.

Torgersen takket av

Forenende rekreasjon hører med når Ylf er samlet. Denne gangen fikk Snarøyhallen og nasjonalskatten Dordi Norby ta imot et busslass glattskodde curlingleger. Her avstedkom en uvanlig fornøylig seanse med store grasiøsiteter og nervøse sistestener.

Under festmiddagen fikk vi også nyte celebrert åsyn. Presidenten hadde følge av leder av Allmennlegeforeningen Kari Sollien, og Jon Helle, Visepresident og leder av Overlegeforeningen. Dette var Johan Torgersen sitt siste Ylf-møte, og store deler av kvelden var viet til å markere hans fenomenale innsats for Ylf og Legeforeningen. Vi fikk også god anledning til å ønske Marit Halonen Christiansen velkommen som ny leder. Marit er en stor kapasitet i Legeforeningen, og har gjennom sine verv som foretakstillitsvalgt, sentralstyremedlem og Ylf-nestleder gått den beste skole for å gjøre en framifrå jobb som «Leiar». Heia!

Foto: Hanne Valeur, Renee Hankin



LISBUP

Skal vi få gjennomslag for hva vi opplever som behov for endring, må vi organisere oss og bygge nettverk. Vi har nylig startet en forening av og for leger i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri - LISBUP.

Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har kommet en lang vei siden Norge fikk sin første BUP-poliklinikk i 1955 med Barnevern klinikken i Tønsberg. Det aller siste fylket som fikk sin poliklinikk, var Nord-Trøndelag i 1986. I boken *Da barnepsykiatrien kom til Norge* av Einar Moe og Hilchen Sommerschild, kan vi lese om beretninger fra pionertiden. Psykiaterne måtte da være både entreprenører (til tider helt konkret ved å male og pusse opp lokalene), klinikere og teoretikere. Det var en håndfull ildsjeler som startet denne jobben, og initiativ i de ulike fylkene kom fra forskjellige hold. Det var sykehusleger, voksenpsykiatere, psykologer, og ansatte i barnevernet m.fl.

Deres felles mål var å bygge opp et sårt tiltrengt behandlingstilbud til barn og unge, noe de lyktes med, skulle det vise seg. Fra å være noen få barnepsykiatere i vårt langstrakte land, har vi nå over 500 medlemmer i Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF). Av disse er omlag halvparten godkjente spesialister i barne- og ungdomspsykiatri. Vi er fortsatt en liten forening, men en forening med stabil vekst.

Hva gjør en barne- og ungdomspsykiater?

En barne- og ungdomspsykiater jobber i spesialisthelsetjenesten i poliklinikker, sengeposter og private praksiser. Et økende antall barneavdelinger ser behovet for ha ansatt barne- og ungdomspsykiatere knyttet til den somatiske virksomheten. Den mest kjente varianten er «Consultation Liaison» (CL), hvor en

psykiater jobber fast ved en avdeling for somatiske sykdommer. Uansett hvor en barne- og ungdomspsykiater jobber, står differensial diagnostikk opp mot somatiske tilstander sentralt, med barnelegene som våre nærmeste allierte.

Vi jobber ofte med barn og ungdom med psykiske lidelser, eller betydelige livsvansker som ikke tilfredsstillende kriterier for noen diagnoser. Deres vansker forstås best ut fra forhold i deres livssituasjon. På samme måte som menneskets kropp, sjel og sosiale liv er uatskillelige, kan ikke psykiatriske problemer løses ved å ta for seg bare én side. Derfor legger moderne psykiatrisk behandling vekt på å kombinere både psykoterapi, medisiner og pedagogiske og sosiale tiltak.

Mye av det ungdomspsykiatriske arbeidet går ut på å bearbeide og lette konflikter mellom den unge og foreldrene på den ene siden, og mellom den unge og skolen på den andre. Innad i familien er de voksnes roller viktige. Familiedynamikken har stor betydning for de unges mentale helse, velvære og utvikling. Når foreldre fungerer i sine roller, gjennom støtte og oppdragelse, danner de gode modeller som de unge kan strekke seg etter i sin egen utvikling.

Når et barn eller en ungdom blir henvist til BUP fra de kommunale tjenestene, opprettholdes de kommunale tjenestenes oppfølgingsansvar. Samarbeid og avtaler om oppgavefordeling med henvisende lege/barneverntjeneste og andre kommunale instanser er derfor en viktig del av BUPs oppgaver og utfordringer.

Hvordan opprette egen LIS-forening?

En LIS-forening er underlagt moderforeningen (i vårt tilfelle den fagmedisinske foreningen NBUPF), og er ikke en uavhengig høringsinstans. Dvs. som LIS-forening har vi ingen offisiell stemme utad, men kan være med å bidra til hørings svar som NBUPF utarbeider.

Det må fremmes et forslag for å opprette en slik forening på årsmøtet, som vanligvis er høyeste organ i en fagmedisinsk forening.



Interimstyret foran Legenes Hus, f.v. Judeson Joseph (leder, og LIS-representant i spesialitetskomiteen i BUP), Guri Strøyer Arnesen (økonomiansvarlig), Christine Gjerding (styremedlem), Ole Andreas Hovda (styremedlem både LISBUP og NBUPF). Line Hartveit Jonassen (styremedlem) ikke tilstede.

Alle fagmedisinske foreninger har egne årsmøter på forskjellige tidspunkter på året. I NBUPF avholdes ordinært årsmøte under de såkalte BUP-dagene. På årsmøtet i NBUPF 2014 ble det bestemt at det skulle opprettes en underforening for utdanningskandidater. Valgkomiteen var rask med å rekruttere leger i spesialisering fra hele landet til et interimstyre, og det ble avsatt et tentativt budsjett i NBUPFs hovedbudsjett. Slik ble LISBUP til.

Foreløpig har vi et interimstyre, og de som sitter der vil sitte frem til neste årsmøte/BUP-dagene i Drammen i april 2015, når et demokratisk valgt styre kommer på plass. Utfordringene har vært bl.a. å finne treffpunkt for møter når de enkelte medlemmene jobber hhv i Bergen, Gjøvik, Moss og Tromsø. Dette har vi stort sett løst med telematikk møter på ettermiddag og kveld, med noen få møter ansikt til ansikt. Man kan vel trygt si at videokonferanser har gått fra å være en utfordring til ett av våre viktigste arbeidsverktøy.

Legeforeningen sentralt oppfordrer til å opprette LIS-foreninger, og foreløpig finnes det bare noen få. Foreningen for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrik (FUGO) har lenge vært den eneste og mest aktive av LIS-foreningene (sist omtalt i YLF-forum Nr. 5 des 2014). Vi har lært mye av FUGO, og ser hvor viktig det er at vi lærer av hverandre i startgruppen av nye foreninger.

Hva kan en LIS-forening som LISBUP utrette?

Vi vet at det sitter LIS rundt om i det ganske land med ønsker om endring i alt fra organisering av avdelingen der vi jobber, til fremgangsmåten i klinikkhverdagen. Uansett om man er helt forsk eller erfaren i faget, eller om man har med seg erfaringer

fra andre spesialiteter eller arbeidsplasser, så har vi alle med oss nye tanker og ideer, som kan utfordre den etablerte sannheten og måten man gjør ting på. Mange føler nok en frustrasjon over at potensialet for endring og forbedring ikke utnyttes godt nok. LIS i BUP er nok ikke alene i å tenke slik, det gjelder andre spesialiteter også. Skal vi få gjennomslag for hva vi opplever som behov for endring, så må vi organisere oss og bygge nettverk. En LIS-forening som LISBUP, mener vi har stort potensiale for å være en effektiv endringskatalysator.

Rekruttering til verv innenfor fagmedisinske foreninger og Legeforeningen vil bli enklere med en LIS-forening. I interimstyret i LISBUP, har et medlem en plass spesialitetskomiteen og et medlem en plass i NBUPF-styret. En slik konstellasjon er også ønskelig fremover.

Hvis vi retter blikket utover landets grenser, så finnes det også internasjonale LIS-foreninger og nettverk. Innen psykiatri og BUP er «European Federation og Psychiatric Trainees» (<http://EFPT.eu>) en velfungerende og uavhengig nettverk/forening. Foreningen har interesser og manifest som vi kan identifisere oss med. De har i tillegg lagt til rette for utvekslingsprogram i hele Europa. Her kan man nærmest med et tasteklikk melde seg på en tidsbegrenset utvekslingsperiode i land fra Danmark i nord til Tyrkia i sør, og fra Kroatia i øst til Portugal i vest.

Verv i en LIS-forening er et annerledes fagforeningsarbeid som vi deler med mange engasjerte kolleger i fagforeningen vår, og som er både interessant og morsomt. Denne opplevelsen unner vi flere. I fremtiden håper vi å kunne jobbe side om side med flere LIS-foreninger og engasjerte kolleger, og med Ylf og Legeforeningen, mot egne og felles mål. Sammen.



Heidi Espvik

heidi.johanne.espvik@
ahus.no

Likemannstilbud for bedre helse

Hvordan skal vi nå fram med opplysning og testing av hiv til de som ikke oppsøker helsevesenet selv? Helseutvalget for bedre homohelse har siden 2012 drevet tilbudet Sjekkpunkt – et likemannsdrivet tilbud om informasjon og hivtesting for menn som har sex med menn.

Forskning viser at tiltak drevet av helsepersonell når færre personer enn tiltak drevet av likemenn. I gruppen menn som har sex med menn (MSM) er det aller viktigste å senke terskelen for å teste seg, slik at man når flere og kan gi behandling og forebygge smitte.

Eirik Pettersen er lege i spesialisering i infeksjonsmedisin på Ahus og medarbeider på Sjekkpunkt.

Fortell hvordan det hele startet!

– Helseutvalget har jobbet for å få til en anonym teststasjon i flere år. Prosjektet møtte motstand i oppstarten, det var skepsis til et tilbud drevet av likemenn som ikke nødvendigvis er helsepersonell. Mange lurer på om vi kan gi like god informasjon om hiv i en sauna som på et legekontor, men jeg tror ikke det er faktakunnskapen som er det viktigste når du skal fortelle noen at en test er positiv. Det er viktigere med de enkle tingene: De trenger å få høre at dette går bra! «Har du noen du kan snakke med nå? Hva skal du gjøre videre i kveld?» Det må man ikke være lege for å formidle. Jeg jobber sammen med folk med og uten erfaring fra helsesektoren, men alle som jobber som testpersonell er MSM og har noen av de samme erfaringene som gjestene våre. Da slipper de å forklare så mye eller å «komme

ut», som de ofte må i helsevesenet ellers. Terskelen blir lavere. Vi er også opptatt av å være der folk er – vi driver oppsøkende virksomhet. Det skal være enkelt å teste seg.

– Erfaringene våre viser at dette fungerer godt. Vi når mange som enten aldri har testet seg eller som ikke har testet seg på mer enn tre år. De som tester positivt, tar kontakt med helsevesenet. Som infeksjonslege ser jeg også at compliance på antivirale medisiner er god uansett livsstil ellers.



FOTO: HEIDI ESPVIK

Hvordan reagerer folk på en hiv-diagnose?

– Det er hele spekteret av reaksjoner; noen får en sterk reaksjon, andre ikke. Alle er opptatt av å ikke smitte andre. Vi har en buddy-tjeneste som er et tilbud til nydiagnostiserte om å snakke med andre hiv-positive.

Hvilket tilbud har Sjekkpunkt?

– Vi har en fast teststasjon i Skippergata i Oslo onsdager og lørdager, og så stiller vi opp på møtesteder for MSM som utesteder, cruisingområder og sauna. Vi har begynt å teste i Bergen, og skal også starte opp i Trondheim og Stavanger. På teststasjonen tilbyr vi samtale og gratis hurtigtest for hiv og syfilis. Vi tester ikke for andre sykdommer fordi det ikke finnes gode hurtigtester. Hurtigtesten tar noen minutter, og du får svar umiddelbart. Vi er unntatt fra journalplikten, slik at vi kan teste anonymt. De som tester positivt på hiv, sender vi til Ullevål og de som tester positivt på syfilis til Olafiklinikken. Hvis de ønsker kan de få følge til lege av én av oss som jobber i prosjektet.

Hva er din rolle?

– Jeg sitter i styret i Helseutvalget, og da vi fikk godkjenning til å starte opp testing involverte jeg meg i prosjektet. Jeg driver opplæring av nye frivillige og er med på teststasjoner, særlig på sauna og utesteder. Det neste prosjektet vi jobber med, er en ordning slik at folk kan teste seg hjemme med tilsendte tester.

– Til slutt vil jeg komme med en oppfordring: Vi trenger flere frivillige, særlig i Bergen, Stavanger eller Trondheim, så hvis noen kunne tenke seg å bidra, ta kontakt via Helseutvalget.no.

NY SPALTE: NOE LITT PÅ SIDEN

Ylf har cirka 8500 medlemmer. Felles for dem alle er at de er utdannet leger. Ut over det driver de med mange ulike ting. Her intervjuer vi Ylfere med hobbyer, interesser eller engasjementer litt utenom det vanlige. Tips oss gjerne om aktuelle intervjuobjekter!



Hanne Støre Valeur

Ytringsfrihet og lojalitet

Terrorangrepet mot Charlie Hebdo-redaksjonen i Paris i begynnelsen av januar ble utgangspunkt for en samfunnsdebatt om ytringsfrihet. På NRK Ytring skrev Knut Olav Åmås, leder for «Fritt ord», en interessant kommentar om hvordan det egentlig står til med ytringsfriheten i Norge (1). Han påpeker det manglende vernet for varslere som én av de største truslene mot ytringsfriheten, og trekker frem helsevesenet som en «versting» i så måte: «Det finnes for eksempel en sterk taushetskultur i helsevesenet. Dette har ført til et manglende system for å melde avvik og rette opp feil, som igjen utsetter pasienter for unødvendig risiko. Den omfattende ukulturen blomstrer. Læringsevnen er for liten i store deler av Helse-Norge.»

Mange kan nikke gjenkjennende til denne beskrivelsen. Hva skyldes en slik taushetskultur? Strekker lojalitetsplikten til arbeidsgiver seg lengre i helsevesenet enn i andre bransjer? «Leger blir truet til taushet,» uttalte Johan Torgersen, daværende leder i Ylf til Dagsavisen sommeren 2014 (2) og viste til undersøkelser hvor leger rapporterer at de unngår å varsle kritikkverdige forhold i frykt for sanksjoner. I så fall er det ikke snakk om misforstått lojalitetsplikt, men en taushetskultur basert på frykt. Da sitter vi igjen med en kultur hvor varsling og melding av kritikkverdige forhold bunner i den enkeltes svar på dette ubehagelige spørsmålet: Er det lojaliteten til pasientene eller lojaliteten til egen økonomisk sikkerhet og videre karriere som veier tyngst?

1. Åmås KO. Ytringsfrihet understreket press. NRK Ytring 21.01.15 <http://www.nrk.no/ytring/ytringsfrihet-understerkt-press-1.12163764>

2. Bergo AO. Leger blir truet til taushet. <http://www.dagsavisen.no/innenriks/leger-bli-truet-til-taushet-1.284541>

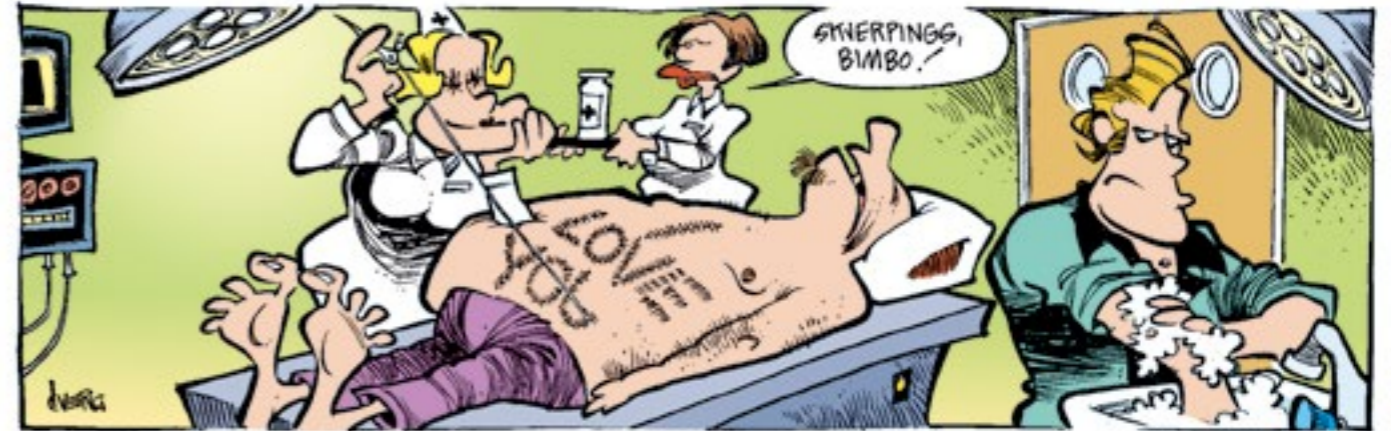
SYKEHUSPOESI



Kaffe
Når morgenen gryr og personsøkeren er stille for en stund stjeler vi en kopp kaffe på statens regning.

Berørt
Jeg var der da du var nyfødt og mistet moren din. Du vet jo ikke at også jeg gråt.

Plutselig
”Det kommer til å gå bra.”
Plutselig tok jeg helt feil.





Ylfs årsmøteseminar og årsmøte

14.-16. april 2015

Ylfs årsmøteseminar og årsmøte avholdes i perioden 14.-16. april 2015

på Thon Hotel Opera i Oslo.

Se www.ylf.no for invitasjon og program.

Valg i Yngre legers forening 2015

Valgperioden for sentrale verv i Ylf er 2 år.

På årsmøtet i Oslo 14.-16. april vil det bli avholdt valg.

Valgkomiteen i Ylf arbeider for å finne gode kandidater til sentrale verv i foreningen. Det skal velges leder, nestleder og styremedlemmer til Ylf-styret, samt redaktør i Forum for yngre leger, medlemmer til valgkomite, desisorer og medlemmer til Ylfs landsråd og Ylfs representanter i Legeforeningens landsstyre.

For utfyllende opplysninger om valg i Ylf vises det til Ylfs lover og valginstruks på www.ylf.no

Valgkomiteen skal ha klar kandidater senest 2 uker før årsmøtet avholdes.

Alle medlemmer i Ylf kan foreslå kandidater til verv og oppfordres med dette til å gjøre det. Valgkomiteen ønsker innspill innen 15. mars 2015.

Valgkomiteen i Ylf består av:

Lars Kåre Kleppe, leder
larsklep@online.no
mobil: 90524746

Margido André Husvik
margido@gmail.com
mobil: 93016895

Ingrid Alm Andersen
Andersen.Ingrid@mayo.edu

Foto: Chell Hill