

LEGEKUNSTEN

NR 2 / 23 33 ÅRG.

MEDLEMSBLAD FOR PRAKTISERENDE SPESIALISTERS LANDSFORENING

Fryser hjemler som følge av rekrutteringsutfordringer i Helse Vest

side 6

Helsepersonellkommissjonens
rapport side 8

Regler for senioravtale og råd for å
forebygge konflikt side 14



Lege eller bedriftsleder?

TrinnVis er et moderne, nettbasert styrings- og kvalitetssystem laget av norske leger, i samarbeid med Legeforeningen.

TrinnVis hjelper deg med alt som kreves for å drive egen praksis: tydelig ansvarsfordeling, oversikt over bemanning, HMS, datasikkerhet, utstyrskontroll, avvik og mye annet.

TrinnVis gjør det mulig å være *både* lege og bedriftsleder.

TrinnVis samarbeider med Legeforeningen og PSL. Foreningene bidrar til den kontinuerlige utviklingen av TrinnVis, og alle medlemmer får 30% rabatt. Som PSL-medlem får du nå også gratis etablering når du oppretter TrinnVis-abonnement innen utgangen av juni.

INNHOOLD

NR 2 • 2023

04 Brev fra PSL-leder

05 Redaktørens ord

NYHETER/AKTUELT

06 Fryser hjemler som følge av rekrutterings utfordringer i Helse Vest

08 Helsepersonellkomisjonens rapport

10 Skal øyeleger i avtalepraksis fortsatt kunne tilby individtilpasset moderne kirurgi for grå stær?

13 Praksis bør være lik innenfor alle offentlig finansierte ordninger

14 Regler for senioravtale og råd for å forebygge konflikt

18 Medhold i sak om koronakompensasjon

20 Kvinnehelseutvalgets NOU: Vi har oversett den store forskjellen

22 Praksisbesøk: Avtalespesialisten som gikk helprivat

25 Kommunikasjon og myter i pasientbehandling

28 Ny kritikerrost diktsamling fra øyelege og avtalespesialist Jon Ståle Ritland

30 Nytt styre i PSL

32 Norsk Helsenett SF legger ned e-posttjenesten i Helsenettet

FORENINGSDATA

33 Oversikt over styret, sekretariatet og tillitsvalgte

34 Nytt fra Samarbeidsutvalgene

36 Administrasjonskurs og årsmøte 2024



UTGIVER

Praktiserende Spesialisters
Landsforening

ANSVARLIG REDAKTØR

Lene Sjøgaard Gloslie
lene.gloslie@legekunsten.no
T: 984 77 368

REDAKSJONSRAÐ

Erik Dyb Liaaen
Tor Grøndahl
Alexander Stefou
Pål Alm-Kruse

BIDRAGSYTERE I DENNE UTGAVEN

Kjell U. Sandvig
Erik Dyb Liaaen
Siri Næsheim

FORSIDE:

Foto: Canva Pro

ANNONSER

Aksell AS
Birgitta Lindahl
birgitta.lindahl@aksell.no

1/1 side: 11 800,- eks mva
1/1 side – bakside: kr. 13 800,- eks mva
1/2 side: 6 800,- eks mva
1/3 side: 4 800,- eks mva

UTGIVELSESDATO:

1-2023 15. mars
2-2023 15. juni
3-2023 15. september
4-2023 15. desember

MATERIELLFRISTER:

1-2023 15. februar
2-2023 15. mai
3-2023 18. august
4-2023 15. november

GRAFISK DESIGN

Emma Alexander Lind
Aksell AS

LEGEKUNSTEN

Medlemsblad for
Praktiserende Spesialisters
Landsforening (PSL)

Kjære kollegaer!



Takk for sist til dere som deltok på årsmøtet og administrasjonskurset i Trondheim i april. Vi er glade for at det ble et vellykket arrangement med svært god oppslutning. Hele 170 deltakere tyder på at interessen og engasjementet blant våre medlemmer er høyt. Programmet var bredt og interessant, og dekket viktige temaer for næringsdrivende legespesialister. Vi fikk muligheten til å utveksle kunnskap, dele erfaringer, møte kollegaer og diskutere aktuelle utfordringer i hyggelige omgivelser.

En viktig begivenhet under årsmøtet var valget av nytt styre. Etter seks år i styret gir jeg nå stafettspinnen videre. Jeg er svært glad for å kunne overlate ansvaret til Yngvild Skåtun Hannestad fra 1. september. Hun har vist en stor motivasjon og engasjement for foreningen, og jeg er trygg på at hun vil lede oss videre med stor dyktighet.

Det kommende året ser ut til å bli spennende for spesialisthelsetjenesten. Det er flere ekspertutvalg og utredninger som er underveis, og til høsten kommer den nye Helse- og samhandlingsplanen. Vi er spent på hvilke endringer regjeringen har i tankene for spesialisthelsetjenesten, og vi vil følge nøye med på utviklingen. Det er viktig at vi som praktiserende spesialister utenfor sykehus deltar i diskusjonene og at foreningen jobber aktivt på de relevante arenaer for å ivareta medlemmenes interesser og behov.

Det er også flere andre viktige saker på agendaen. Når dette leses, sitter vi midt i forhandlinger om Normaltariffen og justering av takster for avtalespesialister og fastleger. Det er en utfordrende tid med betydelig økte kostnader for næringsdrivende leger. For at næringsdrift skal være en god modell for spesialistpraksis er det viktig at de økonomiske forutsetningene ligger til rette og at finansieringssystemet utvikles i tråd med dette.

Jeg vil også nevne innføring av felles henvisningsmottak og rettighetsvurdering i psykisk helsevern. Innføringen skrider fremover i de fleste regioner, og stadig flere psykiatere blir involvert i dette. Flere steder går arbeidet svært godt, men det har vært noen skjær i sjøen. Vi erfarer at det er svært viktig at det etableres gode lokale prosjektgrupper der avtalespesialistene involveres. Det har også vært utfordrende at man i enkelte helseregioner har valgt å sette i gang innføring uten at IKT-løsningene er gode nok. Prosjektet

innebærer imidlertid nybrottsarbeid, og med fleksibilitet fra både RHF/HF og avtalespesialistene har vi tro på at man kan finne gode løsninger og legge til rette for styrket samarbeid mellom lokale DPS og avtalespesialistene.

Det har vært en ære å få være leder i PSL. Jeg har lært utrolig mye og blitt godt kjent med mange dyktige tillitsvalgte og ansatte i Legeforeningen, samt våre samarbeidsparter i RHF, HOD, Helsedirektorat og Helfo. Jeg har utviklet en større forståelse for det systemet vi er en viktig del av, og verdien av den innsatsen medlemmene i PSL gjør i helsetjenesten. Jeg ser frem til å fortsette å være et aktivt medlem i foreningen og håper å treffe dere på neste administrasjonskurs i Oslo.

God sommer!

*Erik Dyb Liaaen
Leder*

Redaktørens ord



Som redaktør for Legekunsten har det vært en stor glede å samarbeide med Erik Dyb Liaaen, og han er mer enn velkommen til å bidra videre med stoff til Legekunsten selv om han nå har valgt å tre ut av styret.

Det første halvåret av 2023 har vært preget av nyheter og utredninger knyttet til helse- og omsorgssektoren. Helsepersonellkommisjonens rapport "Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste" (NOU 2023:4) identifiserer utfordringer i den norske spesialisthelsetjenesten. Turnover av helsepersonell og en økende tendens til at helsepersonell går over til privat sektor skaper bekymring. Utfordringene er blant annet knyttet til effektivitet, produktivitet, stabilitet og nærhet til pasientene. PSL anbefaler derfor i Legeforeningens høringsvar til Helsepersonellkommisjonens utredning at avtalespesialistordningen blir videreutviklet og utvidet som en viktig del av en utdrettet spesialisthelsetjeneste som er nærmere pasientene.

En av hovedartiklene i denne utgaven omhandler Helse Vest sin beslutning om å ikke lyse ut hjemler i psykiatri, men fryse disse for tre år. Dette begrunnes med utfordringer med å beholde og rekruttere fagpersoner innen psykiatri og psykologi i helseforetaket, og spesielt i foretaksområdet Helse Stavanger. PSL og Legeforeningen reagerer på at tillitsvalgte lokalt og sentralt ikke er blitt rådspurt i saken, og ser beslutningen som et alvorlig brudd på rammeavtalen. Beslutningen vil

også frata avtalespesialister retten til å få tildelt senioravtale.

Kvinnehelseutvalget overleverte i mars sin rapport "Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse" (NOU 2023: 5), til helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol. Rapporten tegner et bredt bilde av utfordringene knyttet til kjønnsforskjeller, og påpeker negative sider ved den kjønnsnøytrale utformingen av helse- og omsorgspolitikken som råder i Norge. Utvalget mener at kvinners helse og typiske kvinnesykdommer har lav status, noe som påvirker både finansiering og kunnskap. Det foreslås en rekke gode tiltak som utvalget ønsker finansiert gjennom *kvinne milliarder*. I en anstrengt økonomisk situasjon for helse- og omsorgssektoren vil det bli interessant å se hvilken oppfølging rapporten vil få, og hvilke prioriteringer som vil gjøres.

Om ideen til et tema du ønsker å lese om i Legekunsten skulle dukke opp i sommer, eller du ser at tiden er moden for å bidra med en artikkel, er du velkommen til å ta kontakt!

Riktig god sommer til dere alle!

*Lene Sjøgaard Gloslie
Redaktør Legekunsten*

Fryser hjemler som følge av rekrutteringsutfordringer i Helse Vest

Utfordringer med å beholde og rekruttere psykologer, psykologspesialister og psykiatere i helseforetaket i Helse Vest, og særlig i Helse Stavanger, har ført til at Helse Vest ikke vil lyse ut hjemler de neste tre årene.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Hilde Christiansen, direktør for medarbeider, organisasjon og teknologi i Helse Vest, begrunner beslutningen med at Helse Stavanger er i en sårbar og alvorlig situasjon når det gjelder tilstrekkelig faglig kapasitet.

– I denne situasjonen ser vi det som nødvendig å sikre tilstrekkelig faglig kapasitet. Det er en prekær situasjon som innebærer at vi ikke kan lyse ut hjemler nå, sier Christiansen.

Manglende involvering

Erik Dyb Liaaen, styreleder i PSL, anerkjenner at rekruttering for disse spesialitetene er en betydelig utfordring, men reagerer på beslutningen om å fryse hjemler, og på manglende involvering av tillitsvalgte lokalt og profesjonsforeningene sentralt i denne saken. Liaaen mener samtidig at beslutningen fra Helse Vest virker lite gjennomtenkt.

– PSL og Legeforeningen har ikke blitt rådspurt i denne saken. Slike saker bør drøftes med lokale tillitsvalgte og i Samarbeidsutvalg. Når det er snakk om å gå ut over Rammeavtalens bestemmelser, slik det er her, vil det være naturlig å også involvere PSL og Legeforeningen sentralt.

Liaaen legger til: – En slik frysing av hjemler vil jo ikke hindre de ansatte i å gå til helprivate og dermed helt ut av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Nå starter man jo også med felles henvisningsmottak og rettighetsvurdering, noe som vil knytte avtalespesialister tettere til

foretakene og gi bedre samarbeid og utnyttelse av ressursene.

Brudd på rammeavtalen

Avdeling for jus og arbeidsliv i Legeforeningen formidler i brev til Helse Vest av 8. mai 2023 at saken, slik den er opplyst, synes å være et alvorlig brudd på rammeavtalen, med potensielt store konsekvenser for PSLs medlemmer.

Det vektlegges samtidig at: "Rekrutteringsutfordringer til psykiatriske institusjoner kan ikke møtes med å strupe/bygge ned en annen og helt sentral del av det offentlige spesialisthelsetestetilbudet."

Brevet henviser til rammeavtalens bestemmelser om rett til overdragelse i § 11.2, og formålet med hovedregelen om videreføring av praksis i § 11.1 annet ledd, som nettopp er å sikre forutsigbare rammer for praksisdrift, og samtidig begrense RHFers muligheter til å omdisponere eller inndra hjemler ved fratreden.

Avdeling for jus og arbeidsliv vurderer det slik at bestemmelsen ikke gir adgang til å frata avtalespesialister retten til overdragelse på grunn av rekrutteringsutfordringer. I dette tilfellet vil beslutningen om å fryse hjemler også frata avtalespesialister retten til å få tildelt senioravtale.

Sikre faglig kapasitet og stabilisere fagmiljøene

– Vi må forholde oss til det som er regulert i rammeavtalen, og ingen bestrider forpliktelsene som ligger der. Vi forstår situasjonen også fra Legeforeningens premisser. Det viktigste er imidlertid å sikre til-



Hilde Christiansen, direktør for medarbeider, organisasjon og teknologi i Helse Vest. Foto: Kjetil Alsvik

strekkelig faglig kapasitet i helseforetakene, og å stabilisere fagmiljøene. Det er hovedsakelig ansatte i helseforetakene som er kvalifisert for å tre inn i avtalehjemler. Vi vil derfor ikke utlyse avtalehjemler i en tidsperiode på tre år, og se an hvor lenge dette vil være nødvendig, sier Christiansen, som videre påpeker at Helse Stavanger har sett seg nødt til å stenge en DPS-enhet i Sandnes, og at en ytterligere reduksjon i faglig kapasitet vil svekke tilbudet i Helse Stavanger.

Når det gjelder antall avtalehjemler som vil kunne omfattes av manglende utlysning, eventuelt tilfeller der avtalespesialister i praksis fratras retten til overdragelse eller senioravtale, har ikke Helse Vest konkrete antall på. Det henger sammen med de beslutninger de som er avtalespesialister vil ta de neste årene.

– De som har hjemlene i dag, avgjør selv om de ønsker å fortsette. Om vi ikke har tilstrekkelig faglig kapasitet i helseforetakene, kan utlysning av hjemler ytterligere påvirke faglig kapasitet i helseforetakene, sier Christiansen.



Dronebilde Nye SUS Foto: Helse Stavanger

Rapport om bærekraftig utvikling

Helse Vest vil om kort tid publisere rapport om Bærekraftig utvikling innen psykisk helsevern. Bakgrunnen for rapporten er et behov for å utvikle tiltak som kan bidra til tilstrekkelig faglig kapasitet på kort og lang sikt for helsetjenester innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig, spesialisert behandling for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer (TSB).

– Rekruttering til psykisk helsevern og rus er krevende, både innen voksenpsykiatrien og BUP. Rapporten vil anbefale viktige bidrag for å løfte disse områdene. Målet er å sørge for at tiltakene i rapporten har god effekt, og sikre at de sykeste pasientene får et godt faglig tilbud i helseforetakene, sier Christiansen, som samtidig erkjenner at det vil være ulike synspunkt på det som kommer frem i rapporten.

– Vår utfordring er at vi har for lite faglig kapasitet i helseforetakene. Vi må ta grep for å beholde og rekruttere dyktige medarbeidere, og utdanne et tilstrekkelig antall medarbeidere innen rus og psykiatri. Tiltakene skal bidra til å bygge gode fagmiljø, slik at leger og psykologer foretrekker å jobbe i helseforetakene, at det er givende å jobbe innen psykisk helsevern og rus, og at de blir i stillingene. For å få det til, må vi bidra til robuste, gode fagmiljø og ikke minst et godt arbeidsmiljø, slik at det er mulig å bidra til den langsiktige utviklingen, sier Christiansen.

Øke rekruttering

Den kommende rapporten vil også omhandle organisering av LIS-utdanningen i helseforetakene i Helse Vest, der det foreslås at alle leger i spesialisering i skal ha tredelt LiS1 som et viktig bidrag for å øke interessen for PHV/TSB.

– Vi ønsker også å legge enda bedre til rette for involvering av studenter gjennom studiet, og knytte studentene tettere til foretakene. Mange vet ikke at det finnes en egen spesialitet for rusmedisin, og dette mener vi det er viktig å synliggjøre gjennom utdanningen. En desentral medisinerutdanning gjennom Vestlandslegen og bedre samspill med psykologistudentene vil være viktig. Samtidig er det nødvendig å ha fokus på å beholde og rekruttere faglig kompetanse i klinikkene. Flere tiltak bør vurderes for å sikre tilstrekkelig faglig kompetanse i PHV og TSB.

– Mange må jobbe sammen for å finne gode løsninger på dette området. Alt henger sammen med alt – det gjelder også gode, robuste ordninger for avtalespesialistene, avslutter Christiansen.

Helsepersonellkommisjonens rapport

Helsepersonellkommisjonens rapport "Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste" (NOU 2023:4) har vekket betydelig oppmerksomhet i helse- og omsorgssektoren.

AV: ERIK DYB LIAAEN, STYRELEDER PSL

Rapporten, ledet av Gunnar Bovim, har nøye vurdert behovene for fagfolk og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene frem mot 2040. Torsdag 2. februar fikk helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol overlevert utredningen.

I rapporten fra Helsepersonellkommisjonen identifiseres flere utfordringer i den norske spesialisthelsetjenesten. Blant disse utfordringene er effektivitet, produktivitet, stabilitet og nærhet til pasientene. Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) har vurdert rapporten og har i sitt innspill til Legeforeningens høringsrunde fremhevet avtalespesialistordningen som en allerede etablert løsning som effektivt adresserer flere av disse utfordringene.

Avtalespesialistordningen utgjør en betydelig del av den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten



Erik Dyb Liaaen, styreleder PSL. Foto: Privat

Avtalespesialistordningen utgjør en betydelig del av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten og spiller en avgjørende rolle i å sikre en effektiv drift

og spiller en avgjørende rolle i å sikre en effektiv drift med korte beslutningsveier, moderne utstyr, hensiktsmessige lokaler og best mulig bruk av hjelpepersonell. Faktisk skjer mellom 20-25 % av alle offentlige polikliniske kontakter hos avtalespesialister, og i noen fag over 50 %. Avtalespesialister håndterer en bredde av problemstillinger innenfor sine fagområder og har mulighet til å se flere pasienter per

dag enn det som er mulig på en sykehuspoliklinikk, hvor legene også har andre oppgaver. Dette innebærer en betydelig ressursbesparelse i form av redusert administrasjon og økt pasientkontakt per lege.

En satsing på avtalespesialister vil også ha fordelen av å avlaste allerede trange sykehuslokaler, da disse spesialistene kan tilby tjenester utenfor sykehusets rammer. Dette

kan være spesielt verdifullt i områder der det er betydelig avstand til nærmeste sykehus, og det sikrer at pasientene har tilgang til spesialisert behandling på en enklere og mer praktisk måte.

Samhandlingen mellom avtalespesialister og primærhelsetjenesten er godt etablert. Mange fastleger har et velfungerende samarbeid med avtalespesialister som de henviser pasienter til, og kommunikasjonen mellom dem er enkel og direkte. Ordningen gir også kontinuitet og mulighet for at samme lege kan følge opp kronikere over tid, noe som er avgjørende for å oppnå en helhetlig og sammenhengende pasientbehandling. Avtalespesialistordningen gir dermed et solid grunnlag for samarbeid mellom ulike nivåer av helsetjenesten.

Rapporten peker på bekymringen rundt turnover av helsepersonell og en økende tendens til at helsepersonell går over til privat sektor. Det er viktig å merke seg at leger

Det er viktig å merke seg at leger som går fra sykehus til avtalespesialistordningen fortsatt er en del av det offentlige helsevesenet.

som går fra sykehus til avtalespesialistordningen fortsatt er en del av det offentlige helsevesenet. Dette gir en alternativ karrierevei for leger som ønsker å fortsette sitt arbeid innenfor et offentlig system, samtidig som de beholder sin kompetanse og bidrar til pasientbehandling på høyt faglig nivå.

Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) anbefaler derfor at avtalespesialistordningen blir videreutviklet og utvidet som en viktig del av en utdrettet spesialist-

helsetjeneste som er nærmere pasientene. Dette vil bidra til å møte de utfordringene som er identifisert i Helsepersonellkommisjonens rapport, samtidig som det sikrer effektivitet, produktivitet, stabilitet og nærhet til pasientene i den norske spesialisthelsetjenesten.

For ytterligere informasjon og innsikt, anbefales Legeforeningens hørings svar til Helsepersonellkommisjonens utredning. Dokumentet kan leses ved å skanne QR koden nedenfor.



Legeforeningens innspill til Helsepersonellkommisjonens utredning NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Regnskap og rådgivningstjenester for leger og legespesialister

Vi er der for deg - ta kontakt

Legeregnskap

en del av **AZETS**

www.legeregnskap.no • Tlf: 71 52 97 00

Skal øyeleger i avtalepraksis fortsatt kunne tilby individtilpasset moderne kirurgi for grå stær?

Dette spørsmålet burde det være unødvendig å stille. Det er det dessverre ikke. I vinter ble jeg ved en ren tilfeldighet av Helsedirektoratet gjort oppmerksom på at Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) mener at tillatelsen (gitt av HOD i brev av 17.03.2006 til undertegnede) for avtalespesialister til å avkreve pasienter ekstra for spesiallinser for korrigerende av skjeve hornhinner og alderslangsynthet i forbindelse med operasjon av grå stær, ikke lenger oppfattes av dem som gyldig. De hadde heller ingen planer om å endre på dette. Samtidig ble det uttalt at offentlige sykehusavdelinger, fordi disse har annen finansiering enn via Normaltariffen, fortsatt har denne muligheten, i hvert fall inntil videre.

AV: ØYELEGE KJELL U. SANDVIG, DR. MED., AVTALESPELIALIST VED OSLO ØYELEGESENTER

Først litt om det faglige grunnlaget. Grå stær innebærer at den normale øyelinsen har blitt uklart. Operasjon for grå stær innebærer at man fjerner øyelinsen og setter inn en ny klar kunstig linse som leveres i forskjellige styrker, slik at man samtidig uten ekstra kostnad kan korrigere nærsynthet eller langsynthet. Men er det ønskelig med korreksjon av betydelig astigmatisme («skjev hornhinne») eller alderslangsynthet, kreves spesiallinse. Uten slike linser må alle pasientene påregne å bruke briller til avstand og/eller nært hold. Flere enn 20 % av pasientene har en betydelig astigmatisme som vil kreve konstant korreksjon med briller, med mindre den korrigeres med spesiallinse (såkalt torisk linse). De aller fleste aktuelle pasienter med betydelig astigmatisme har hatt denne fra de var barn, og har opp gjennom årene måttet bruke tusenvis av kroner for å korrigere denne med briller og/eller kontaktlinser. Disse pasientene kan altså nå i forbindelse med sin grå stær

operasjon få rettet opp det meste av astigmatismen med toriske linser, slik at de uten økning av risiko kan regne med å bli helt eller tilnærmet brillefrie på avstand eller nært hold, og ellers ofte klare seg med ferdigbriller til 50-150 kroner. Alternativet er at de etter operasjonen fortsetter med briller som erfaringsmessig koster mellom 5 000 og 10 000 kroner, og som regelmessig må erstattes på grunn av slitasje, brekkasje eller tap.

Multifokale linser som korrigerer alderslangsynthet har vært på markedet i mange år, og var i starten bifokale, etter hvert trifokale for å også å kunne gi brukbart syn i skjermavstand (i tillegg til lang avstand og leseavstand). Disse linsene har imidlertid også endel optiske ulemper, herunder dårligere mørkesyn, slik at de ikke egner seg for alle, men først og fremst for litt "robuste" personer for hvem det er viktig å kunne bli brillefrie. På grunn av disse begrensningene har det de senere årene blitt utviklet bedre alternativer, såkalte "EDOF"-linser ("extended depth of vision"), som med forskjellige teknikker øker dybdeskarpheten i stedet for å splitte lyset i forskjellige

foci. Disse linsene har vesentlig færre ulemper enn de multifokale og egner seg derfor for en langt større gruppe pasienter, selv om lesesyntet vil bli litt dårligere enn med multifokale linser. Det skal også nevnes at det finnes linser som både korrigerer for alderslangsynthet og skjeve hornhinner (toriske multifokale/EDOF linser).

Da spesiallinsene i sin tid kom på markedet fant jeg det urimelig at grå stær pasientene, for å få slike linser skulle måtte betale for hele operasjonen i tillegg til spesiallinsene, da de jo hadde rett til offentlig finansiert grå stær operasjon. Jeg sendte derfor i 2006 en epost til HOD med spørsmål om det var mulig å avkreve pasienten en ekstra egenandel for å dekke vår ekstrakostnad og fikk dette bekreftet. Dette har siden i øyelegemiljøet, både på øyeavdelinger og blant avtalespesialister, vært oppfattet som legitimering av praksisen. Og tillatelsen har så vidt jeg kjenner til, aldri vært trukket tilbake. Den synes også i en fersk, men muligens ennå ikke rettskraftig dom (om en helt annen problemstilling) i Hålogaland Lagmannsrett, fortsatt å være betraktet som gyldig.

Generelt gjelder at det stadig kommer bedre linser med mulighet for ytterligere bedring av pasientenes syn og derved livskvalitet. I min avtalespesialistvirksomhet har andelen grå stær pasienter som har fått toriske linser ligget stabilt på 10-15 % de siste årene, mens de multifokale eller lignende linser kun har utgjort et par prosent, men denne andelen er nå økende av grunner nevnt ovenfor. Styrken på slike linser må kalkuleres og bestilles spesielt, og koster oss fra 3,5 til 10 ganger så mye som en vanlig monofokal linse. Det er derfor ikke mulig for oss å implantere disse linsene på grå stær pasienter uten at disse dekker de økte kostnadene gjennom en ekstra egenandel. Det er også rimelig at pasientene selv

betaler for denne ekstra kostnad, da heller ikke briller for pasienter i denne aldersgruppen dekkes av det offentlige.

Som det fremkommer av det følgende, var også flertallet i det forrige Stortingets Helse- og sosialkomité enig med meg i dette, slik det fremkommer i deres merknad til St prop 55L (2018-2019) «Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (lovfesting av systemet for nye metoder m.m.)»

"Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, mener at norske pasienter ved skifte av linse i forbindelse med kataraktoperasjon fortsatt skal ha tilgang og mulighet til å velge en linse som passer deres synsbehov, livsstil og preferanse. Flertallet viser til viktigheten av at kirurgene er trygge på retningslinjene og oppdatert på alle de forskjellige behandlingsmuligheter som de kan tilby pasientene.

Flertallet understreker at forskriften ikke må skape unødige barrierer som kan medføre mindre fleksibilitet og konkurranse i markedet og redusert mulighet for å tilby norske pasienter adgang til ny og innovativ teknologi. Flertallet vil ha et fleksibelt system for egenandel som gir mulighet for å velge linse og behandling ut fra pasientens synsbehov."

HOD syntes den gang å følge opp dette i sin egen konklusjon i St prop 55L (2018-2019) (s 61, siste avsnitt) "Forslag til lovbestemmelse om å forby oppgradering innebærer likevel



Øyelege Kjell U. Sandvig, dr. med., avtalespesialist ved Oslo Øyelegesenter

ikke et forbud mot at det kan kreves ulik egenandel for ulike legemidler og medisinske produkter. Departementet vil derfor foreslå å endre egenandel ved operasjon av linse slik at dagens praksis for dette kan fortsette, og at pasienter kan velge mer avansert linse ved å betale en høyere egenandel som dekker kostnadene sykehusene har ved dette. Egenandelen for mer avansert linse vil ikke inngå i egenandelstaksordningene."

Stortingsproposisjonens forslag til lovvedtak ble vedtatt i Stortinget etter at det under 1. gangs behandling 13. desember 2019 ikke kom motforestillinger til aktuelle unntak og 2. gangs behandling 19. desember 2019 uten debatt. Jeg kan derfor ikke forstå annet enn at unntaket som både Helse- og sosialkomiteen og HOD selv anbefalte, og som derfor må forutsettes er hjemlet i lovvedtaket, er vedtatt av Stortinget. Avtalespesialistene er også en del



→ av spesialisthelsetjenesten og utfører halvparten av alle grå stær operasjoner i landet. Dette synes HOD å ha glemt, da det neppe har vært Stortingets hensikt at det skal være dårligere kvalitet på den grå stær kirurgi som utføres i avtalepraksis sammenlignet med sykehusene.

”

Svært mange pasienter, både hos både avtale-spesialister og flere offentlige sykehus rundt om i landet, har fått betydelig økning av livskvalitet, samtidig som de på sikt har spart store beløp

Hvis avtalespesialistene skal begrenses til kun å legge inn standard monofokal linse vil den faglige utviklingen settes tiår tilbake. Pasienter som ønsker spesiallinser vil derfor enten 1) måtte bli henvist til offentlige øyeavdelinger så lenge de har lov til å legge inn slike linser (flere av mine pasienter er imidlertid i dag henvist fra disse avdelingene for å få implantert slike linser), 2) fortsatt være avhengig av dyre briller eller 3) betale for hele operasjonen selv ved helprivate klinikker. I sistnevnte tilfelle vil pasientene måtte betale 5 - 6 ganger så mye for operasjonen sammenlignet med om de hadde fått utført operasjonen under Normaltariffen med anledning til forhøyet egenandel. En manglende mulighet for å innkreve slik egenandel vil derfor øke tendensen til et todelt helsevesen, ikke svekke den.

Ordringen med økt egenandel for spesiallinser (hjemlet i ovennevnte brev fra HOD 2006) har til nå fungert bra til tross for at avtalespesialistene ikke har hatt noe økonomisk insitamment. Svært mange pasienter, både hos både avtalespesialister og flere offentlige sykehus rundt om i landet, har fått betydelig økning av livskvali-



Foto: David Travis, Unsplash

tet, samtidig som de på sikt har spart store beløp. Det er altså pasientene med dårlig råd som har hatt størst glede av denne ordningen.

Jeg ba derfor HOD i ny epost av 20. februar 2023 revurdere sitt standpunkt og tilpasse forskriften slik at nåværende praksis kan fortsette, og uansett at vi i likhet med sykehusene får fortsette med denne praksis til ny forskrift er gjeldende. Det har nå gått tre måneder og jeg har fortsatt ikke fått svar. Både øyeleger og pasienter lever derfor i usikkerhet. Skal vi fortsatt kunne tilby spesiallinser til egnede pasienter? Venter våre pasienter som er satt opp til operasjon dette og neste år forges? Må de viderehenvises til offentlige øyeavdelinger med mer enn ett års ventetid, eller til helprivate øyeklinikker og derved styrke utviklingen mot et todelt helsevesen?

”

Har HOD glemt at avtalespesialistene også er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten?



Skann QR koden for å lese Helse- og sosialkomiteens merknad til St prop 55L (2018-2019) «Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukkerettighetsloven (lovfesting av systemet for nye metoder m.m.)»

Denne saken har både en juridisk og en faglig side. Den juridiske gjelder hjemmelen for etablert praksis, begrunnelsen for at hjemmelen ikke lenger er gyldig («brevet er gammelt, det er uttrykk for et 17 år gammelt syn og mye har endret seg innenfor den offentlige helsetjenesten siden den gang») og manglende etterlevelse av forvaltningslovens krav til svar uten ugrunnet opphold. Disse problemstillingene er jeg mindre opptatt av. For meg er det viktigste at norsk offentlig spesialisthelsetjeneste, herunder avtalespesialistene, også for fremtiden skal kunne gi pasientene moderne behandling av grå stær uten å påføre dem unødvendige utgifter. For vet ikke HOD hva helt vanlige tilpassede briller koster? Og har HOD glemt at avtalespesialistene også er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten?

– Praksis bør være lik innenfor alle offentlig finansierte ordninger

Endringer i Poliklinikkforskriften vil åpne for at sykehusene kan ta ekstra egenandel fra pasienter ved kataraktoperasjon dersom det benyttes en mer avansert linse. Avtalespesialister faller utenfor ordningen.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– PSL mener de samme muligheter for å la pasientene få betale noe mer egenandel for å få en oppgradert linse i forbindelse med kataraktoperasjon må gjelde i avtalepraksis, som i sykehus, sier Erik Dyb Liaaen, styreleder i PSL. Han legger til at praksis selvfølgelig bør være lik innenfor alle offentlig finansierte ordninger.

Stønadsforskriften/ Normaltariffen



Skann QR koden for å lese Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege på Lovdata.no

– Jeg tror både pasienter, leger og politikere vil ha vanskelig for å skjønne hvorfor det skal være forskjeller i det tilbudet pasientene får på sykehus og hos avtalespesialist, sier Liaaen.

Ulike forskrifter

– Vi er kjent med at HOD jobber med endringer i Poliklinikkforskriften, som regulerer betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Endringene vil åpne for at sykehusene kan ta en ekstra egenandel fra pasienter ved kataraktoperasjon, dersom det benyttes en mer avansert linse enn det som er standard og inkludert i ISF refusjonen, sier Liaaen.

Bakgrunnen for dette er Stortingets behandling av Prop.55 L (2018-19) som blant annet handlet om regulering av egenfinansiering av helsehjelp og begrensningsmuligheten til å betale for oppgradering av helsehjelp, men åpnet for at man likevel kan kreve egenandel for ulike legemidler og medisinske produkter, herunder linser ved kataraktoperasjoner.

Jobber for løsning

– For avtalespesialister reguleres dette av en annen forskrift enn på sykehusene, den såkalte Stønadsforskriften, som tilsvarer det vi kjenner som Normaltariffen. Her har det oppstått uklarhet om oppgradering av linse er hjemlet i forskriften, og den bør derfor snarest endres så dette blir tydelig. En god anledning er i forbindelse med de kommende forhandlingene om Normaltariffen,



Erik Dyb Liaaen, styreleder PSL. Foto: Privat

og i samarbeid med Avdeling for jus og arbeidsliv i Legeforeningen jobber vi aktivt for at denne problemstillingen kan finne sin løsning der, sier Liaaen.

– I motsatt fall er det grunn til å frykte at mange pasienter enten henvises fra avtalespesialist til sykehuspoliklinikk, eller ender opp i helprivate tilbud, og ingen av disse utfallene er ønskelige. En svært høy andel av pasienten opereres hos avtalespesialister, og det vil bli utfordrende for sykehusene å ta unna disse pasientene, avslutter Liaaen.

Regler for senioravtale og råd for å forebygge konflikt

Rammeavtalen for avtalepraksis har regler om inngåelse av senioravtale. Dette er en viktig rettighet for leger mot slutten av karrieren og en god start for yngre legers oppstart i en avtalepraksis. Som regel fungerer samarbeidet mellom legene godt, men noen ganger oppstår det uenigheter. Vår erfaring er at god planlegging og inngåelse av samarbeidsavtaler kan forebygge mange konflikter.

AV: SIRI NÆSHEIM, SPESIALRÅDGIVER/
JURIST, LEGEFORENINGEN

Innledning

I denne artikkelen gis det først en oversikt over rammeavtalens regler for inngåelse av senioravtaler samt noen råd og tips for å forebygge konflikter mellom partene.

Rammeavtalens regler om senioravtale

Inngåelse av senioravtale er regulert i rammeavtalen 12.1 som lyder:

Lege over 60 år har rett til å få dele sin praksis med henblikk på nedtrapping dersom RHF ønsker å opprettholde hjemmelen. Legen (senioren) forplikter seg da til å fratruke senest ved fylte 72 år, med mindre RHF samtykker i noe annet. Nedtrappingsperioden kan ikke overstige 5 år. Legene må drive praksisen i samme lokaler.

Lege som ønsker seniorordning må som hovedregel meddele sitt ønske som seniorordning 24 måneder før aldersgrensen.

Ved etablering av slik ordning gjelder reglene i denne avtalen vedrørende kunngjøring, tildeling, avtaleinngåelse (§ 5) og opphør (§ 11). Seniorens vurderinger av hvilken lege som skal få tilbud om hjemmel, skal tillegges stor vekt, så lenge senioren har lagt vekt på saklige kriterier i sin vurdering, jf. pkt. 5.3. Overdragelsesbetingelse avtales mellom fratredende og

overtagende lege etter at tilbud er gitt.

Senior kan trekke tilbake sitt ønske fram til tildeling har skjedd. Senioravtale i samme praksis kan ikke utlyses mer enn 3 ganger.

Legene avtaler hvordan arbeidet skal deles og organiseres. Ordningen er ikke til hinder for at legene arbeider samtidig i praksis. Samlet aktivitet i praksis skal ikke økes med mer enn 20%.

Hensikten med senioravtale er å ivareta avtalespesialister som har få år igjen før oppnådd pensjonsalder, og gi tid og rom for en hensiktsmessig nedtrapping og innfasing av ny avtalespesialist. Partene er enige om at det i løpet av de tre første årene etter tildelt hjemmel som hovedregel ikke kan søkes på senioravtale dersom formålet med seniorordningen er at legen skal påta seg andre næringsoppdrag, inngå andre arbeidsforhold, oppdrag mv.



Vår erfaring er at god planlegging og inngåelse av samarbeidsavtaler kan forebygge mange konflikter



Siri Næsheim, spesialrådgiver/jurist i Legeforeningen

Formålet med senioravtale er å gi en mulighet for avlastning for seniorlegen og gradvis "innfasing" av ny lege (junior) i en praksis. Det er presisert at senioravtalen ikke kan vare lenger enn 5 år, for eksempel fra 67 til 72 år. Junior har behov for forutsigbarhet knyttet til når han/hun skal overta hele driftsavtalen. Det er grunnen til at senior ikke ensidig kan kreve å fortsette til for eksempel 72 år. Det er derimot ingenting i veien for å fortsette dersom begge partene og RHF er enige i å forlenge avtaleforholdet. Senior har imidlertid ikke krav på å fortsette.

Inngåelse av senioravtale er en rettighet for legen fra fylte 60 år. Senior må først avklare med RHF om de ønsker å videreføre hjemmelen. Dersom RHF ikke skal videreføre hjemmelen, må vilkårene for omdisponering i rammeavtalens 11.2 være oppfylt. Dersom vilkårene



For at en seniorordning skal fungere godt er relasjonen mellom junior og senior viktig

Foto: Scott Graham, Unsplash

for omdisponering er oppfylt har avtalespesialisten rett på kompensasjon fra RHF etter reglene i 11.2. I disse tilfellene vil avtalespesialisten i noen tilfeller likevel ha behov for noe nedtrapping og vi anbefaler at dere tar kontakt med RHF og ber om samtykke til å ta inn vikar som kan bidra med noe avlastning.

Ved etablering av senioravtale er det RHF som beslutter hvem som tildeles hjemmelen. Senioren kan med andre ord ikke selv bestemme dette.

Hjemmelen lyses ut på vanlig måte, jf. § 5.2 i rammeavtalen. Da det tar noe tid med utlysning og tildeling er det bestemt at legen må gi beskjed til RHF om senioravtale minst 24 måneder før fylte 72 år.

For at en seniorordning skal fungere godt er relasjonen mellom junior og senior viktig. Av den grunn skal senior likevel involveres i tildelingsprosessen, og seniors ønske om hvem som tildeles hjemmelen skal tillegges stor, men ikke nødvendigvis

avgjørende, vekt. Eventuelle ønsker fra senioren, må være saklig begrunnet i kvalifikasjoner og evne til å drive næringsvirksomhet.

Det er reist spørsmål om seniors uttalerett og deltakelse på intervju når søker er familiemedlem/nærstående. Legeforeningen mener at senior beholder sin uttalerett etter rammeavtalen og at dette ikke er i strid med forvaltningslovens regler om inhabilitet da





senior ikke fatter vedtak, eller kan sies å tilrettelegge for vedtaket i forvaltningslovens forstand. Det er RHF som tildeler hjemmelen basert på det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet, og må herunder vurdere om seniors uttalelse om kvalifikasjonene til junior er saklig begrunnet, jf. §12.1 tredje ledd og §5.3 femte ledd.

Det skal ikke være forhandlinger/ drøftinger mellom senior og søkere om pris for kjøp av praksis før tildeling er skjedd.



Senior kan trekke seg fra seniorordning inntil tildeling er skjedd

Senior kan trekke seg fra seniorordning inntil tildeling er skjedd. Dette må forstås slik at legen kan trekke seg i hvert fall frem til tildelingsvedtaket er underskrevet av RHF og sendt fra RHF.

Det er regulert at seniorordning kan utlyses inntil tre ganger. Dette innebærer ikke at senior kan kreve at den utlyses tre ganger. RHF må vurdere hver sak konkret, hvor hensynet mellom ressursbruk hos RHFet og ivaretagelse av seniors rett til å inngå senioravtale må veies mot hverandre. I noen tilfeller kan det for eksempel være gode grunner til at senior trekker tilbake sitt ønske om senioravtale.

Senioravtale er en delvis overdragelse ved at junior trer inn i den eksisterende praksisen. Senior har derfor rett til vederlag fra juniorlegen i henhold til de vanlige regler om overdragelse av praksis. Der legene ikke blir enige om pris, kan dette fastsettes av nasjonal nemnd for overdragelse av spesialistpraksis.

Nemndsbehandling

For mer informasjon om nemndsbehandling, skann QR koden.



Informasjon om nemndsbehandling fra Legeforeningens nettside.

Senioravtale bør kun inngås der avtalespesialisten har minst 40 % driftsavtale. Årsaken til dette er at hver av partene bør ha en driftsavtale på minst 20 % gjennom seniorperioden.

Senior og junior kan jobbe samtidig i praksis. Da må i så fall samlet aktivitet i praksis ikke økes med mer enn 20 %. I en del tilfeller kan det også være krav i den individuelle avtalen med hensyn til åpningstider som må overholdes. Når man har vikar vil det som tidligere ikke være anledning til å jobbe samtidig. Med "samlet aktivitet" mener Legeforeningen at dette må beregnes ut fra antall konsultasjoner, da dette er målet som ellers brukes til å måle aktiviteten i praksisen, jf. normtallene i rammeavtalen.

RHFene utbetaler driftstilskuddet forholdsmessig til senior og junior i henhold til de meldinger RHF får om avtalen som er inngått mellom senior og junior.

Rammeavtalen § 10.5 siste ledd – senioravtale ved uførhet

Rammeavtalen § 10.5 siste ledd gjelder tilfeller der avtalespesialister blir varig uføre før fylte 60 år og gir adgang til å justere hjemmelen tilsvarende uførhetsgrad. Bestemmelsen lyder:

Ved varig uførhet, kan både RHF og legen kreve at hjemmelens størrelse tilpasses uførhetsgraden (partiell oppsigelse). Slik reduksjon utløser ikke i seg selv krav på godtgjørelse. Ved inntak av ny hjemmelshaver i praksisen gjelder reglene om senioravtale så langt de passer

Avtale forebygger konflikt

De aller fleste seniorordninger fungerer godt. Legeforening får likevel fra tid til annen henvendelser der samarbeidet mellom senior og junior ikke fungerer etter intensjonen. Begge parter må belage seg på at ordningen krever samarbeid, fleksibilitet og tilpasninger i hvordan praksisen drives.

Erfaringsvis er det oftest uenighet om vederlag for praksisen eller uenighet om ulike forhold knyttet til drift av praksisen. Uenighet om vederlag kan som vist til ovenfor bringes inn for nasjonal nemnd. Når det gjelder andre forhold vedrørende drift, vet vi at gode avtaler kan bidra til et bedre samarbeid mellom legene og ofte forhindre at det oppstår konflikter. Vi anbefaler derfor legene

Mal for samarbeidsavtale/ overdragelsesavtale

For tilgang til mal for samarbeidsavtale/ overdragelsesavtale må dere være medlemmer av Legeforeningen og innlogget på nettsiden. Logg inn før dere skanner QR koden.



Legeforeningens mal for samarbeidsavtale/ overdragelsesavtale.

om å inngå en samarbeidsavtale/ overdragelsesavtale. Legeforeningen har utarbeidet en mal for en slik avtale som dere finner nedenfor.

Dere må være medlemmer av Legeforeningen og innlogget på nettsiden for å få tilgang til avtalen. Malen er et utgangspunkt og må tilpasses de konkrete forhold i praksisen og partenes behov. Vi anbefaler at legene bruker tid på å diskutere hvordan de ønsker å fordele ansvar og oppgaver i avtaleperioden og at dette nedfelles i samarbeidsavtalen. En samarbeidsavtale bør regulere følgende forhold:

- Kjøpesum og betalingsplan.
 - o Det anbefales at hele kjøpesummen samt forfall avtales allerede ved inngåelse av senioravtale. Legene står fritt med hensyn til oppgjørstidspunkt, men det vil imidlertid være naturlig at oppgjøret for praksisen skjer gradvis, og i samsvar med ansvarsfordelingen mellom de to legene. Man bør søke kyndig bistand for å forsikre seg om dette skjer korrekt i henhold til skatterettslige regler. Som medlem av Legeforeningen kan dere få rådgivning av Skattebetalerforeningen.

Rådgivning fra Skattebetalerforeningen

For mer informasjon om rådgivning fra Skattebetalerforeningen, skann QR koden.



Som medlemmer i Legeforeningen kan dere benytte dere av Skattebetalerforeningen.

Avtalen bør også regulere hva som inngår i overdragelsen:

- Utstyr/inventar
- Aksjer/selskapsandeler
- Ansatte
- Avtaler/lisenser/tilganger
- Lokaler

Partene bør også diskutere og regulere følgene i avtalen:

- o Arbeidsfordeling/arbeidstid. Hvor mye og hvilke dager skal dere jobbe?
- o Kostnadsfordeling i praksisen
- o Ansvarsforhold
- o Innkjøp/investeringer
- o Ansettelse
- o Fraværdeknning/vikar

Legeforeningens bistand

Legeforeningen gir ofte råd og bistand i spørsmål om seniorordning. Vår rådgivning kan imidlertid være begrenset i saker der det har oppstått enigheter mellom legene, da Legeforeningen er en medlemsorganisasjon, der vi ikke kun kan bistå den ene parten i saker der det er en interessekonflikt mellom medlemmer. Legeforeningen kan også bistå med megling mellom partene dersom begge legene

ønsker det. Vi ser at i noen av disse sakene velger legene å engasjere privatpraktiserende advokater for å ivareta sine interesser. Noen ganger vil dette være helt nødvendig, men vi ser også at dette kan bidra til å eskalere konflikten og kan bli svært kostbart for partene. Begge legene har derfor mye å vinne på å sette seg ned sammen og bli enige om vilkårene for hvordan samarbeidet skal gjennomføres.

Vi anbefaler dere også til å ta kontakt med RHF som kan bidra til megling og dialog mellom partene.

PSLs råd for å unngå konflikter

Skann QR koden for å lese PSLs råd for å unngå konflikter.



PSLs Råd for å unngå konflikter



Foto: Constantin Wenning, Unsplash

Medhold i sak om korona kompensasjon

Helse Vest måtte slå retrett og utbetale koronakompensasjon til avtalespesialister etter vedtak hos Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Høsten 2021 ble Helge Danielsen, som driver soloavtalepraksisen Hudlege Danielsen AS på Voss, sykemeldt grunnet covid og måtte stenge praksisen i to uker. Etter å ha undersøkt mulighetene for å søke om koronakompensasjon på nett, viste det seg at det ikke forelå tilgjengelig informasjon som omhandlet avtalespesialister, kun fastleger. Danielsen tok dermed kontakt med PSL, som kunne bekrefte at ordningen også skulle gjelde for avtalespesialister, etter føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om fraværskompensasjon for legespesialister med driftsavtale i forbindelse med pandemien.

Organisasjonsform begrunnelse for avslag

Søknaden om praksiskompensasjon ble først avslått av Helse Vest, som begrunnet avslaget med at vilkårene for praksiskompensasjon ikke var oppfylt, da praksisen er organisert som et aksjeselskap. Ifølge Helse Vest skulle derfor arbeidsgiver betale sykepenger i arbeidsgiverperioden.

– Jeg er, i likhet med mange avtale-spesialister, ansatt i eget aksjeselskap, og har en sykeforsikring som slår inn på dag 16. Det virket derfor urimelig at organisasjonsformen skulle være avgjørende i spørsmålet om praksiskompensasjon. Det økonomiske tapet ville vært det samme, uavhengig av om praksisen var organisert som et aksjeselskap eller et enkeltmannsforetak. Avslaget innebar at jeg skulle betale sykepenger til meg selv, men tanken bak en kompensasjon må jo være at den skal komme fra det offentlige, ikke fra en selv, sier Danielsen.

Ulike tolkninger i RHFene

– I denne saken erfarte vi at de regionale helseforetakene benyttet ulike tolkninger av reglene rundt koronakompensasjon. Det er prinsipielt uheldig at slike saker behandles ulikt i regionene, i strid med grunnleggende forhold i forvaltningen av avtalespesialister. I tråd med Rammeavtalen skal avtalespesialister behandles likt uavhengig av hvilket regionalt helseforetak de er tilknyttet, sier Erik Dyb Liaaen, styreleder i PSL.

I tråd med Rammeavtalen skal avtalespesialister behandles likt uavhengig av hvilket regionalt helseforetak de er tilknyttet

PSL og Legeforeningen var i flere runder i kontakt med Helse Vest for å be om endring av praksis.

– Det at fastleger viste seg å få dekket sitt inntektstap i lignende tilfeller, anså jeg som en urimelig forskjellsbehandling. Jeg sendte derfor en e-post til Helse Vest om at jeg ville anke avslaget, uten å vite om det fantes en reell klagemulighet, forteller Danielsen.

Helse Vest vurderte saken på nytt, men fant ikke grunnlag for å omgjøre vedtaket. Assisterende fagdirektør Ola Jøsendal i Helse Vest foreslo da at saken ble sendt videre fra Helse Vest til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage).

Omgjøring av vedtaket

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten tolket beslutningen fra HOD dithen at det var manglende forsikring for sykefravær som var avgjørende for om avtalespesialisten kunne få praksiskompensasjon, dersom sykefraværet skyldtes korona eller karantene på grunn av korona. Det kunne heller ikke utledes av beslutningen fra HOD at ordningen med praksiskompensasjon ikke skulle gjelde små aksjeselskap.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten konkluderte derfor med at vilkårene for å få praksiskompensasjon var oppfylt, ga Danielsen medhold i klagen, og omgjorde vedtaket; Helse Vest skulle utbetale praksiskompensasjon.

– Jeg kjenner til kollegaer som også fikk kompensasjon i etterkant av at vedtaket gikk i min favør. Det er

mulig at min sak ble en brekkstang for omgjøring, sier Danielsen.

Erik Dyb Liaaen kan bekrefte at vedtaket til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten førte til en gjennomgang av tidligere søknader hos Helse Vest, og at han kjenner til at andre vedtak i ettertid har blitt rettet opp i.

Vedtaket gjort av de regionale helseforetakene kan påklages

Vedtaket kan påklages

– Denne saken har et viktig læringspunkt for avtalespesialister. Vedtak gjort av de regionale helseforetakene kan påklages, men det må antas at det er lite kjent at det er en ankeinstans for en slik avgjørelse. Det er derfor sannsynlig at klagemuligheter i liten grad benyttes, sier Liaaen.

På spørsmål om hvor mange klagesaker Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten har behandlet når det gjelder vedtak om praksiskompensasjon for avtalespesialister, kan Marit O. Øvregård, kommunikasjonsansvarlig i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, bekrefte at tallet er lavt.

– Vi har bare mottatt og behandlet én klage når det gjelder vedtak om praksiskompensasjon for avtalespesialister, sier Øvregård.



Helge Danielsen, spesialist i hud- og kjønnsykdommer, driver soloavtalepraksisen Hudlege Danielsen AS på Voss. Foto: Privat

Mangelfull informasjon

Danielsen mener at de regionale helseforetakene kunne bidratt til å gjøre informasjon om kompensasjonsordningen for avtalespesialister bedre kjent, all den tid det var de som administrerte ordningen.

– Jeg fant ingen informasjon på nett om retningslinjer for koronakompensasjon for avtalespesialister. I teorien kunne man derfor tenke seg at avtalespesialister som har vært sykemeldt, eller vært nødt til å stenge praksisen grunnet smittefare, har unnlatt å søke om kompensasjon. Med unntak av noe informasjon om koronakompensasjon for fastlegene, har jeg ikke sett relevant informasjon for vår gruppe. Både

informasjonstilgang og regler bør i slike tilfeller være lik for fastleger og avtalespesialister.

– Vi som sitter utenfor sykehus opplever å være små i sammenhengen når vi forholder oss til helseforetaket. Det at jeg fikk medhold i klagen, viser at vi ikke alltid skal godta vedtak fra helseforetakene, men sjekke mulighetene for å anke. Dette var i tillegg en ny situasjon, med et regelverk som ikke var prøvet. Det oppleves litt utrygt at kompensasjonssakene har blitt behandlet annerledes i Helse Vest enn i de andre regionale helseforetakene. I spørsmål som dreier seg om nasjonale regelverk bør vi ha trygghet for at det ikke er slik, avslutter Danielsen.

Kvinnehelseutvalgets NOU: Vi har oversett den store forskjellen

Kvinnehelseutvalgets NOU slår fast at kjønn har betydning for helse, og at dette perspektivet må ligge til grunn for å sikre gode helsetjenester til alle. Likevel er det den kjønnsnøytrale utformingen av helse- og omsorgspolitikken som råder i Norge.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Menn har vært prototypen for kvinner. Å gi kjønn større plass, vil også komme menn til gode, uttalte utvalgsleder Christine Meyer på Dagsnytt 18 i forbindelse med overleveringen av Kvinnehelseutvalgets NOU "Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse". NOU-en ble overlevert helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol 2. mars 2023.

Endringer på systemnivå

– Rapporten tegner et bredt bilde av utfordringene knyttet til kjønnsforskjeller. Utvalget mener at kvinners helse og typiske kvinnesykdommer har lav status og at dette påvirker både finansiering og kunnskap. Vi avtalespesialister er en del av det store helsevesenet på godt og ondt, så kunnskapsmessige, strukturelle og verdimessige skjevheter eller mangler vil også kunne vise seg hos oss. Kjønnsperspektivet er relevant for alle spesialister innen PSL, sier Yngvild Skåtun Hannestad, gynekolog og nestleder i PSL, som opplever rapporten som god, spesielt siden kvinnehelse blir satt inn i en livsløpsammenheng.

– Kvinnehelseutvalgets NOU omhandler og foreslår i stor grad endringer som må skje på systemnivå, deriblant prioritering av kvinnehelse innen forskning. Som avtalespesialister er vi i det kliniske arbeidet fokusert på individet. Vi kan

også bidra i fagdebatt og utvikling, og jeg benytter gjerne anledningen til å minne om at gjennom PSL kan avtalespesialister søke et forskningsstipend som utlyses hvert år, sier Hannestad.

Se den individuelle pasient

– Utvalget peker på at det kan være ulikheter i symptomer og sykdomsforløp avhengig av kjønn. Når man lærer om sykdommer baseres fortsatt mye på mønstergjenkjenning. Det kan være en felle hvis kunnskapen er basert på en gruppe. Et eksempel er ulike symptomer for kvinner og menn når det gjelder hjerteinfarkt, noe som kan gjøre det vanskeligere å stille rett diagnose hos kvinner. Det er mye annet som selvsagt også kan påvirke hvilke hypoteser som først dukker opp under en konsultasjon, blant annet språkferdigheter og hvor godt folk uttrykker seg. Det å ikke være forutinntatt er en utfordring for alle helsearbeidere i møte med den individuelle pasient, sier Hannestad.

Utvalget viser til innspill de har fått om at kvinner opplever at helseplagene deres blir bagatellisert. Dette kan for eksempel gjelde sterke menstruasjonssmerter. Smertene kan være et symptom på endometriose som er en av kvinnesykdommene som tidligere har vært mindre kjent.

– Det har blitt mye oppmerksomhet rundt endometriose nå, og dette er positivt ettersom tilstanden kan gi mye plager og påvirke livskvaliteten til unge kvinner. Man hører mye om de som blir utredet for sent. Fastlegene henviser derfor mer og raskere enn tidligere. Endring i bevisstheten rundt tilstanden er viktig, men en plutselig

Kvinnehelseutvalgets NOU "Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse"



stor økning i antall henvisninger blir en utfordring i forhold til andre pasientgrupper. Alle trenger ikke utredning hos spesialist i første omgang, men kan starte behandling hos fastlegen, eventuelt etter råd fra gynekolog. Og så må hun komme til gynekologen hvis ikke det blir bedring.

Behov for tverrfaglig utredning

– Kvinner har gjerne mer diffuse plager, og smerteplager. Det kan være krevende å utrede og behandle. Det kan være aktuelt å jobbe tverrfaglig. Takstsystemet er ikke godt tilpasset utredninger av smertetilstander der det inngår lite prosedyrer, sier Hannestad.

Rapporten skriver konkret om takster som utvalget anbefaler at bør komme på plass, for eksempel takst for utredning av menstruasjonssmerter, kroniske underlivssmerter som ikke lar seg klassifisere, og for kartlegging av vold i nære relasjoner. Utvalget legger vekt på at kjønnsperspektiver i helse, og kvinnehelse spesielt, har lav prioritet, og at sykdommer som rammer flere kvinner enn menn, har lavere prestisje. Økonomiske insentiver for at kvinnehelse prioriteres bør derfor sikres.

– Spesialistenes prioritering skal ikke være basert på hvilke pasienter man tjener mer penger på. Men krevende utredning bør prissettes på en rimelig måte, og man bør få riktig betalt i et forhold til tiden utredning og behandling faktisk tar, mener Hannestad.

Byrden av reproduksjon

En av utfordringene rundt kvinnehelse som behandles i rapporten omtales som «den fysiologiske byrden av reproduksjon».

– Kvinner har menstruasjoner gjennom 40 år av livet sitt, de har vanligvis hovedansvaret for prevensjon, de går gravide og føder barn og kan oppleve kroppslige endringer som følge av fødslene. For meg som gynekolog er det åpenbart at denne delen av kvinnelivet har sider som kan være krevende, og kommer som et resultat av kvinners fysiologi.

Bivirkninger eller andre problemer med prevensjon, menstruasjonsplager, infertilitet, svangerskapsplager, urinlekkasje og livmorfremfall er eksempler på helseproblemer kvinner kan oppleve gjennom livet. Dette faller ikke nødvendigvis inn under de vanlige sykdomsbegrepene, er hverken akutt eller dødelig, men gjør at kvinner har behov for kontakt med helsepersonell og helsehjelp.

– Disse helseutfordringene kan være vanskelige for kvinner å synliggjøre, og kan avfeies som ikke så farlig. Samtidig er det vanlige helseproblemer som mange kvinner har, sier Hannestad.

Kvinnehelse nedprioritert

Endometriose, urinlekkasje og underlivsfremfall er tilstander der kvinner vil kunne ha nytte av operativ behandling. Imidlertid har sykehusene for dårlig kapasitet, noe som gir lang ventetid.

– Disse tilstandene er nedprioritert. Kvinner med ufarlige, men plag-somme lidelser, skal kjempe om de samme ressursene som for eksempel pasienter med kreft og hjertesykdom. Mange har urinlekkasje, og mange tar det på kontoen for «litt må man regne med når man blir eldre». Men flere burde vært tilbudt behandling. Disse plagene er også tabubelagt, og mange tenker at det ikke er hjelp å få, sier Hannestad.

Tiltakstung rapport

Kvinnehelseutvalgets NOU rommer 75 tiltak for å forbedre kvinnehelse, og utvalget ønsker en kvinnehelsemilliard til tiltakene som foreslås. Utvalgsleder Christine Meyer poengterte under fremleggelsen av rapporten at en milliard er en svært liten del av budsjettet til Follobanen.

– Det er en tiltakstung rapport, og det er foreslått mange fine tiltak. Men det må også bevilges penger til dette. De viktigste tingene vil nok bli prioritert, men i den situasjonen vi er i nå, der det skal spares og kuttes, blir det interessant å se hva som kommer ut av forslagene, sier Hannestad, som mener at et av områdene som bør prioriteres er svangerskaps- og fødselsomsorgen.



Yngvild Skåtun Hannestad, gynekolog og nestleder i PSL

Kvinnehelseutvalget vurderer det også slik at svangerskaps-, fødsel-, og barselomsorgen står overfor betydelige mangler og utfordringer, og at disse er særlig alvorlige i distriktene. Blant tiltakene som foreslås er rekrutteringstillegg, stimuleringsordninger og beholder-tiltak til jordmødre og gynekologer i den offentlige helsetjenesten.

– Mange jordmødre går til kommunehelsetjenesten. Det skjer en forflytning fra sykehus til kommune, mens det er ledige stillinger på sykehus. Det er også en rekrutteringssvikt når det gjelder gynekologer. Sykehusene må lage bedre rammer for å tiltrekke seg og beholde faglig kompetanse. Samtidig må økonomien til kvinneklinikkene generelt bli bedre og helst med en endring i finansieringsmodell; fødselshjelp er lite egnet for innsatsstyrt finansiering. Dette ville gi et godt løft for kvinnehelsen, sier Hannestad.

Kvinnehelseutvalgets NOU



NOU 2023: 5 Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse

Avtalespesialisten som gikk helprivat

Olav Øistein Nerheim sa opp avtalehjelmen i fjor og gikk over til privat praksis. Hvordan kom han frem til dette valget?

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– I en alder av 64 år ønsket jeg å jobbe mer redusert. Jeg ville ha mer frihet og kunne bestemme mer over min egen arbeidstid, men også å kunne jobbe annerledes. Med barn ulike steder i Norge var det viktig for meg å kunne besøke dem, og ha mulighet til å ta korte vikariater der barna bor, for å bruke tid med dem, sier Nerheim, som i dag driver Bekkestua Private Spesialistlegesenter, der han er øre-nese-halslege.

Innenfor avtalepraksis skulle det vise seg vanskelig å realisere ønsket om en mer fleksibel arbeidshverdag.

– Dersom jeg skulle fortsatt i avtalepraksis var eneste mulighet en senior-junioravtale. Her viste det seg raskt at det lå begrensninger. Blant annet er det ikke lov å jobbe andre steder de første tre årene i en senior-junioravtale.

Ulike rettigheter for senior og junior

Nerheim mener det er grunn til å ta opp til diskusjon hvordan senior-junioravtalen slår ut for seniorene. Av egen erfaring og i samtaler med kollegaer opplever han at det er lite kunnskap om hvordan avtalen slår ut i praksis.

– I praksis mener jeg denne avtalen fungerer som et yrkesforbud. Mange er ikke klar over det, og blir overrasket. Intensjonen med senior-junioravtale er at man skal trappe ned, og gradvis overlate praksisen til junior, men man får samtidig ikke lov til å gjøre annet arbeid, som å ta et lærervikariat, eller tjene mer. Poenget er at man skal være

der og instruere junior, men man trenger ikke å være til stede hele tiden. Juniorene på sin side har lov til å gjøre andre ting, de er gjerne tilknyttet sykehus eller har en annen jobb ved siden av. Seniorene har ikke de samme rettighetene, mener Nerheim.

Nerheim mener det er for lite fleksibilitet i senior-junioravtalen, og opplever det som overraskende at det ble lagt begrensninger til, som en tilleggsprotokoll til rammeavtalen for fem år siden.

– Jeg hadde opprinnelig tenkt å gå inn i en senior-junioravtale, men jeg ønsket å ha muligheten til å fortsette å jobbe som lege, men redusert og utover de fem årene senioravtalen er begrenset til. Det kan være vanskelig å se fem år frem i tid, og vite med sikkerhet at man ikke vil ønske å jobbe som lege etter at de fem årene har passert. I tillegg ønsket jeg å ha mulighet til å kunne gjøre annet arbeid, og ta vikariater. Jeg søkte derfor for moro skyld som vikargartner i Hallingdal, og skrev til Legeforeningen med spørsmål om hvordan helseforetaket ville stille seg til det. Jeg fikk til svar at jeg ikke hadde skjønt intensjonen med rammeavtalen.

Tilfreds med privatpraksis

Nerheim er opprinnelig nesekirurg fra Rikshospitalet og Ullevål. Som avtalespesialist og i privat praksis har audiologi fått en sterkere plass.

– Jeg jobbet ikke så mye med audiologi på sykehuset, det var hovedvekt på bihulekirurgi. I praksisen gjør jeg enkel nesekirurgi og biopsier som gjøres med lokalbedøvelse. Tidligere, da jeg hadde større lokaler, gjorde jeg også inngrep som krever narkose.



Olav Øistein Nerheim driver i dag Bekkestua Private Spesialistlegesenter, der han er øre-nese-halslege. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie



Olav Øistein Nerheim demonstrerer bruk av den biaksiale rotasjonsstolen som benyttes i behandling av krystallsyke. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie

➔ Nerheim flyttet praksisen, som også inkluderer en audiograf og en fast vikarlege, til Bekkestua i august 2020.

– Jeg har drevet solo praksis, men sammen med andre leger, siden jeg gikk ut av sykehus. Som privatpraktiserende kan jeg selv bestemme hvem jeg tar inn som vikar, og når. For meg er det morsommere å jobbe nå, og jeg har bedre tid til pasientene, sier Nerheim.

Behandling av krystallsyke

– Det er også morsomt å jobbe med de store svimmelhetsutredningene, noe jeg begynte med for 7-8 år siden. Det er en lang læringsprosess å bli god i dette, og det er egnet til å drive med utenfor sykehus. Det krever imidlertid dyrt utstyr, og som avtalespesialist lønner det seg i utgangspunktet ikke å investere i slikt utstyr. Siden man ikke får igjen for investeringen ved en overdragelse av hjemmelen til helseforetaket, stimuleres det heller ikke til investeringer.

”

Som en av svært få, har Nerheim investert i en biaksial rotasjonsstol, som betegnes som gullstandarden innen behandling og diagnostikk av krystallsyke.

Som en av svært få, har Nerheim investert i en biaksial rotasjonsstol, som betegnes som gullstandarden innen behandling og diagnostikk av krystallsyke. Haukeland universitetssykehus er mest kjent for å kunne tilby denne behandlingen i Norge, men har flere års ventetid.

– Det er få som har dette utstyret, og dermed få steder man kan få denne behandlingen. Fastleger, men også sykehus, henviser pasienter til oss fra mange steder i landet, og vi kan ta

imot pasienter akutt. Det er unødvendig for de aller fleste å gå med dette i årvis, sier Nerheim, som legger til at pasientene først går gjennom hørselsundersøkelse og audiologisk utredning, for å utelukke andre tilstander.

Reguleringsiver bidrar til todelt helsevesen

– Jeg mener at reguleringsiveren fra helseforetakenes side går på bekostning av det de ønsker å oppnå. For min del har det gjort det. Jeg synes det er synd at reguleringsiver bidrar til at man får et todelt helsevesen, med flere private, sier Nerheim, og utdyper:

– Innenfor minimumsrammene, som tilsier 3 500 pasienter i året, ville det ikke vært noe problem å fortsette som avtalespesialist. Jeg hadde 6 000 pasienter i året. Men jeg opplevde at reguleringen også gikk helt inn på fritiden, og reduserte handlefrihet og råderett over egen praksis.

Nerheim understreker at han ikke stiller seg kritisk til takst- og praksiskontroll, og at det er en selvfølge at praksisen skal driftes forsvarlig.

– Det handler om at helseforetakene blander seg inn i organiseringen av hverdagen vår. At vi ikke får bestemme når vi skal ha ferie, om vi får vikar og når vi eventuelt får vikar. Jeg opplevde å bli oppringt på ferie, og fikk e-post om umeldt fravær da jeg tok årets fjerde ferieuke i november måned. Jeg har begynt på jobb klokken syv om morgenen i 30 år, og ville ikke være med på en slik overstyring lenger, slår Nerheim fast.

– Jeg eier alt utstyr selv og tar all risiko, og forventer da å kunne ha frihet til å bestemme mer over egen arbeidssituasjon. Handlefriheten og råderetten jeg har over egen praksis nå, innebærer at jeg kan reise og jobbe når jeg selv vil. Jeg vil bestemme selv, mens jeg har fysikk og helse til det. Når jeg blir 80, er det for sent.

Nerheim mener det også er en bekymring for mange som sitter med ansvar for ansatte, at driftstilskuddet forsvinner om de er syke mer enn to uker. – Solo praksis er utfordrende slik, det er lettere å løse slike proble-

mer i en større praksis, der man kan vikariere for hverandre.

”

– Jeg tok et valg om å ta tilbake råderetten over eget arbeid og fritid

Sa opp avtalen

– Helseforetaket trodde at jeg ville selge avtalehjemmelen. Men jeg ville ikke selge. Det er ikke gunstig å selge hjemmelen, jeg ville heller beholde kontor og utstyr. For å beholde råderetten over arbeid og fritid måtte jeg si opp avtalehjemmelen, og gå over til privatpraksis.

– Som privatpraktiserende har jeg færre pasienter, men de har nesten ingen ventetid. Jeg får fortsatt henvist pasienter fra sykehus, siden praksisen er den eneste som har balansesystem. Det er kun prisreguleringen som bestemmer, og vi tar ikke så mye for konsultasjoner og behandling.

Å drive privatpraksis innebærer at Nerheim har 8-10 timer mindre papirarbeid i uken enn han hadde som avtalespesialist.

– Som avtalespesialist har man lov til å ha en administrasjonsdag i uken. Nå trenger jeg ikke det. Jeg setter av 1-2 timer i uken til vurdering av henvisninger, og som privatpraktiserende takserer jeg ikke, og rapporterer ikke til NPR-registeret, sier Nerheim, som mener at det er greit med kontroll, men at situasjonen med stadig nye forskrifter og rapportering som man som avtalespesialist må forholde seg til, blir for mye.

– Jeg tok et valg om å ta tilbake råderetten over eget arbeid og fritid. Jeg vil ha den friheten nå, til å ta vare på familien, gå på ski, og ha muligheten til å ta et vikariat om jeg ønsker det, sier Nerheim, og spør retorisk:

– Skulle jeg begynne å gå på ski først når jeg ble 75?

Kommunikasjon og myter i pasientbehandling

Kommunikasjon er legens viktigste arbeidsverktøy i møte med pasienten, men det er lett å trå feil i krevende situasjoner. En metodisk tilnærming bidrar til bedre kommunikasjon og mer helse for ressursene.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Under administrasjonskurset til PSL serverte lærebokforfatter og barnelege Bård Fossli Jensen gode råd med en god dose humor, og ga et innblikk i en metode som bidrar til bedre pasientkommunikasjon. Fossli Jensen har doktorgrad i medisinsk kommunikasjon, og har sammen med Trond Arne Mjaaland skrevet boken Kommunikasjon med pasienter. Boken er basert på forskning og klinisk erfaring, og er en lærebok som skal bidra til å øke utbyttet av de kliniske samtaler ved å endre måten man snakker og kommuniserer med pasienter.

Fossli Jensen startet med å adressere en vanlig oppfatning, eller myte, om profesjonalitet i møte med pasienten. – Leger er lært opp til å ikke vise følelser, men dette innebærer samtidig å lyve inn i en situasjon. Det å slippe litt opp og vise hva du føler, kan gjøre kommunikasjonen lettere.

Pasientsentrert klinisk kommunikasjon kan læres, og er en metode som setter deg i stand til å styre hvordan du som lege oppfattes, men også til å påvirke atferd hos pasient og pårørende. Metoden bidrar samtidig til at pasientperspektivet ivaretas i

interaksjonen. Ifølge Fossli Jensen bunner situasjoner som har endt opp med en pasientklage i nettopp mangel på utvist empati og interesse for hva folk tror og tenker fra legens side. Det er her det skorter.

Intensjon – atferd – effekt

Spørsmålet om hvordan leger ivaretar profesjonalitet i pasientkommunikasjon kan gi mange svar, men sjeldnere konkrete råd. Ifølge Fossli Jensen hører man gjerne leger uttale at de passer på å være profesjonelle. Eller at de har sin egen metode. Jeg bruker heller humor, er det mange

som sier. Men dette gir lite mening og læringsoverføring. Fossli Jensen mener at skillet mellom profesjonelle og glade amatører avsløres i rådene som gis om kommunikasjon.

– Amatører svarer med effekten vi ønsker å oppnå: «Må jo få han til å roe seg og slappe av». Det de indirekte sier er: bli som meg. Profesjonelle svarer med noe som kan replikeres, og gjøres av en annen. Profesjonalitet innebærer at vi må kunne beskrive hva vi gjør. Vi må lene oss på forskning om atferd.

➔



Bård Fossli Jensen under foredraget Kommunikasjon og myter i pasientbehandling. Foto: Lene Søgaard Gloslie



Foto: Derek Finch, Unsplash

➔ Intensjonen om effekt må være førende for hvilket repertoar av atferd vi velger, med andre ord hva vi ønsker å oppnå i situasjonen. Veien til å oppnå effekten går gjennom det vi gjør, og det vi sier. Alt vi sier og gjør har en effekt, men står det i stil til intensjonen vi gikk inn i interaksjonen med?

– Det å be folk om å prøve noe hjelper aldri, prøving blir det ikke noe av. Prøve å trene litt. Prøve å slappe av. Det siste er en kontradiksjon i seg selv. Om intensjonen er å forsøke å roe en pasient ned ved å si: «Kan du prøve å roe deg litt?» Vil effekten snarere bli en pasient som er provosert. Når du er i en følelse, og noen analyserer følelsen du har, og samtidig er rolig, oppleves det provoserende.

Isteden anbefaler Fossli Jensen å stille spørsmål, finne ut hva problemet er, og heller bekrefte pasientens opplevelse, slippe ut noen følelser og vise empati. Effekten vil være en roligere pasient.

Et forsvar for smalltalk

Smalltalk er ikke så spektakulært, men tryggere enn humor. Den mest gjennomdokumenterte atferden vi har for å få folk til å senke skuldrene, er nettopp smalltalk. Dette faller

ikke like naturlig for alle, ei heller for Fossli Jensen, som kunne fortelle at han fikk øynene opp for småpratens betydning under et kurs der han fikk svar på tiltale da han spurte om det virkelig var legers oppgave å drive med slikt. Læreren slo fast: Dette handler faktisk ikke om deg!

Det handler om at det er en bra metode, og rett og slett god praksis. Da lærer man seg det. Samtidig skal smalltalk ha en klar funksjon, bidra til å skape trygghet og oversikt for pasienten, men være over innen folk har satt seg. En konsultasjon er ikke noe kaffeslabberas. Oppfordringen fra Fossli Jensen til leger som kvier seg for smalltalk, er å gå hjem og øve.

Øve på flata

Det er med kommunikasjon som med andre vanskelige øvelser. Det er lurt å trene på flata, og ikke gå rett i hoppbakken. Krevende situasjoner, som det å skulle overlevere dårlige nyheter, håndtere en vanskelig person, eller rette opp i en feil vi har gjort, utøves på en slak line, alt må fungere, ifølge Fossli Jensen. Derfor skal vi trene på steder der vi har slingringsmann.

– Det som er vrient for oss, er vi også motivert for å lære noe om. Start derfor med å se på de vanlige

konsultasjonene, de som utøves dag ut og dag inn, de som går bra. Ved å se på hva vi gjør der, kan vi finne rom for å gjøre forbedringer. Utviklingspotensialet ligger i de små endringene i det vi gjør ofte.

Skape pasienttilfredshet

Pasienttilfredshet er tidens løsen innen medisinen, men et mål om tilfredse pasienter er ikke nødvendigvis et godt mål på riktig behandling. Kommunikasjon er et viktig verktøy for å skape trygghet, forståelse og etterlevelse hos pasienten, noe som oppnås ved å vise empati, og interessere seg for hva folk tror og tenker.

Alle interaksjoner har to spor; sak eller relasjon. Fakta mot følelser virker null av ti ganger, ifølge Fossli Jensen, som anbefaler å forholde seg relasjonelt til pasienten. Samtidig må alt du sier være sant. Dette innebærer at du ikke trenger å være enig i det pasienten sier, men være enig i at pasienten sier det. Slik viser du anerkjennelse for pasientens perspektiv. Så kan det settes en grense.

Motsatsen til å håndtere folk relasjonelt, kan være å skape tilfredshet i øyeblikket ved å gi pasienten en ressurs.

– Det vanlige er at vi kjøper oss ut av en vanskelig situasjon ved hjelp av en ressurs, en sykemelding, antibiotika eller 10 timer fysioterapi. Vi bruker ressurser, slik skaper vi god stemning. Problemet med denne tilnærmingen er at det vi gir folk, ikke er det de trenger.

Investering i starten

Konsultasjoner der både pasient og pårørende er til stede, kan være eksponentielt mer krevende enn konsultasjoner med pasienten alene. Som barnelege er Fossli Jensen opptatt av å investere i starten, med mål om å roe familien, utjevne relasjonsforskyvning og gi oversikt. Ved å kommunisere godt, klarer man også å holde tiden.

– Å gi oversikt gir hvilepuls. Det hjelper å vite hvem folk er, derfor bruker jeg tid på å presentere meg og hilse på barnet, og om bamsen er

med – kommentere at det ser ut som en hyggelig bamse, og at det er fint at du tok den med. Om pasienten har måttet vente, beklager jeg ventingen, men forklarer ikke. Oversatt til pasientspråk betyr venting at noen andre var viktigere enn meg. En forklaring vil ikke ha den effekt at det senker skuldrene.

– Gi folk oversikt over landskapet for de 15 minuttene konsultasjonen varer. Å spørre «Lurte du på noe mer?» gir folk mulighet til å komme med det de har på hjertet. Det er gjerne noe mer, og dette er noe folk har fokus på under konsultasjonen, og tenker på om de kan få lagt inn et sted. Ved å stille spørsmålet har vi ikke lovet dem noe, men de får tømt seg, slik at det ikke forhindrer informasjonsflyten. Så kan man forklare hvorfor man ikke kan løse de andre tingene, men for eksempel anbefale å gå til optiker. Ved å rydde i starten oppnår vi effekten å bruke tiden på det vi er her for nå, sa Fossli Jensen.

Boken *Kommunikasjon med pasienter* er skrevet av Bård Fossli Jensen og Trond Arne Mjaaland, gir en sammenfatning av forskning og klinisk erfaring innen pasientkommunikasjon. Foto: Universitetsforlaget



– I lærebøkene står det at vi skal spørre folk hva det kan komme av. Svaret vi kan få, er: «Er det ikke du som er lege?» Folk er vant til at når en autoritetsperson spør, finnes det et fasitsvar. Jeg sier da gjerne at jeg spurte ikke om hva du vet, men er veldig interessert i hva du tror. Alle har en teori, noen to. Få har tre. Ved å spørre kan du tilpasse svaret til pasienten du har foran deg. Mor kan ofte svare for barnet, og da er korrigering viktig. Rett tilbake til ungen: «Hva tror du?» Det finnes et svar fra rett person, som er barnet jeg spurte. Så spør jeg mor.

Fossli Jensen avrundet med å slå fast: – Det største problemet vi sliter med, er at vi leger er trent opp til å ikke slippe opp, og vise følelser. Vi trener på fysiske invasjon som er mer invaderende enn noe man kan si. Å slippe opp luka i mellomgulvet og si det vi føler og mener kan lette pasientkommunikasjonen, og gjøre oss til bedre leger.



Legespesialister.no

TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING



Legespesialister.no lar fastleger og pasienter søke blant alle norske privatpraktiserende spesialister med og uten offentlig avtale.

1 Velg spesialist

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allmenntidrett | <input type="checkbox"/> Anestesiologi | <input type="checkbox"/> Arbeidsmedisin |
| <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomspsykiatri | <input type="checkbox"/> Barnesykdommer | <input type="checkbox"/> Blodsykdommer |
| <input type="checkbox"/> Bryst- og endokrinkirurgi | <input type="checkbox"/> Endokrinologi | <input type="checkbox"/> Fødselshjelp og kvinnesykdommer |
| <input type="checkbox"/> Fordøyelsesykdommer | <input type="checkbox"/> Fysisk medisin og rehabilitering | <input type="checkbox"/> Gastroenterologisk kirurgi |
| <input type="checkbox"/> Generell kirurgi | <input type="checkbox"/> Geriatri | <input type="checkbox"/> Hjertesykdommer |
| <input type="checkbox"/> Hud og veneriske sykdommer | <input type="checkbox"/> Immunologi og transfusjonsmedisin | <input type="checkbox"/> Indremedisin |
| <input type="checkbox"/> Infeksjonssykdommer | <input type="checkbox"/> Karkirurgi | <input type="checkbox"/> Klinisk farmakologi |
| <input type="checkbox"/> Klinisk neurofysiologi | <input type="checkbox"/> Lungesykdommer | <input type="checkbox"/> Maxillofacial kirurgi |
| <input type="checkbox"/> Medisinsk biokjemi | <input type="checkbox"/> Nevrokirurgi | <input type="checkbox"/> Neurologi |

Er din oppføring oppdatert?

Legespesialister.no brukes av pasienter og fastleger for å søke etter spesialister. Pass på din praksis er oppført med riktig informasjon.

Ønsker du flere pasienter?

For kun 3 000 kr for 12 måneder kan du vise pasienter og fastleger mer informasjon om din praksis, erfaring, prosedyrer, utstyr du har og mer.

Hjelp til innlogging?

Gå til Legespesialister.no/logg-inn eller send en til post@legespesialister.no

Ny kritikerrost diktsamling fra Jon Ståle Ritland

øyelege og avtalespesialist

Øyelege Jon Ståle Ritland er aktuell med sin sjettede diktsamling, Øst for verdens ende.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Naturvitenskapen og tilværelsens gåte er et sentralt motiv i Ritlands diktning. Siden debuten i 2004 med samlingen Kroppsvisitasjoner, har forfatterskapet utmerket seg i den norske samtidspoesien med kritikerroste diktsamlinger innenfor samme tematikk. Diktsamlingene har også skapt gjenklang utover landets grenser, og er oversatt til flere språk.

Ritland fullførte sin ph.d. i øyesykdommer i 2008, og kom året etter ut med sin andre diktsamling, Vannmerker. Inspirasjonen til å utforske disse temaene i diktets form fant han først hos andre forfattere.

– Jeg leste en gang en artikkel av Jan Kjærstad som etterlyste mer interesse for det vitenskapelige blant norske forfattere. Etter å ha lest immunologen Miroslav Holub sine dikt, der han brukte begreper fra sin yrkesbakgrunn i tekstene, ble jeg inspirert til å forsøke noe lignende, sier Ritland.

DNA som inspirasjonskilde
Ritland forteller at han på den tiden forsket på noen genetiske markører og deres mulige rolle i utviklingen av glaukom.

– Litteraturen forsøker ofte å finne ut hva et menneske er, hvordan kom vi hit, og hva som er meningen med livet. HUGO-prosjektet var nylig



Jon Ståle Ritland er forfatter, ph.d., spesialist i øyesykdommer og avtalespesialist i Helse Midt-Norge

gjennomført, og jeg synes det var en spennende idé å forsøke å skrive dikt inspirert av DNA. Debutboken Kroppsvisitasjoner har mange dobbeltrådede tekster som kan leses vertikalt, horisontalt og diagonalt. Det var interessant å tenke seg at DNA også er språk, som gjennom fosterlivet kommuniserer fram et menneske, og at språket vårt er oppstått i forlengelsen av dette, utdyper Ritland.

Av andre forfattere som har hatt betydning for utviklingen av eget forfatterskap, trekker Ritland frem Bjørn Aamodt og Inger Christensen som gode inspirasjonskilder.

– Begge har skrevet sterke dikt med naturfaglig bakteppe. Bjørn Aamodt sine diktsamlinger Atom og ABC og Inger Christensens Alfabet er bøker jeg stadig vender tilbake til.

Lyset som tematikk

Samlingen Øst for verdens ende er en hyllest til lyset, selve forutsetningen for alt liv. Med lys følger også mørke; tap og sorg. Ritland behersker evnen å skrive sterke dikt om både glede og sorg, og beveger seg inn i de store, eksistensielle spørsmålene ved hjelp av et tilgjengelig språk. Hvorfor nettopp lyset som ble valgt som tema denne gangen, forklarer han slik;

– Jeg har alltid likt å skrive ut fra noen av de grunnleggende bestanddelene i livet som gener, vann, karbon, mat – og tennis! Og denne gangen ble temaet lys. Jeg syntes det var så mye mørkt og trist å lese om; klimakrise, pandemi og krigen i Ukraina. Men uansett hvor ille det er, så finnes det streif av lys. Jeg ville skrive om det vakre og håpefulle som også finnes, sier Ritland.

Poet og lege

Øyelege Ritland er opprinnelig fra Drammen, men har funnet seg til rette som avtalespesialist i Helse Midt-Norge, nærmere bestemt i Ålesund. I en travel hverdag som lege gjelder det å finne tid til den krevende arbeidsprosessen det også er å skrive en diktsamling.

– Jeg skriver oftest om morgenen, før de andre i familien har våknet opp. De gode ideene kommer ofte før dagens støy og stress overtar oppmerksomheten. Underveis samarbeider jeg med en redaktør som kan ha innspill på tekster og komposisjon. Det er veldig nyttig, for man blir litt blind på egne tekster når man har lest dem noen ganger, sier Ritland, som foreløpig ikke vet om det blir flere diktsamlinger.

– Hver gang jeg har fullført en bok, så tror jeg at det er den siste. Sånn føles det også nå. Jeg har ikke tanker om en ny bok foreløpig. Time will show!

På spørsmål om Ritland henter inspirasjon fra legeyrket i diktningen, er det nærliggende at svaret er ja.

– Jeg føler at jeg er litt som Espen Askeladd og plukker opp det som kommer på min vei, både i jobb, familieliv og ting jeg leser. Så hives alt i gryta, og når det er ferdig kokt, så husker man ikke lenger helt hvor de forskjellige ingrediensene kom fra. Men det er åpenbart at min studiebakgrunn og jobb er med å prege skrivingen, sier Ritland.

Forfatterens egne favoritter

– Er det et dikt i Øst for verdens ende som betyr spesielt mye for deg?

– Om jeg skulle velge, ville jeg valgt det siste diktet i samlingen, som nesten er som en trosbekjennelse til lyset. Og diktet som handler om da jeg traff kona mi, Gry.

Samlingens kjærlighetsdikt har Ritland skrevet til sin kone. Legekunsten har fått lov til å gjengi begge diktene fra samlingen. God leseformøvelse!



Øst for verdens ende er Jon Ståle Ritlands sjettede diktsamling
Forlag: Bonnier Norsk Forlag AS.
Utgivelsesår: 2023

mange sier de tror på noe større enn seg selv

at en utenforliggende kraft styrer våre liv

jeg tror på det lille på den livgivende effekten i et enkelt foton, og på summen av alle strålene

jeg tror på alt som skinner på fotosyntesen og energien som tenner glories i hver levende celle

jeg tror på det hellige avfallet sendt til oss fra himmelen

vi er strålene som ble brutt vi er resirkulert kjærlighet

søppel fra solen

Solen, en middelaldrende stjerne fusjonerer hydrogen til helium

åtte minutter og nitten sekunder senere blir vi truffet av den samme strålen

i parken utenfor studenthjemmet åpner du hånden din

lar meg lese linjene i et dikt som starter med en berøring

og ender i himmelen



Årsmøtet ble gjennomført i forbindelse med administrasjonskurset i Trondheim, den 21. april. Foto: Lene Gloslie

Nytt styre i PSL

Under årsmøtet til PSL i Trondheim stod valg av nytt styre på agendaen.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Styreleder Erik Dyb Liaaen og styremedlem Irina Eide stilte ikke til gjenvalg for en ny periode. De øvrige styremedlemmene i det nåværende styret videreførte sine verv.

Nåværende nestleder Yngvild Skåtun Hannestad ble valgt som ny styreleder for PSL. I tillegg vil to nyvalgte styremedlemmer, Anders Prestmo og Morten Mangersnes, ta plass i det nye styret som trer sammen den 1. september 2023.

Det nye styret ble valgt ved akklamasjon.



Det nye styret i PSL på scenen under årsmøtet. Fra venstre: Morten Mangersnes, Tor Øivind Grøndahl, Sivi Elisabeth Rosendahl, Stein Helge Nordahl, Alexandros Lazaros Stefous, Anders Prestmo og Yngvild Skåtun Hannestad. Foto: Lene Gloslie



Yngvild Skåtun Hannestad ble valgt til ny leder av PSL. Foto: Lene Gloslie

Det nye styrets sammensetning

Yngvild Skåtun Hannestad (gyn) V
Tor Øivind Grøndahl (øye) SØ
Stein Helge Nordahl (ØNH) V
Sivi Elisabeth Rosendahl (psyk) V
Alexandros Lazaros Stefous (hud) SØ
Anders Prestmo (endokr) M
Morten Mangersnes (gyn) N

Vara:
Karin Stang Volden (lunge) V

Navnebytte

Årsmøtet vedtok at det ikke gjennomføres et navnebytte for foreningen, men at navnet Praktiserende spesialisters landsforening beholdes.



Det nåværende styret og sekretariatet i PSL under styremøte i Trondheim i 2022. Fra venstre: Pål Alm-Kruse, Anna Sundberg, Irina Eide, Tor Øivind Grøndahl, Erik Dyb Liaaen, Yngvild Skåtun Hannestad, Sivi Elisabeth Rosendahl, Stein Helge Nordahl og Alexandros Lazaros Stefous. Foto: Lene Gloslie



Det var fullsatt sal på administrasjonskurset og årsmøtet, som i år tok imot 170 påmeldte medlemmer. Foto: Lene Gloslie

Norsk Helsenett SF legger ned e-posttjenesten i Helsenettet

Norsk Helsenett SF (NHN) har besluttet å legge ned e-posttjenesten som de tilbyr medlemmer i Helsenettet.

AV: AVDELING FOR JUS OG ARBEIDSLIV, LEGEFORENINGEN

Avviklingen har virkning fra 31. oktober 2023 og gjelder alle e-postkontoer som inkluderer xxx@xxx.nhn.no. Avdeling for jus og arbeidsliv i Legeforeningen anbefaler alle legekontor som har slike e-postkontoer å treffe snarlige tiltak for å anskaffe en ny e-postkonto.

NHN varslet opprinnelig om at tjenesten skulle avvikles 31. mai. Avdeling for jus og arbeidsliv informerer i nyhetsbrev av 4. mai 2023 om at mange leger har en e-postkonto hos NHN, og at Allmennlegeforeningen og Praktiserende spesialisters landsforening derfor har vært aktivt engasjert i saken. Sammen med sekretariatet har de stilt krav om at NHN opprettholder e-posttjenesten



Foto: Austin Distel Unsplash

som et tilbud til sine medlemmer. NHN har ikke imøtekommet dette.

Etter å ha gjort en vurdering av kontraktene som NHN inngår med sine medlemmer, tar Legeforeningen til etterretning at e-posttjenesten avvikles. Etter innspill fra Legeforeningen har imidlertid NHN utsatt fristen for avvikling. Tjenesten skal nå avvikles 31. oktober 2023. Legekontorene får da bedre tid til å områ seg.

NHNs begrunner avviklingen av e-posttjenesten med sikkerhets-hensyn. De viser til at nye, sikre løsninger tar over for e-post der det er behov for mer sikkerhet, for eksempel Digital Dialog Fastlege.

Informasjon og veiledning angående avvikling av tjenesten finnes på NHN sine hjemmesider. Skann QR koden for å lese mer:



Informasjon og veiledning rundt avvikling av e-posttjenesten i Norsk Helsenett

Dette må gjøres før tidsfristen
Gå til anskaffelse av ny e-posttjeneste. Dersom du har avtale med en leverandør av IT-tjenester, vil denne leverandøren kunne gi deg informasjon om hvordan dette kan gjøres mest mulig hensiktsmessig, samt hvilken ny e-post løsning som passer din virksomhet.

M365 fra Microsoft er et alternativ som vil fungere. Mange virksomheter har Office-pakken fra tidligere, og der ligger Outlook som en tjeneste.

Lagre lokal e-post historikk på et sikkert sted før kontoen avsluttes. Merk at denne vil gå tapt om du ikke sørger for overføring.

Sjekk om e-postadressen din benyttes til andre tjenester som for eksempel innlogging på nettsider og strømnettsider, og bytt til ny e-postadresse.

Informere dine kontakter om at du har ny e-postadresse ved å sette på autoreply på din nåværende adresse. Vi anbefaler å ha på autoreply i en god stund før bytte av e-post faktisk skjer. Dette kan bidra til at flest mulig av de som jevnlig sender e-post til legekontoret får med seg at dere har fått nye adresser.

Legeforeningen anbefaler å gjennomføre omleggingen allerede før sommeren, men sørg i alle fall for at det legges en strategi for hvordan dere kan gjennomføre overgangen. Herunder at dere sørger for å inngå avtaler for å få eventuell nødvendig IT-hjelp i anledning omleggingen.

NHN sitt kundesenter kan kontaktes ved eventuelle spørsmål om avviklingen og overgang til ny e-posttjeneste. NHN skundesenter kan nås på e-post kundesenter@nhn.no eventuelt på telefon 24 20 00 00.

OVERSIKT TILLITSVALGTE

STYRET OG SEKRETARIATET I PSL

Leder Erik Dyb Liaaen	Nestleder Yngvild Skåtun Hannestad	Medlem Alexandros Lazaros Stefou	Sekretær Anna Sundberg
Medlem Tor Øivind Grøndahl	Medlem Stein Helge Glad Nordahl	Medlem Karin Stang Volden	
Medlem Irina Eide	Medlem Sivi Elisabeth H. Rosendahl	Sekretariatsleder Pål Alm-Kruse	

LANDSRÅDET – LOKALTILLITSVALGTE (2021-2023)

Akershus Frøydis Olafsen Kjetil Unger Norveel (vara)	Hordaland Yngvild Skåtun Hannestad Signe Marit Stephanides (vara)	Oslo Even Holt Geir Slapø (vara) Heidi Husby (vara)	Telemark Espen Zondag
Aust-Agder Thor Egeberg Frode Kristiansen (vara)	Møre og Romsdal John Kristian Høye Ingrid Prytz Berset (vara)	Rogaland Finn Finsnes Tore Bru (vara)	Troms/Finnmark Morten Mangersnes
Buskerud Kolbjørn Kasin	Nordland Nord-Trøndelag Kristine Skjetne Tom Arve Julsrud (vara)	Sogn og Fjordane Ingen foreløpig	Vest-Agder Anne Hjørdis Lindtner Noraas Gunvald Eivindson (vara)
Hedmark Frode Berre Margrethe E. Kjølseth (vara)	Oppland Leif Erik Erdal Jørgen Braband (vara)	Sør-Trøndelag Tone Dorthe Sletten Anders Prestmo (vara)	Vestfold Ingen foreløpig
			Østfold Kristian Bjørgul

TAKSTUTVALGET PSL (2021-2023)

Anestesiologi: Wenche Sabel	Hudsykdommer Lena Oleana Myhre	Psykatri Erik Waale Næss	Øyesykdommer Kristen Realfsen
Barnesykdommer Morten Pettersen	Indremedisin Jon Andrew Hardie	Revmatologi Ellen Sauar Norli	Nevrologi Karen Herlofsen
Fødselshjelp- og kvinnesykdommer Irina Eide	Kirurgi/urologi Krisitan Bjørgul	Øre-nese-halssykdommer Robby Roarsen	

For kontaktopplysninger, se nettsiden.

Nytt fra Samarbeidsutvalgene (SU)

Aktiviteter i Samarbeidsutvalgene første halvår 2023

Samarbeidsutvalget

Helse Nord RHF

Det ble avholdt kun et SU-møte mellom Helse Nord (HN), PSL og NPF (Norsk psykologforening) den 3. mai 2023.

Rekruttering

Først på agenda var status med rekruttering. Det ble tilsatt to psykologspesialister, - en i Bodø og en i Tromsø. Utlysninger som planlegges: En driftsavtale for psykologspesialist i Tromsø og en driftsavtale for øyelege i Narvik/Lofoten. Generelt er det bra dekning av avtalehjemler i Helse Nord, men utfordringer i rekruttering til senior-junior avtaler.

Diskusjon rundt rekruttering til avtalehjemler generelt: Kombinerte stillinger for å få rekruttert spesialister, fleksibilitet i utlysningstekst. Flere spesialister nærmer seg pensjonsalder – HN gjør individuell vurdering av hver henvendelse om mulighet for å fortsette ut over 72 års alder.

Fellesmøte avtalespesialister

Det planlegges fellesmøte med avtalespesialister i regionen til høsten. Møtet skal avholdes både i Tromsø og i Bodø. Avtalespesialister er involvert i planlegging om hva vi bør ta opp under fellesmøte. Fore-

slåtte temaer er: Felles henvisningsmottak, samarbeid med sykehusene, HELFO/takster, NPR-rapportering, evaluering etter pandemi, LIS i avtalepraksis, rutiner ved avvikling av praksis, prosjekt strategi avtalespesialister fra Helsedirektoratet, utveksling av erfaringer ved drift av avtalepraksis.

En vei inn

HN orientere om felles henvisningsmottak. Det planlegges oppstart for Nordlandssykehuset 01.09.23, for Helgelandssykehuset og Finnmarks-sykehuset 01.10.23, for Universitets-sykehuset Nord-Norge 01.11.23. HN har plan for kommunikasjonsflyt.

Rapportering

HN orienterte om rapportering til HELFO-NPR. Foreløpig finnes ikke løsning til samrapportering. Det er viktig at avtalespesialister rapporterer korrekt.

Samarbeidsutvalget

Helse Sør-Øst RHF

En vei inn

Felles henvisningsmottak i psykisk helsevern er gradvis implementert i Helse Sør-Øst.

Kapasitetsutfordringer

Kapasitetsutfordringer innen øyefaget, ikke bare hos avtalespesialister, men også på sykehusene, har medført etablering av et eget prosjekt for kartlegging av faget framover.

Hjemler

Enkelte hjemler (med 20 % hver) slås sammen og omdisponeres til 100 % hjemler.

Når det gjelder smertemedisin er nærmest alle hjemler på nasjonalt nivå samlet i et lite geografisk område i Helse Sør-Øst. Det er for tiden to vakante hjemler og det pågår en kartlegging om hvordan det er faglig best å håndtere dette feltet. Det legges stor vekt på tverrfaglighet.

Samarbeidsutvalget

Helse Midt-Norge RHF

Det forrige møtet var 19. april 2023.

Nye medarbeidere i Helse Midt-Norge RHF (HMN)

HMN har ansatt ny assisterende fagdirektør, Helena Bertilsson, som blant annet skal jobbe med oppfølging av avtalespesialister og delta både i SU-møter og dialogmøter fremover.

Hun har lang erfaring fra St. Olavs hospital, er spesialist i urologi og forsker ved NTNU.

HMN ønsker en tettere kontakt med avtalespesialistene, og Sunniva Rognerud, tidligere kommuneoverlege i Steinkjer, er nyansatt i HMN og vil delta i oppfølging videre. Det er blant annet ønske om å gjenoppta praksisbesøk hos spesialistene.

En vei inn

Innføring av felles henvisningsmottak i psykisk helsevern anføres å gå bra i Nord-Trøndelag, mens det har vært noen utfordringer i Møre og Romsdal. Det er etablert møter der sekretærer/merkantil personell kan dele erfaringer.

Ved St. Olavs hospital har man valgt å utsette innføringen til arbeidet med Helseplattformen er under kontroll.

Helseplattformen

Avtalespesialister erfarer utfordringer med meldinger fra St. Olav, både i format og innhold. Årsaken er problemer med Helseplattformen. Fagdirektør oppfordrer avtalespesialister til å melde avvik via klinikkleder på sykehus dersom feil forekommer.

Endring i hjemler

Det har blitt tilsatt noen nye avtalespesialister og en del hjemler er til vurdering om videreføring. Hjemmel i endokrinologi i Trondheim blir avvirket da det ikke har vært søkere.

Samarbeidsutvalget

Helse Vest RHF

Noen av sakene som ble diskutert på møtet den 22. mai:

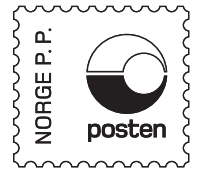
Hjemler

Orientering om utlyste og besatte hjemler. I Rogaland vil Helse Vest ikke lyse ut 3 ledige hjemler i psykiatri, men "fryse" disse for 3 år. Dette begrunnes med at man trenger å beholde psykiaterne i Helseforetaket. Legeforeningen er uenig i at dette kan gjøres i henhold til Rammeavtalen og dette er spilt inn skriftlig fra JA-avdelingen.

Forskrivning av H-resept

Helse Vest skal sende ut ny avtale til de spesialistene som forskriver medikamenter på H-resept. PSL har kommet med innspill til avtaleteksten som ikke er tatt til følge. PSL mener ensidig godkjenning av forskrivning fra helseforetakene uten at det er lagt føringer om dialog med avtalespesialistene, er uheldig. At helseforetakene når som helst skal kunne si opp avtalen med 1 måned varsel gir dårlige vilkår for de spesialistene som skriver ut H-resept.

Avsender:
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo



**Sett av
datoen!**



ADMINISTRASJONSKURS OG ÅRSMØTE

25. - 27. APRIL 2024
CLARION HOTEL OSLO, BARCODE

Dronning Eufemias gate 15, 0191 Oslo
Mer informasjon kommer!