

FORUM FOR YNGRE LEGER

Nr. 2
april
2014

MAGASIN FOR YNGRE LEGERES FORENING



Kvalitet som ledestjerne?

Side 20-27

YLFS ÅRSMØTE

Side 6-7

HVORDAN FUNGERER DEN NYE
TURNUSORDNINGEN?

Side 10-12

FÅR DU RIKTIG LØNN?

Side 15-18

IDEALISTEN: CAPACARE

Side 28-29

Ylf støtter ikke regjeringens lovforslag om reservasjonsmulighet

«Ylf støtter ikke at det innføres en reservasjonsmulighet for fastleger mot å henwise til abort slik det fremgår av regjeringens i lovforslag.» Dette ble vedtatt av Ylfs landsråd på årsmøtet i slutten av mars 2014.

Regjeringen har sendt ut et lovforslag om reservasjonsmulighet for fastleger mot å henwise til abort på høring. Høringsfristen er 30. april, og Legeforeningen vil avgi et samlet høringssvar fra foreningen. Foreningsleddene er bedt om å komme med innspill. Styret i Ylf ønsket å forankre sitt innspill bredt i foreningen, og i februar gjennomførte man derfor en spørreundersøkelse blant medlemmene om lovforslaget.

Undersøkelsen ble sendt til 7833 medlemmer og 3748 svarte. Dette gir en svarprosent på 48%. På spørsmål 1 «Støtter du

lovforslaget om fastleger sin reservasjonsmulighet mot å henwise kvinner til abort?» svarte 77 % nei og 23 % ja. På spørsmål 2 «Skal fastleger få juridisk reservasjonsrett mot å henwise til abort, på samme måte som leger har til å reservere seg mot selve inngrepet?» svarte 81 % nei og 19 % ja.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble lagt til grunn for diskusjonen på årsmøtet. Landsrådet fattet følgende vedtak etter skriftlig avstemning: «Ylf støtter ikke at det innføres en reservasjonsmulighet for fastleger mot å henwise til abort slik det fremgår av regjeringens i lovforslag.» 40 delegater stemte for og 5 delegater stemte mot vedtaket.

Hanne Valeur

Ferdige spesialister i underordnede stillinger

Ylf har fått informasjon om at det etablerer seg en ny type legestillinger ute i foretakene. Stillingene betegnes med ulike navn, men felles for dem alle er at det handler om leger som nettopp er blitt spesialister som ansettes i underordnede stillinger. Med andre ord ansees de verken som lege i spesialisering eller overlege. Dette er en stillingskategori som per i dag ikke er definert i avtaleverket vårt. En kan i den sammenheng spørre seg om det i det hele tatt er mulig for arbeidsgiver å bruke disse legene utenfor Arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid.

Våre unntak fra arbeidsmiljøloven er knyttet opp til de eksisterende stillingskategoriene: turnuslege, lege i spesialisering

eller overlege. Etter Ylfs syn skal disse stillingene heller ikke være midlertidige da legene ikke lengre kan sies å være praksisarbeidere. Alle leger i helseforetakene skal også ha rett til kompetansebygging, enten gjennom fordypningstid eller utdanningspermisjon.

Uansett; disse legene er fremdeles medlemmer av Ylf og vil ha alle de samme rettighetene som andre Ylf medlemmer har. Om noen i slik situasjon skulle ha behov for støtte fra foreningen så ikke nøl med å ta kontakt med Legeforeningen eller Ylf direkte.

Johan Torgersen

En beskrivelse av virkeligheten

Nr. 2. April 2014

Forum for yngre leger

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

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

Ylfs styre er ansvarlig utgiver.

Redaktør

Hanne Støre Valeur
hannevaleur@gmail.com

Layout

Stian Wendelborg
stianwendelborg.com

Annonser

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

Design

torfinn.offernes.com

Trykk

07 Gruppen

Øvrige bidragsytere

Fredrik Jervell
Jo-Inge Myhre

Illustrasjon forside:
Istockphoto/hudiem

Redaksjonen avsluttet:
6. april 2014

Dødlinje for nummer 2 i 2014:
23. mai 2014

Legeforeningen har i vinter gjennomført en stor spørreundersøkelse om legers arbeidstid. Undersøkelsen ble sendt ut til alle landets sykehusleger. 6223 svarte, og det gir en svarprosent på 52%. Resultatene er nå publisert, blant annet på Legeforeningens nettsider.

Undersøkelsen avdekker mange interessante og til dels alvorlige forhold. Når legers avtalte arbeidstid summeres sammen med registrert overtid og uregistrert overtid, ender vi opp med at norske sykehusleger har en gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid på over 50 timer pr uke! Samtidig vet vi at legers avtalte arbeidstid reduseres år for år. Det er et underlig sammenfall. Hvordan kan det ha seg leger jobber cirka 11 timer utover normalarbeidsdagen per uke samtidig som arbeidsgiver finner det riktig å redusere arbeidstiden? Årsaken er at arbeidsgiver ikke har kontroll over hvor mye vi faktisk jobber, og jeg tror de ikke vil ha det heller. Disse tallene innebærer at leger i norske sykehus utfører 812 årsverk i året helt gratis! Det tilsvarer nesten alle legeårsverkene på AHUS. Selvsagt vil ikke arbeidsgiver vite dette, da må de også betale for det.

Arbeidsgiversiden har så vidt kommentert undersøkelsen og sier blant annet at det neppe kan være tilfeldig at dette kommer nå rett før forhandlingene. Selvsagt er det ikke tilfeldig. God informasjon er avgjørende når en skal gå inn i et forhandlingsløp. Nå har vi etablert virkeligheten, og vi legger den til grunn når vi skal forhandle med Spekter denne våren. Det samme anbefaler jeg dere å gjøre i de lokale forhandlingene. Arbeidsgiver vil da kunne påstå at de lokale forholdene er annerledes ved akkurat deres sykehus. Om vi skal velge å se bort i fra den virkeligheten vi nå har fått beskrevet, må arbeidsgiver dokumentere at de har full oversikt over all arbeidstid legene har lagt igjen på det aktuelle sykehuset. Kan de ikke det, så er det nærmeste vi kommer en beskrivelse av virkeligheten resultatene fra Legeforeningens undersøkelse om arbeidstid. Bruk den!

Arbeidsgiversiden reagerte også på at vi ikke hadde informert dem om undersøkelsen før resultatene nådde media. Vel, resultatene ble i hvert fall presentert i den samme avisen som Spekter brukte til å si opp overenskomsten med Akademikerne i høst...



Johan Torgersen
Leder

johan.torgersen@legeforeningen.no

Ylf-kalenderen 2/2014

2014

Februar

- 10. Møte i prosjekt spesialitetsstruktur
- 11. Møte i Spesialitetsrådet
- 11. Møte med Helse- og omsorgskomiteen
- 12. Møte i Forhandlingsutvalg Spekter
- 25. Styremøte
- 26. Møte i Akademikerne Helse
- 27. Turnusrådmøte
- 28. Møte i Forhandlingsutvalg KS/Oslo

Mars

- 5. Møte med Helsedirektoratet om spesialitetsstruktur
- 6.-7. Lokalt tillitsvalgkurs i Bergen
- 12. Legeforeningens dialogkonferanse
- 14. Møte i forhandlingsutvalg Spekter
- 18. Leder deltar på Spekterkonferansen
- 19. Leder holder foredrag om forskning på modulkurset
- 20. Seminar om spesialitetsstruktur
- 21. Møte med de fagmedisinske foreningene
- 21.-23. Nestleder deltar på Norsk medisinstudentforenings årsmøte
- 24. Ylf styremøte
- 25.-27. Vårkurs, årsmøteseminar og årsmøte
- 28. Møte i forhandlingsutvalg Spekter

April

- 1. Møte med Helsedirektoratet om spesialitetsstruktur
- 4. Leder åpner WHO World Health Day-seminar på Rikshospitalet
- 7. Leder holder foredrag om arbeidstid på NSH konferanse
- 9. Møte i Akademikerne helse
- 9. Møte i spesialitetsrådet
- 10. Lokalt kurs i Østfold
- 23. Besøk til Helse Innlandet
- 24. Styremøte
- 25. Leder holder foredrag for Leger i vitenskapelige stillinger i Trondheim
- 25. Oppstart av overenskomstforhandlinger med Spekter
- 29-30. Turnusrådmøte

Mai

- 5.-6. Spesialitetsrådets seminar
- 8. Leder deltar på Allmennlegeforeningens årsmøte
- 12. Styremøte
- 14. Akademikerne helse
- 19. Ylfs formøte for Legeforeningens landsstyremøte
- 20.-22. Legeforeningens landsstyremøte
- 26. Turnusrådmøte

Yngre legers forening

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

Ylfs sekretariat

Kristin Krogvold, sekretariatsleder
kristin.krogvold@legeforeningen.no

Jon Ole Whist, rådgiver
jon.ole.whist@legeforeningen.no

Charlotte Nielsen, konsulent
charlotte.nielsen@legeforeningen.no

Styret

Johan Torgersen, leder
johan.torgersen@legeforeningen.no

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

Anja Fog Heen
anjaheen@gmail.com

Marie Skontorp
marieskontorp@gmail.com

Ruth Foseide Flenning
rutfth@hotmail.com

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

Tilde Broch Østborg
tilde.ostborg@gmail.com

Jens Kristian Lind-Larsen
jens.lindlarsen@gmail.com

INNHold

TEMA: KVALITETSARBEID I HELSETJENESTEN

Pasientsikkerhet og kvalitet har blitt de to nye mantraene i helsevesenet de siste årene. Legeforeningen publiserte sin statusrapport i 2011 med tittelen «Med kvalitet som ledestjerne». Alle helsepolitikere snakker om kvalitet og pasientsikkerhet. Men er det bare fine ord? I dette nummert deler Fredrik Jervell, Marit Halonen Christiansen og Jo-Inge Myhre sine tanker om kvalitet i helsevesenet med oss. [Side 20-27.](#)

HVORDAN FUNGERER DEN NYE TURNUSORDNINGEN?

Forum har tatt en prat med arbeidsgiver og arbeidssøker på Gjøvik sykehus om deres opplevelse av hvordan den nye turnusordningen fungerer. «Det virker som om det var ganske vilkårlig hvem som fikk jobb og ikke», sier turnuslege Kristoffer W. Hagen. «Folk som ikke faller inn i det effektive sporet, sliter med å få jobb», sier avdelingsoverlege Even Reinertsen. Les mer på [side 10-12.](#)

LEGEFORENINGENS ØKONOMI- OG ADMINISTRASJONSAVDELING

Legeforeningen har et stort sekretariat som skal ivareta medlemmenes behov og interesser. Bli bedre kjent med Økonomi- og dministrasjonsavdelingen på [side 14.](#)

YLFS VÅRKURS, ÅRSMØTESEMINAR OG ÅRSMØTE

Nylig ble Ylfs årsmøte avholdt på Sola Strand hotell. Styremedlem Jens Kristian Lind-Larsen rapporterer på [side 6-7.](#)

BILAGET: LØNN SOM FORTJENT

Er du i stand til å tyde lønnslisten din? Denne utgavens bilag hjelper det å kontrollere at tallene stemmer. [Side 15-18.](#)

DESSUTEN

- 03 Leder: En beskrivelse av virkeligheten
- 02 Ylf støtter ikke regjeringens lovforslag om reservasjonsmulighet
- 02 Ferdige spesialister i underordnede stillinger
- 04 Ylf-kalenderen
- 13 Forum om arbeidsforhold for yngre leger i Europa side 13
- 19 Yngre leger leser: Bli best med mental trening side 19
- 29-29 Idealisten: Alex van Duinen side 28-29
- 30 Redaktørens hjørne side 30
- 31 Riskhospitalet side 31
- Bakside Utlysning lederstipend



Jens Lind-Larsen

jens.lindlarsen@gmail.com



Ylfs vårkurs, årsmøteseminar og årsmøte 2014

Lyst til å lese om «vårens eventyr» på Sola Strand Hotell? Er det interessant å lese om et arrangement du ikke har vært på? Hvorfor lese et referat fra noe du selv var sannhetsvitne til?

Jeg har tidligere skrevet om det å bli/være tillitsvalgt – at engasjementet som tillitsvalgt betaler seg i kunnskap og opplevelse. Tillitsvalgtkurs, årsmøteseminar og årsmøtet er viktige arenaer for rekruttering og samling av tillitsvalgte i Ylf. Det er her innspill når til topps i organisasjonen vår. Nettverksbygging og erfaringsutveksling er undervurdert! Jeg håper du fatter såpass interesse at du står på deltagerlisten ved neste arrangement – allerede høsten 2014 arrangerer vi nytt tillitsvalgtkurs og tariffkonferanse. Det er bare å melde seg på så snart dato er satt.

Det blir vel ingen god historie uten en lokal værmelding – også denne gangen var solen med oss fra første dag. Grønt gress og vår i luften. Med varmen kom 60 heltente tillitsvalgte til Ylf-kurs.

Kurssted velges med tanke på høy grad av samhold – gjerne et sted litt unna storbylivet og med en viss kvalitet – slik at utbyttet blir størst mulig for gruppen og enkelt deltagerne. Denne gangen fikk vi utsyn til havet, spaserturer langs stranden og tilgang til basseng og spa-avdeling. Gode kursomgivelser er en viktig del av den gode kursopplevelsen.

Kursinnhold? Ja, så absolutt – det er ikke feriekoloni vi arrangerer. Tirsdag 25.mars ble det avholdt tillitsvalgtkurs for de

oppmøtte. Arbeidstid ble første tema. De fleste av oss opplever høyt arbeidspress og hektiske arbeidstimer i sykehus. I vinter gjennomførte Legeforeningen en spørreundersøkelse der 6200 ga sine tilbakemeldinger om arbeidstid og arbeidsbelastning. Dette kan du også lese om i lederartikkelen i denne utgaven av Forum. Noen av tallene er presentert i større nyhetsmedier og er viktige tankevekkere. Underveis kom det rikelig med gode innspill og diskusjon fra salen.

Vi nærmer oss ferietid. Mange Ylf'ere lurer på hvordan arbeidsmengden vil og kan bli i sommer. Arbeidsgiver skal samarbeide med de tillitsvalgte om arbeidsplanene gjennom hele året. Hva er lov og hvordan kan sommerferien avvikles? Ylf har tidligere skrevet om ferieloven og arbeidsplaner i Forum – på kurset ble de viktigste linjene trukket frem.

Det er tid for nye forhandlinger med arbeidsgiver/Spekter denne våren, og det er mye spennende i luften hva gjelder arbeidstid og faste stillinger for Leger i spesialisering (LIS). Kursdeltagerne ble presentert for forhandlingsløpet utover våren, informert om noen av utfordringene og spillereglene. Som tillitsvalgte bør vi kjenner til begrepene fredstid, konfliktberedskap og streikerett – viktige elementer i den norske arbeidslivsmodellen.



Foto: Marie Skontorp/Hanne Valeur

Etter at hodene hadde mottatt, prosessert og bearbejdet info en hel dag, fikk vi hver vår bagett på vei inn i bussen og videre til Stavanger og en annen prosesseringsindustri – Oljeeventyret på Norsk sokkel – Oljemuseet. Kultur er en viktig del av Ylf, derfor skal den også med på kurs. Kanskje misunner vi litt oljeindustriens fokus på HMS de gangene vi ikke rekker å tømme blæren mellom samtidighetskonfliktene eller må innta næringsdrikker for å berge oss gjennom vaktene. Etter omvisningen ventet middag på Bølgen og Moi.

Onsdag 26. mars ble det avholdt årsmøteseminar. Seminaren fokuserer gjerne på et hovedtema, og denne gangen falt det naturlig å snakke om forhandlinger. Gruppebaserte oppgaver og gode diskusjoner dagen lang. Går ikke inn i nærmere detalj her – dere får spørre de som var der...

Ylf ønsker å gi de tillitsvalgte både kunnskaper, nettverk og lyst til å drive på. Festmiddagen onsdag kveld, med god mat og pent kledde mennesker, skal gi deltagerne "det lille ekstra". Jeg håper og tror alle hadde det hyggelig. Kvinnenes og herrenes taler ble galant fremført og det hele avsluttet med allsang. Jeg fikk i det minste ny kunnskap om ekornets opphav – ordet altså (intern smalltalk, men hvis du får tid og er litt nysgjerrig,

så forsøk å finne ordets opprinnelse – en slik Høna og Eggeting...).

Torsdag 27. mars ble satt av til det aller helligste. Vi er en demokratisk organisasjon og Landsrådet, som består av tillitsvalgte fra hele landet, er vårt øverste og retningsgivende organ – «Landsrådet har ALLTID rett» – eller noe slikt. Fra årsmøtet foreligger eget referat (på hjemmesiden vår), men det er vel ikke til å legge skjul på at Reservasjonsdebatten var ett av temaene som ble behandlet – med respekt. Landsrådet ble også orientert om status for fast jobb som LIS og om noen av utfordringene ved årets forhandlinger.

Interessant? Forståelig? Hvis du forstår – eller ikke forstår helt – du ser vel at det både kan være nyttig, lærerikt og interessant å være tillitsvalgt i Ylf. Snakk gjerne med noen av de som var der fra din arbeidsplass og så sees vi på neste kurs...



Anja Fog Heen

anjaheen@gmail.com

Den nye turnusordningen sett fra en arbeidsgiver og en arbeidstaker

De første kullene i den nye turnusordningen er godt i gang med tjenesten. Vi tok turen til Gjøvik for en prat med turnuslege Kristoffer W. Hagen og avdelingssjef Even Reinertsen på Indremedisinsk avdeling om hvordan de synes den nye ordningen fungerer.

Håndteringen av søknadene har lenge vært diskutert, både det forventede store antallet, men også hvordan man skiller arbeidssøkere som er svært like på papiret.

Even, hvordan er erfaringene fra arbeidsgiversiden når det gjelder ansettelse av turnusleger?

– Arbeidskrevende og utfordrende. Det er utfordrende å finne vettuge systemer hvor man både gjør søkerne rett, og gir dem så mye oppmerksomhet som de fortjener, samtidig som det er praktisk overkommelig. Når det er sagt så synes jeg også det gir arbeidsgiver på populære turnussteder mange muligheter. Det er nesten så jeg tenker at det er for lett når vi vet det er mange som vil hit. Hvor blir det av de personene som sliter litt eller som ikke så lett slipper gjennom søkermassen?

Kristoffer, hvordan opplevde du som søker prosessen?

– Jeg søkte turnus med min samboer. Vi hadde ikke lokal tilknytning eller kontakter, så vi søkte bredt. Siden jeg hadde jobbet ett år med lisens, tenkte jeg det kom til å gå greit å få jobb. Vi dro ned hit i mars for å skille oss ut, da vi tenkte turnussøknadene ville være meget like. Jeg søkte også andre steder uten å ta kontakt for å se om jeg fikk respons kun på erfaring og søknad. Det var ingen andre som responderte.

Even: – Det er jo påfallende, at du med ett års erfaring ikke fikk noen andre tilbud. Da blir det jo litt vanskelig.

Kristoffer: – Med kun søknad blir man bare én av mange, men det sier kanskje noe om at ikke alle søknadene blir lest eller at andre kriterier enn erfaring blir lagt til grunn for ansettelse. Det er uansett vanskelig å være oppsøkende og dra på intervjuer midt i en hektisk eksamensperiode. Jeg tror man kunne lagt prosessen tidligere på året.

Even, kan du si litt om hvordan dere har plukket ut hvem som får jobb?

– Forrige runde plukket personalavdelingen ut ca 175 av ca 500 søkere. Disse fikk sjefen på kirurgen og jeg presentert. Jeg så på ca 120 av søknadene, og ble overrasket over at jeg etter hvert relativt fort kunne danne meg et bilde av en søker. Kirurgen gikk gjennom de siste 30-40 søknadene. Deretter ble søknadene vurdert samlet, og vi landet på ca 20 søknader som var veldig bra.

Hva vurderte dere i søknadene?

– Arbeidserfaring betyr mye. Vi så også på kjennskap til data-systemet vi har. Videre så vi absolutt på kjønnsfordeling, at det ikke bare ble flinke jenter, men at vi også fikk inn en del menn. Der må man være bevisst, og se etter de gode gutta. Vi så veldig klart på studiesteder. Ikke alle skulle være fra Oslo, og ikke alle skulle være fra Norge. Jeg ser det som en stor kvalitet å få folk med forskjellig erfaring. Vi så også på andre kvalifikasjoner, artikkelskriving, forskning, eller andre relevante virksomheter.

En del har jobbet som sekretærer i helsevesenet, noe jeg tenker er ganske nyttig. Det er også helt andre ting – flere er multitalenter som er supergode i idrett, forsker, opplagt flinke til å jobbe mye, tåler mye... Det er fristende å ha noen av dem. Også så vi på hvor folk kom fra, at ikke alle er fra Oslo eller Østlandet. Personlig egnethet er jo vanskelig å bedømme, men vi vil ha folk som tåler en støyt. Det er ganske tøft å starte i turnus, og det er kjekt å ha en del folk som gjør det med et visst overskudd og en viss offensivitet, men da blir også folk ganske like.

Ble kandidatene intervjuet?

– Ingen ble intervjuet i forkant av utvelgelsesprosessen, men referanser ble ringt. Et vanlig intervju er heller ikke så enkelt. Søkeren kan være stresset, og jeg er usikker på hvor mye vi har tapt på å ikke innkalle folk til intervju.

Kan du beskrive prosessen videre?

– De ti første av de 20 utvalgte ble ringt og spurt om de hadde satt opp Gjøvik som nr én, hvorfor de hadde satt opp akkurat Gjøvik og om de ville ta plassen hvis de fikk tilbud. 2-3 stykker ville ikke helt sikkert ta Gjøvik som nummer én, men fikk tilbud om plass allikevel. Av de ti som fikk tilbud, sa 5-6 ja med en gang. De neste plassene var vanskelig å få besatt siden de neste på listen da hadde takket ja til plass andre steder. Rundene tar veldig kort tid, så det er en utfordring å plukke ut kandidater som du har veldig stor tro på at takker ja. Det er også utfordrende å ha gode kriterier for hvem som slipper gjennom i søkerbunken, og jeg er mer skeptisk nå enn det jeg var, til å la personalavdelingen sile.

Det er vanskelig å skille søkerne?

– Ja, du får folk som er flinke i alt. Folk er flinke, spreke, hyggelige, og en av utfordringene er å ikke få veldig like folk. Vi prøvde å se på hva folk driver med ved siden av. Er det noen som skiller seg ut, f.eks. ved å være musikere, kunstneriske eller ha helt sære interesser? Hvis det kun er én eller to personer som vurderer søknadene, vil man bli smal i sin vurdering. Derfor er det et poeng at flere er inne og diskuterer og kaster lys over hvem vi skal velge. I neste ansettelsesprosess skal vi ha et ansettelsesutvalg med assistentlege, turnuskandidat, saksbehandler og to



Kristoffer W. Hagen. Foto: Anja Fog Heen

overleger, så det i hvert fall blir fem stykker som går gjennom og screener søknadene.

Har noen fra kommunen vært med, eller aksepterer kommunene at dere velger turnuslegene uten at de er med å bestemme?

– Det har dessverre ikke vært et system for at vi inviterer dem inn, men jeg vet at de er interessert i det, og at de føler at de er satt på sidelinjen.

Turnustjenesten kan jo være gode rekrutteringsmuligheter for dem også?

– Absolutt, det er et veldig godt poeng. Det er noe med å få forskjellige øyne som ser på dette for å få en kvalitativt god gruppe, gode kandidater, og ikke få dem for like.

Opplever du som arbeidsgiver at turnuskandidatene dere har nå er bedre kvalifisert enn de dere hadde da det var loddtrekning?

– På den måten at de er jevnere. De er ikke nødvendigvis bedre enn de beste vi har hatt før, men det er veldig få som har problemer med å takle tempoet. Vi ser at de er godt kvalifisert. Vi kan plukke ut dem vi ser vil fungere bra i jobben, og det er mye mindre sjans for at folk skal få problemer. Det er jo litt



Even Reinertsen. Foto: Anja Fog Heen

sammenfallende med at vi får bedre og bedre systemer for å ta oss av folk. Vi har kanskje blitt litt dårligere til å ta oss av turnusleger som sliter. Det er også noe man bør ha på repertoiret og ha erfaring med. Det vil alltid kunne skje, og det er en kvalitet å kunne dette.

I den nye ordningen har særplussordningen falt bort. Får de som tidligere ville vært i denne kategorien jobb nå?
– Det er helt klart, folk som ikke faller inn i det effektive sporet, sliter med å få jobb.

Hva tenker du man kan gjøre med dette?

– Jeg har tenkt at man kanskje burde hatt egne plasser til folk som trenger særlige tilpasninger. Vi hadde ikke det denne gangen. Det synes jeg man bør ha, også må man diskutere hvem som skal slippe gjennom nåløyet der selvfølgelig.

Kristoffer, hvordan opplevde du ansettelsesprosessen? Var den slik den bør være?

– Vi fikk plass begge to og var jo veldig fornøyd med det, men i løpet av prosessen var det mye usikkerhet.

Hva er dine medkullingers erfaringer?

– Det virker som om det var ganske vilkårlig hvem som fikk jobb og ikke. Den usikkerheten er vanskelig når man er søker; man har ingen aning om hva de ser etter på Gjøvik, eller hva de

leter etter i Harstad eller Oslo? Det hadde vært lettere med noen kriterier/prioriteringer å forholde seg til.

Visse steder har de brukt tester for å sile kandidatene, såkalte ferdighetstester som er vanlige i visse deler av arbeidslivet for øvrig. Hva tenker du om det, Even?

– Jeg er kjempeskeptisk til det. Jeg vil heller se på hva de ikke kan, eller hva annet de driver på med, enn det jeg alt ser at så mange er så flinke til. Jeg vil mye heller ha noen som kan noe annet.

Even, kan man få jobb hvis man ikke har noen arbeidserfaring?

– Ja, dersom man har noen helt andre erfaringer. Det er enkelt å føre opp i søknaden om man er norgesmester i en idrett eller toppmusiker eller liknende, men vi er ute etter noen som rommer noen andre dimensjoner for å få inn noe annet enn det vi har mye av.

Hvis dere skulle endre på noe, hva ville det vært?

Even: – Noen kvoter så det ikke er helt fritt frem hvem som ansettes, at noen plasser reserveres for noen grupper, og at det var bestemt på overordnet plan og lagt føringer for det.

Kristoffer: – Begrense antall søknader per søker så det blir lettere for alle, og gjøre det tydeligere hva de forskjellige sykehusene prioriterer.

I det siste har det vært mye fokus på lokal tilknytning som et kriterium for å få jobb. Hva tenker dere om det?

Even: – Vi har mange flinke sommervikarer og praktikanter – folk jeg vet er flinke, bra folk. Det er nesten så du kunne fylle kvoten med dem, men for meg var det et poeng å ikke fylle opp hele turnuskullet med søkere som var kjent på sykehuset fra tidligere. Det er ikke sånn at du ikke kan få jobb hvis du er fra Gjøvik eller omgivelsene, men vi kan ikke ha mere enn to i den kategorien. Det er derfor vi har planlagt et ansettelsesråd og åpenhet rundt de ulike kandidatene. Da blir sjansene for dårlige vurderinger for mindre.

Kristoffer: – Jeg kan forstå at lokal tilknytning øker sjansen for at turnuslegene ønsker å bli etter endt turnus, men jeg tror trivsel er en vel så viktig faktor. Det er uansett uheldig om lokal tilhørighet alene er avgjørende. Jeg har mer tro på å ansette godt kvalifiserte turnusleger og å jobbe aktivt med å få dem til å bli.

Det siste om lokal tilhørighet, begrensninger i antall søknader og ansettelseskriterier er ikke sagt. Debatten raser videre, både i media, blant medisinstudentene og i utallige sykehusganger.

Ylf mener at kvalifikasjonsprinsippet skal gjelde og at det bør være synlige og etterprøvbare rekrutteringskriterier som tas med i utlysningsteksten. Aktuelle kandidater bør intervjues, og tillitsvalgte bør involveres og ha en sentral rolle i ansettelsesprosessen.



Tilde Broch Østborg

tilde.ostborg@gmail.com



FOTO: EJD

Forum om arbeidsforhold for yngre leger i Europa

European Junior Doctors (EJD) arrangerte 15/3-14 et forum om arbeidsforhold for yngre leger i Europa, hvor Slovenske Yngre Leger var vertskap. Her deltok representanter fra styret i EJD og inviterte foredragsholdere, samt ca. 30 slovenske studenter og yngre leger.

Gjennom foredrag fra flere slovenske og inviterte internasjonale foredragsholdere ble forholdene i Slovenia, Malta, Tyskland og Norge belyst. Malta gjorde rede for hvordan de har klart å redusere brain drain fra hjemlandet ved å opprette flere utdanningsstillinger, og koordinere disse med det britiske spesialiseringssystemet. Fra Norge gjorde vi rede for hvordan så mange jobber korte kontrakter, og informerte om det politiske ønsket fra regjeringen om en deregulering av så vel arbeidstidsbestemmelser og mer kveldsarbeid for leger.

Kroatias representant underrettet om status for det europeiske arbeidstidsdirektivet, og status for implementering i ulike land. Til tross for at direktivet tilsier en øvre grense på 48 timer ukentlig arbeidstid, er dette implementert i svært varierende grad. Mange land rapporterer arbeidstid opp mot 70-80 timer, og enkelte over 100 timers gjennomsnittlig uke.

Mest interessant ble det imidlertid i etterkant av at to av representantene fra den slovenske legeföreningen hadde presentert

spesialiseringssituasjonen i Slovenia. På papiret fremsto det som en strukturert utdanning med veiledning, og visepresidenten hevdet at kun 10 leger hadde forlatt Slovenia de siste årene. Dette ble møtt med furore blant de fremmøtte studentene og yngre legene. De fortalte om ferdig utdannede leger som jobbet frivillig og gratis i årevis for å få starte utdanning, massiv utvandring, utbredt nepotisme, deregulert arbeidstid og til dels fraværende strukturert utdanning for yngre leger.

EJD reagerer særlig på det "frivillige" gratisarbeidet som utføres av ferdig utdannede leger. Vi mener det maskerer reelt behov for legearbeidskraft, og er en helt uholdbar bruk av høyt utdannet arbeidskraft. EJD vil i etterkant av forumet utforme en resolusjon mot denne typen ordninger.

Neste forum for EJD avholdes høsten 2014 i Amsterdam. Da blir temaet oppgaveglidning.

Avdeling for økonomi og administrasjon

Avdeling for økonomi og administrasjon er den største avdelingen i Legeforeningens sekretariat. Avdelingen driver veiledning og rådgivning mot tillitsvalgte i foreningsleddene knyttet til både økonomi og IT, og legger til rette for foreningsleddenes møtevirksomhet i Legenes hus.

Hva er avdelingens kjerneoppgaver?

Økonomi- og administrasjonsavdelingen (ØKAD) har ansvar for et bredt spekter av oppgaver innenfor økonomistyring, kapitalforvaltning, medlemservice samt administrative støtte- og forvaltningsfunksjoner i Legeforeningen.

På økonomisiden er regnskapsførsel, utbetaling av lønn- og andre ytelser, budsjettarbeid og rapportering, samt forvaltning av overskuddslikviditeten i foreningen sentrale oppgaver. Avdelingen leverer regnskapstjenester til alle yrkesforeningene, samt til Oslo legeforening, Medisinstudentforeningen, et mindre antall fagmedisinske foreninger, fond, legater og stiftelser. Videre er avdelingen ansvarlig for driften av Legenes Hus, og for tjenester innenfor områdene HR, IKT, kantine- og sentralbord, samt arkiv og post. Avdelingen har også ansvar for ajourhold av medlems- og arbeidsstedsopplysninger, behandler søknader om kursrefusjon til utdanningsfondene II og III, søknader fra privatpraktiserende leger om lån i Lånefondet og om ytelser fra SOP.

Hvordan er avdelingen organisert og hva slags fagfolk jobber der?

ØKAD har om lag 40 ansatte og er med det sekretariatets største avdeling. Avdelingen ledes av økonomidirektør Erling Bakken. I avdelingens stab arbeider i tillegg finanskontroller, teknisk sjef og kvalitets sjef/leder for generalsekretærens stab. ØKAD er videre inndelt i fire seksjoner: Økonomi, IT, Medlem og Administrasjon/HR. I hver av seksjonene jobber det fagfolk med lang erfaring og bred fagkompetanse innen sine felt.



SERIE: BLI BEDRE KJENT MED LEGEFORENINGEN

Den norske legeforenings formål er å jobbe for felles faglige, sosiale og økonomiske interesser for sine medlemmer, fremme kvalitet i legeutdanningen og den medisinske fagutvikling, fremme medisinsk vitenskap og å arbeide med helsepolitiske spørsmål.

Legeforeningen består av 19 lokalforeninger, 7 yrkesforeninger og 45 fagmedisinske foreninger.

Hvordan jobber avdelingen sammen med tillitsvalgte og medlemmer forøvrig?

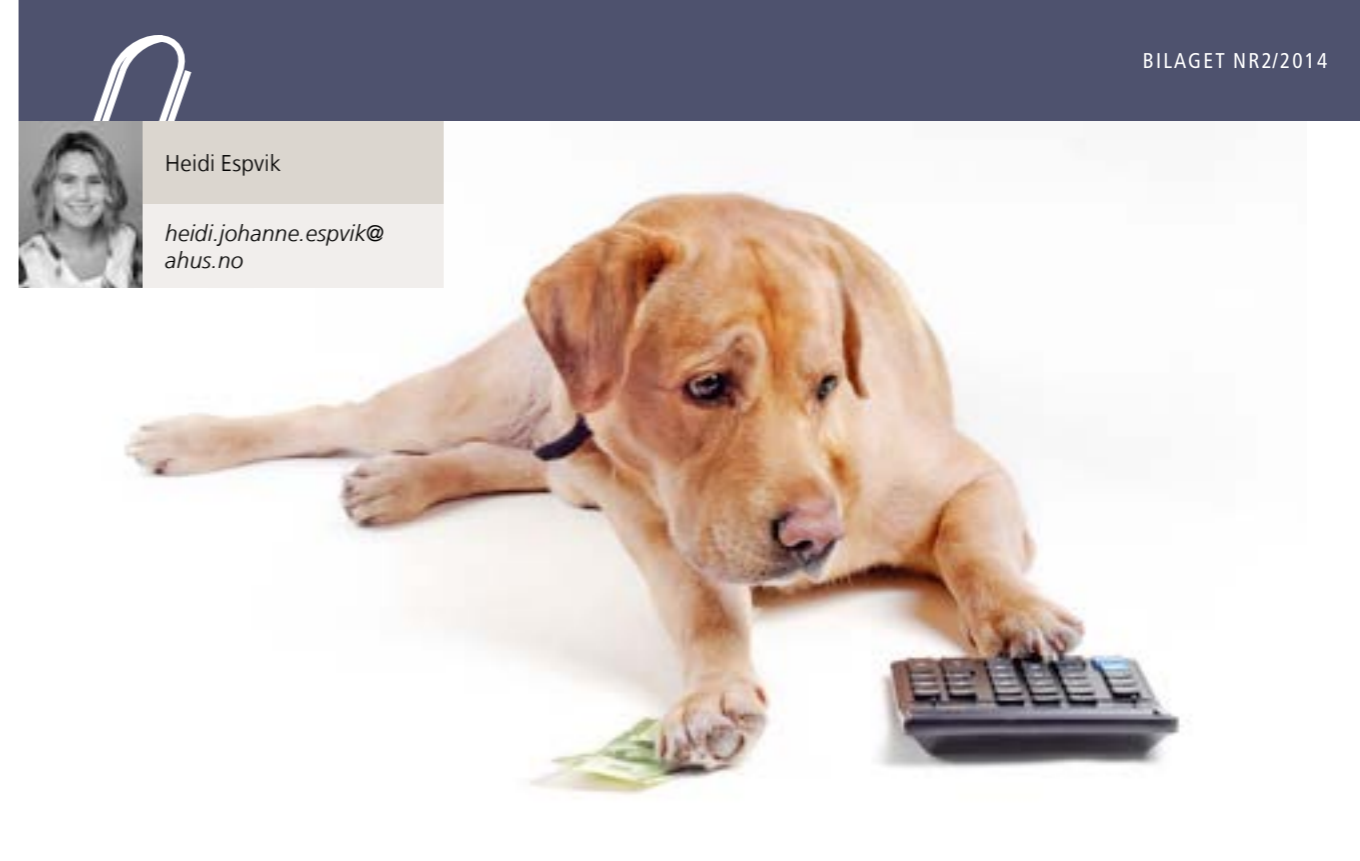
Avdelingen driver veiledning og rådgivning mot tillitsvalgte i foreningsleddene knyttet til både økonomi og IT og legger til rette for foreningsleddenes møtevirksomhet i Legenes hus. Medlemsseksjonen har omfattende interaksjon med medlemmer og tillitsvalgte gjennom utøvelse av medlemsrettede tjenester og forvaltning av regler for ytelser gjennom arbeid mot styrer og utvalg. Det er lagt stor vekt på utvikling av effektive rutiner og systemer for å sikre best mulig medlemservice.

Noen eksempler på viktige saker avdelingen jobber med/ har jobbet med i det siste?

Legeforeningens medlemmer er en interessant kundegruppe for en rekke bransjer, både privat og som næringsdrivende. Legeforeningen ønsker å gjøre nytte av dette og har forsterket arbeidet med å etablere kommersielle tilbud for medlemmer. ØKAD har ansvaret for dette arbeidet. Blant de mest sentrale medlemstilbud er bank, forsikring, reise og hotell, data og telefoni samt bil og drivstoff. Videre er det inngått særlige avtaler for næringsdrivende innenfor områdene pensjon, forsikring og kontorrekvisita og forbruksmateriell. Medlemsundersøkelse høsten 2013 viste at medlemmene er opptatt av kommersielle medlemstilbud. Svarene i undersøkelsen danner grunnlag for videre arbeid på dette området. Avtalen med DNB utløper kommende årsskifte, og det arbeides nå med å sikre et fortsatt godt tilbud innenfor områdene bank og forsikring.

En viktig oppgave for ØKAD som hovedansvarlig for administrative støttefunksjoner i sekretariatet, er utviklingen av nytt felles medlemssystem. Systemet skal understøtte effektiv kommunikasjon internt i sekretariatet på en enkel og brukertilpasset måte, og bidra til god oppfølging av og service til medlemmer og foreningsledd. Systemet skal kunne kobles mot fremtidig telefonisystem og tilby forenklet sakshåndtering der det er hensiktsmessig. Videre skal integrasjon med legeforeningen.no gi medlemmene økt mulighet for selvbetjening.

Arbeidet med sertifisering av sekretariatet som miljøfyrtårn-bedrift har involvert Økonomi- og administrasjonsavdelingen i stor utstrekning. Avdelingen har levert avgjørende bidrag til gjennomgangen av status og identifisering av forbedringsområder. Sertifisering fant sted i februar 2014, med bakgrunn i en omfattende miljøanalyse innen blant annet HMS-feltet, innkjøpsrutiner, energi, transport, ytre miljø, IKT og avfallshåndtering.



Heidi Espvik

heidi.johanne.espvik@
ahus.no

Lønn som fortjent?

Noen lever for jobben, andre jobber for å leve. Men uansett hvor idealistiske vi er eller hvor moro vi har det på jobben, så liker vi å få betalt for den jobben vi gjør. I dette bilaget vil vi forsøke å gi deg en bedre forståelse av hva som inngår i lønnsberegningen for leger ansatt i sykehus, og dermed gjøre det lettere å forstå lønnslisten. Ta vare på dette bilaget og bruk det til å slå opp i neste gang du har spørsmål vedrørende lønn!

Lønn er en godtgjørelse, vanligvis i form av penger, vi mottar for å ha utført en gitt mengde arbeid. For leger som arbeider i sykehus er det flere elementer som inngår i beregningen av lønn, og det kan være vanskelig å holde rede på hva man faktisk skal ha betalt for den jobben man gjør. Lønnslisten vi får hver måned i forbindelse med lønnsutbetalingen gir en oversikt, men den kan ofte være svært forvirrende og vanskelig å forstå.

Gjensidighet

Arbeidsgiver og arbeidstaker har begge en plikt til å kontrollere at utbetalt lønn faktisk er korrekt. For å kunne gjøre det, må man forstå lønnsystemet og vite hva korrekt lønn skal være. Dersom man har fått utbetalt for høy lønn, kan det føre til krav om tilbakebetaling av det overskytende beløpet. Det finnes også eksempler på leger som har fått utbetalt for lite lønn over tid, og som har fått etterbetalt store summer. Det er 3 års foreldelsesfrist på slike lønnskrav, så det kan være en fordel å sjekke lønnslisten regelmessig!

Lønnsbegreper

Det er flere elementer som bidrar til sluttsummen på lønnslisten, ref. A2: § 5.3.1 Lønn

Lønn består av følgende:

- Basislønn
- Minimumslønn
- Tillegg for dr. grad
- Eventuelle andre kollektivt avtalte tillegg avtalt mellom partene i det enkelte helseforetak
- Individuelle tillegg. Det kan avtales at det individuelle tillegget eller deler av tillegget, inngår i basislønnen.
- Vaktlønn
- Tillegg for utvidet tjeneste/arbeidstid i henhold til § 3.3, annet ledd
- Kompensasjon for ambulerende tjeneste/rotasjonsordning
- Kompensasjon for særlige aktiviteter

Utover dette kommer kompensasjon for tilfeldig overtid og uforutsette vakter.

Minimumslønn er det vi betales for en vanlig arbeidsuke. En vanlig arbeidsuke er på 38 timer dersom man i sin tjenesteplan har vakt i tidsrommet mellom kl. 20.00-06.00. For leger som ikke har vakt i denne tiden, er en arbeidsuke på 40 timer. Dette inkluderer 2,5 timer såkalt pliktig utvidet arbeidstid (PUA), jmf. A2 §3.2 og 3.3. Minimumslønnen forhandles i det sentrale lønnsoppgjøret, og fremgår av A2 §5.4.

§ 5.4.3 Turnusleger

Turnusleger – kr 433.500

Cand. med som venter på turnusplass, lønnes som turnusleger

§ 5.4.4 Leger i spesialisering

Minimumslønnen for LIS er justert i lønnskategorier avhengig av hvor mange år legen har fullført i sitt spesialiseringssløp:

- Kategori A: 0-2 år av gjennomført spesialistutdanning – kr 484.000
- Kategori B: 2-4 år av gjennomført spesialistutdanning – kr 522.500
- Kategori C: > 4 år av gjennomført spesialistutdanning – kr 563.000

Det kan være verdt å merke seg at leger som er borte i forbindelse med foreldrepermisjon har rett på et individuelt lønnstillegg tilsvarende det kategoriopprykk de ville fått om de var i arbeid. Det er også viktig å nevne at den enkelte selv må søke om kategoriopprykk når man kvalifiserer for det.

Doktorgradstillegg er en godtgjørelse til leger med doktorgrad som driver aktiv forskning. Dette tillegget er for tiden på minimum 42.500kr, jmf. A2 §5.4.6.

Enkelte helseforetak har avtalt **kollektive tillegg**. Dette vil for eksempel være rekrutteringstillegg. Noen leger har også avtale om **individuelt tillegg**. Dette er særlig aktuelt for leger som har tilegnet seg en spesiell kompetanse som arbeidsgiver er avhengig av.

Minimumslønn pluss doktorgradstillegg utgjør til sammen basislønn. Kollektive og individuelle tillegg kan også inngå i basislønnen, men dette varierer mye og må avtales spesifikt. Disse elementene utgjør altså den faste lønnen vi får for en vanlig arbeidsuke på hhv 38/40 timer. Basislønn er et viktig begrep i lønnsammenheng. I det videre skal dere se at kompensasjon for bl.a. vaktlønn og utvidet arbeidstid regnes ut som en prosentats av basislønn.

Videre kommer lønnelementer som er avhengig av den enkeltes tjenesteplan. Det er her verdt å nevne at ved bruk av tjenesteplaner blir de ulike elementene gjennomsnittsberegnet (f.eks. vaktlønn og UTA), slik at man normalt har en fast utbetaling hver måned til tross for at det faktiske antall arbeidede timer kan variere veldig fra uke til uke og måned til måned.

Vaktlønn er en kompensasjon for utøvelse av vakttjeneste mellom kl. 17.00 og kl. 07.00, i tillegg til lørdag, søndag og helge- og høytidsdager. Kompensasjonen utbetales som et tillegg pr vakttime (aktive og omregnede passive timer). Antall beregnede vakttimer skal være angitt i den enkeltes tjenesteplan. Satsen for vaktlønn en prosentandel av basislønn, for tiden minimum 0,027%, jmf. A2 § 5.6.

Utvidet arbeidstid (UTA) er de timene som det i tjenesteplanen er avtalt mellom arbeidsgiver og den enkelte lege at skal arbeides utover vanlig arbeidstid (altså utover hhv 38/40 timer pr uke, se over). Som tidligere nevnt er vi pålagt 2,5 timers utvidet arbeidstid pr uke (PUA), men det kan altså avtales ytterligere utvidelse av arbeidstiden mellom arbeidsgiver og den enkelte lege. Det er viktig å understreke at denne arbeidstiden er frivillig, og hver enkelt kan når som helst si opp denne arbeidstiden dersom man ikke lenger ønsker den. UTA kompenseres med en timesats som er en prosentandel av basislønn. Satsen varierer lokalt, men minimumssatsen er for tiden 0,08%.

Kompensasjon for ambulerende tjeneste/rotasjon eller andre særlig aktiviteter skal avtales i det enkelte helseforetak, eller mellom arbeidsgiver og den enkelte lege.



I tillegg til disse faste lønnelementene, skal man ha betaling for arbeidstid som ikke fremgår av tjenesteplanen, dvs. arbeid som ikke er mulig å planlegge eller forutse.

Tilfeldig overtid er alt arbeid som utføres utenfor avtalt arbeidstid. I hovedsak gjelder dette når man finner at pågående arbeid av forsvarlighetshensyn ikke kan utsettes til neste dag. Slik overtid kompenseres med minimum 0,08% av basislønn pr time.

Uforutsett vakt (UF) defineres som vakter som ikke fremgår av den enkeltes tjenesteplan, og skal kompenseres med minimum 0,13% av basislønn pr vakttime.

For leger med passiv vakt skal utrykning på vakt kompenseres med minimum 0,08% av basislønn. Enkelte foretak har lokalt avtalt UF-sats på 0,13% for utrykning på uforutsett vakt.

Som vi ser er altså flere av lønnelementene beregnet som en prosentandel av basislønn. Økt basislønn fører dermed til økt lønn for disse elementene også. Isolert sett vil en økning av basislønn på noen tusen kroner tilsynelatende gi minimale utslag på satsene til de ulike lønnelementene, men ilet ett år kan det fort utgjøre en betydelig sum.

Feriepenger

Feriepenger beregnes fra inntekten i kalenderåret før ferien skal avvikles (= feriepengegrunnlaget), og utgjør 12% av feriepengegrunnlaget. Dette beløpet gis som en godtgjørelse den måneden man trekkes for ferie. Det trekkes ikke skatt den måneden feriepengene utbetales. Feriepengene inngår imidlertid i skattbar inntekt, slik at beløpet blir beskattet de øvrige månedene i året.

Alle arbeidstakere plikter å ta ut ferie, og dermed blir alle i utgangspunktet trukket for 5 uker ferie. Normalt gjøres dette i juni eller juli. I praksis fungerer det slik at man er satt opp med sin vanlige lønn denne måneden, blir så trukket for 5 uker ferie, og deretter blir feriegodtgjørelsen lagt til. Trekket for 5 ukers ferie utgjør normalt mer enn en ordinær månedslønn (som tilsvarer lønn for ca. 4,33 uker). Denne måneden står derfor de

vanlige lønnelementene oppført på lønsslippen, men med påfølgende trekk for ferie.

For ferske leger kan det være nyttig å merke seg at dette innebærer at man kan komme svært dårlig ut første året man jobber dersom man ikke har opparbeidet seg feriepengegrunnlag året før ferien. Velger man da å ta ut mer ferie enn det man har opparbeidet grunnlag for, kan man ende opp med negativ utbetaling i feriemåneden (i praksis er man altså skyldig arbeidsgiver penger), og at man trekkes ytterligere på neste lønnsutbetaling. Det er i en slik situasjon viktig å merke seg at loven åpner for at man ikke plikter å avvile mer ferie enn det man har opptjent grunnlag for. Man må gi beskjed til lønns-/personalkontoret om at man ikke ønsker å bli trukket for full ferie. Frist for å gi beskjed om dette varierer lokalt.

Lønsslippen

Lønsslippen kan være vanskelig å forstå, og de fleste har ingen forhold til de kodene og beløpene som står oppført der. Da kan det være lurt å først kontrollere de store viktige elementene, og deretter lære seg noen viktige sjekkpunkter. Minimumslønnen skal fremgå tydelig av lønsslippen, slik at det skal være enkelt å kontrollere at man er plassert i rett lønnskategori. Tjenesteplanen din skal inneholde opplysninger om hvor mange vaktlønnstimer og UTA-timer du har gjennomsnittsberegnet pr uke og pr måned (timetall pr måned beregnes som timer pr uke x 52 uker/12 mnd., dvs. x 4,33). Disse tallene bør du gjenfinne på lønsslippen. Det kan være en god idé å sammenlikne sin egen lønsslipp med en kollega som går i samme tjenesteplan. Da kan man enkelt kontrollere at man får betalt for samme antall timer vaktlønn, UTA osv.

Avtalte tillegg, kollektive eller individuelle, er normalt avtalt som årsbeløp, men vil på lønsslippen angis som månedsbeløp. Det kan derfor være litt vanskelig å gjenkjenne dem. Har man f.eks. et individuelt tillegg på 15.000 kr pr år vil det angis som 1250 kr på lønsslippen, og et doktorgradstillegg på 42.500 kr vil stå som 3541,67 kr. De som har slike tillegg skal kunne gjenfinne disse beløpene på lønsslippen hver måned.

Det er viktig å merke seg at de satser for vaktlønn, UTA-tid, overtid, UF-vakt osv. som er angitt her er minimumssatser. Enkelte helseforetak har forhandlet seg frem til høyere prosent-satser av basislønn som kompensasjon for disse timene. Noen foretak har også ulike satser for turnusleger, LIS og overleger. I den gjeldende B-delsavtalen for ditt foretak vil du finne hvilke satser som gjelder for deg. Du kan også kontakte tillitsvalgte, som bør kunne svare deg på dette.

Eksempel:

En LIS kategori B uten andre tillegg, og som etter tjenesteplan jobber gjennomsnittlig 5,2 UTA-timer og 12,3 vakttimer pr uke. Kat. B utgjør for tiden 502.000 kr. Legen jobber i et foretak som har minimumssatsene i sin avtale.

Basislønn: 522.500 kr
522.500 kr/12 = 43.541,67 kr pr mnd

Vaktlønn: $522.500 \text{ kr} \times 0,00027 (0,027\%) = 141,08 \text{ kr pr vakttime}$
 $141,08 \text{ kr} \times (12,3 \text{ timer} \times 4,33 \text{ uker})$
 $= 7.513,78 \text{ kr} = \text{vaktlønn pr mnd.}$

UTA: $522.500 \text{ kr} \times 0,0008 (0,08\%)$
 $= 408,00 \text{ kr pr UTA-time}$
 $408,00 \text{ kr} \times (5,2 \text{ timer} \times 4,33 \text{ uker}) = 9.186,53 \text{ kr}$
 $= \text{UTA pr måned}$

Disse beløpene skal føres på egen linje på lønnslippen hver måned. Så lenge man arbeider etter samme tjenesteplan og satsene ikke endres, skal ikke disse beløpene endre seg.

Evt. uforutsette vakter og annen tilfeldig overtid føres på lønnslippen på egen linje, med antall timer og sats på hhv 0,13% og 0,08%. I eksempelet vårt tenker vi oss at legen denne måneden har jobbet 15 timer uforutsett vakt og 2 timer tilfeldig overtid. Lønnslippen bør da vise følgende:

Uforutsett vakt: $522.500 \text{ kr} \times 0,0013 (0,13\%)$
 $= 679,25 \text{ kr pr uforutsette vakttime}$
 $679,25 \text{ kr} \times 15 \text{ timer} = 10.188,75 \text{ kr}$

Tilfeldig overtid: $522.500 \text{ kr} \times 0,0008 (0,08\%)$
 $= 418,00 \text{ kr pr overtidstime}$
 $418,00 \text{ kr} \times 2 \text{ timer} = 836,00 \text{ kr}$

På lønnslippen skal det føres oversikt over faktisk utført overtidsarbeid akkumulert i kalenderåret. Dette kan brukes som kontroll i forhold til Arbeidsmiljølovens begrensninger av hvor mye overtid det lov til å arbeide (AML §10-6).

Lønnstrekk

I tillegg til alle lønselementene vil du finne en del trekk på lønnslippen. Disse beløpene angis med minus (-) etter beløpet. De viktigste trekkene er:

Skatt: hvilket beløp som trekkes i skatt er avhengig av hva som er angitt på innlevert skattekort. Har du ikke levert skattekort, vil arbeidsgiver trekke 50% frem til dette leveres.

OU-fond: Et lite beløp, ca. 10 kr, trekkes hver måned fra alle lønsmottakere til et såkalt Opplysnings- og utviklingsfond. Det kan søkes om midler og stipender fra disse fondene til arbeid som faller innenfor fondets vedtekter. Vedtektene er ulike innen de forskjellige organisasjonene (Spekter, Virke og Oslo Kommune). Alle ansatte betaler omtrent samme beløp, og beløpet vil vanligvis være avhengig av stillingsstørrelsen man har, ikke av samlet lønn.

Pensjon: Offentlig ansatte leger betaler inn til en pensjonskasse, normalt 2-2,5% av lønnen. Vi har liten innvirkning på dette lønnstrekket. Hvilken pensjonskasse man er medlem i, er avhengig av hvor man er ansatt og fremgår av lønnslippen. Enkelte pensjonskasser tilbyr gunstige forsikringer og boliglån, så dette kan være verdt å sjekke.

Etter denne gjennomgangen håper vi dere synes det er greit å sette seg ned med lønnslippen og kalkulator for å kontrollere at du får den lønna du fortjener for jobben du gjør!

(Denne teksten er en gammel Forumklassiker, og mens jeg redigerer den oppdager jeg at jeg har fått for lite vaktlønn i år! Oppfordringen er herved overlevert- se nøye over lønnslippen din!)

Oppklarende om ferie i turnustjenesten

Det har dessverre sneket seg inn en feil i feriebilaget I Forum 1-14. Det står at det for turnusleger i sykehus godtas et totalt feriefravær på fem uker fordelt likt på de aktuelle avdelinger. Dette gjelder kun for den gamle turnusordningen.

Permisjoner, ferie og annet fravær fra den samlede turnustjenesten i sykehus og kommune, kan være inntil to måneder i den nye turnusordningen. Det totale fraværet på to måneder bør som hovedregel være fordelt likt på de aktuelle avdelinger og mellom sykehus og kommune. Ved fravær utover dette, kan det være aktuelt å stille krav om delvis ny utførelse av tjenesten. Dette vurderes av Helsedirektoratet. Ferielovens bestemmelser som beskrevet i forrige nummer gjelder for turnusleger.

Bli den beste utgaven av deg selv!



**BLI BEST MED
MENTAL
TRENING**
Erik Bertrand Larssen

Mange av oss har kanskje hatt en drøm om å klare å trene før morgenmøtet, lese litt flere artikler enn vi faktisk gjør eller øve litt mer på kirurgisk teknikk enn det hverdagen gir plass til. Med bakgrunn fra forsvaret og næringslivet har Bertrand Larssen gjort suksess med å være mental trener for blant annet store idrettsutøvere, næringslivstopper og kulturpersonligheter. I boken "Bli best med mental trening" er bokens mål at man skal lære å hente frem sine skjulte ressurser og bli den beste versjonen av seg selv.

Boken er delt i to deler som omhandler henholdsvis hverdagen og prestasjonen. Hver del beskriver utfordringer og hindringer mange vil kjenne seg igjen i som forklaringer på hvorfor man ikke har nådd sine mål.

Boken er kort og littlest – den kan leses på noen timer. Formen er svært muntlig, og det refereres til forskning på området, for det meste uten kildehenvisninger. Ikke alt virker like troverdig – f.eks. at etter 10 000 timer trening på en spesifikk aktivitet vil ethvert normalt menneske befinne seg i verdenstoppen når det gjelder å utføre akkurat den aktiviteten, eller ved å gjøre noe i fast i to uker er en vane etablert. Det blir til tider litt vel tabloid, men det gjør også boken lettles og tilgjengelig. Boken inneholder mange nyttige større og mindre tips og beskrivelser av teknikker som kan brukes, og det er særlig fokus på visualiseringsteknikker. Det er også mange sitater fra fornøyde kunder som understøtter teksten, samtidig som de fungerer som reklame for Bertrand og hans konsulenttjenester.

Det er lett å tenke at dette er en bok mest for de som ønsker seg å nå toppen av pallen, enten det er i idrett eller næringslivet. Det passer nok ikke for alle å slå seg på brystet og rope at man er rå for å utløse sitt potensiale, som boken foreslår. Boken er absolutt verd å lese hvis man har ønske om å forbedre seg på bestemte områder. Ved å følge boken og tilpasse teknikkene til eget humør og tempo, vil jeg tro den nettopp kan hjelpe mange til å bli den beste utgaven av seg selv, enten det er på familiefronten, i skisporet eller akademia.

Anja Fog Heen



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/3DMENTAT

Med HMS som ledestjerne

Kona til god venn av meg, som da jobbet som HMS-leder i oljebransjen, skulle føde på et Norsk lokalsykehus. Under andre fase oppsto det komplikasjoner og jordmor mistet så CTG-kontakt med barnet, samtidig som utdrivningen nesten stoppet opp. Jordmor bestemte seg for å sette på en skalpelektrode, men klarte ikke å få denne koblet opp. Etter 15-20 minutter med forsøk, ble gynekolog tilkalt og barnet forløst med vakuüm. Apgar var lav, men etter en kort resuscitering kom det seg og han er i dag en helt frisk og normal gutt. Heldigvis.

Min venn tok opp dette med avdelingsledelsen dagen etter, og han fikk da vite at grunnen til at jordmor ikke hadde klart å koble til skalpelektroden var at hun var vikar og var vant til annet utstyr enn det de hadde på sykehuset. Min venn lurte på hvordan de skulle forhindre at dette skjedde igjen, og om de hadde tenkt å sørge for et system for å sikre at ansatte fikk opplæring i utstyret på avdelingen før de ble satt til å bruke det. Svaret han fikk var at de ikke hadde tenkt å skrive noen avviksmelding eller ta det opp videre fordi det kunne tolkes som kritikk av en kollega som tross alt hadde gjort så godt hun kunne, dessuten gikk det jo bra. Min venn kom dessverre ikke så langt med sine innvendinger om at det ikke handlet om kritikk av en kollega, men om HMS-systemer på arbeidsplassen.

Dette er et innlegg om HMS og hvorfor det burde erstatte begrepene pasientsikkerhet og kvalitet i helsevesenet. Pasientsikkerhet og kvalitet har blitt de to nye mantraene i helsevesenet de siste årene. Legeforeningen publiserte sin statusrapport i 2011 med tittelen "Med kvalitet som ledestjerne". Alle helsepolitikere snakker om kvalitet og pasientsikkerhet, og det har blitt gjort mye godt arbeid med dette, både lokalt og sentralt.

Pasientsikkerhet og kvalitet er ikke nytt i helsevesenet, men det er nytt at det får så stort fokus. Helsevesenet er nå i startgropa med et systematisk sikkerhetsarbeid lik det som har foregått i resten av arbeidslivet de siste 40 årene. Helsevesenet vil i den anledning gjøre klokt i å se til den kompetanse og systematikk som er opparbeidet i andre virksomheter. Spesielt oljebransjen og bygg- og anleggsbransjen har kommet langt i sitt arbeid. Forskjellen er at utenfor helsevesenet heter det ikke pasientsikkerhet eller kvalitet, det heter HMS.

Kan helsevesenet lære noe av andre?

Noen vil sikkert spørre seg hvorfor helsevesenet skal se til en bransje som er så ulik vår egen. Vi leger er jo også ganske glade i å anse oss som spesielle og annerledes. Oljebransjen deler flere

fellestrekk med helsevesenet. For det første er prosessene og operasjonene som foregår i begge bransjer svært komplekse. Mange aktører må samarbeide om de fleste ting som skal gjøres, både med tanke på planlegging og utførelse. Når ting går galt i oljebransjen har det også dessverre en tendens til å få svært alvorlige konsekvenser, ikke ulikt helsevesenet. Begge bransjer er høyteknologiske og ansatte må hele tiden holde seg oppdatert på nye løsninger og produkter. Begge bransjer krever at ledelse og ansatte til enhver tid er årvåkne, oppmerksomme og jobber systematisk for å redusere risiko og forebygge uønskede hendelser.

HMS, hva er det?

HMS er en forkortelse for Helse, Miljø og Sikkerhet, som dessverre alt for ofte forbindes med enorme mengder papirarbeid og lite konkrete tiltak, fjernt fra den daglige driften. Dette er ikke tilfelle for oss i oljebransjen. Her er HMS første prioritet, vår "licence to operate". Med helse menes ansattes helse og arbeidsmiljø. Miljø dreier seg ikke om arbeidsmiljø, slik det som regel tolkes, men om ytre miljø, for eksempel med tanke på utslipp av miljøgifter. Sikkerhet omhandler både ansattes sikkerhet og driftssikkerhet. HMS er således en mer helhetlig tilnærming enn rent sikkerhets- eller kvalitetsarbeid. Kvalitet er for øvrig en ganske ullen betegnelse, som trolig betyr noe helt annet for Legeforeningen enn for de sentrale bevilgende myndigheter, i motsetning til HMS, som det finnes etablert systematikk og struktur for i de fleste bransjer. Det er også myndighetspålagt gjennom arbeidsmiljøloven §3-1, som gir ganske detaljerte bestemmelser for hva det skal innebære.

Godt HMS-arbeidet er systematisk og gjennomsyrrer hele virksomheten fra topp til tå. Når vår toppledelse i Statoil sier at vårt mål er null skade på mennesker, miljø og utstyr, mener de det, og de sørger for at hele bedriften jobber for å nå målet. Ledere blir målt både på HMS-arbeidet de gjør og på HMS-statistikken det resulterer i, det samme gjelder våre leverandører og underleverandører.

Hvorfor gjør Statoil dette? Delvis gjør vi det fordi vi må. Det stilles svært strenge myndighetskrav til selskapet, og dersom vi skal kunne fortsette å drifte på norsk sokkel, må vi være gode på HMS. Imidlertid er målet vårt ikke «vi skal drive godt nok

HMS-arbeid til at vi oppfyller myndighetskrav og kan fortsette å drifte», vi er noe mer ambisiøse enn som så. Dette gjør vi fordi det lønner seg. Statoil, i likhet med mange andre private bedrifter, vet at godt HMS-arbeid er lønnsomt. Med god HMS har du færre dyre ulykker, mer regulær drift, færre miljøutslipp og mer effektive og motiverte ansatte. I tillegg kommer det etiske aspektet. Er det etisk riktig å utvinne olje og gass dersom ansatte jevnlig dør eller blir skadet på jobb?

HMS, hvorfor det?

Det neste retoriske spørsmålet blir da: Virker det? Hvis vi ser på statistikken over arbeidsskadedødsfall i norsk arbeidsliv de siste 40 årene, ser vi at antallet sysselsatte har økt til omtrent det dobbelte, mens antall arbeidsskadedødsfall har sunket til en sjettedel. Kloke hoder vil da innvende at det nok i hovedsak skyldes at vi jobber mer på kontor og mindre på anleggsplasser og lignende enn vi gjorde før. Det er for så vidt riktig, derfor kan vi se til statistikken fra bygg- og anleggsbransjen. I bygg- og anleggsbransjen var det for 40 år siden til en viss grad normalt at liv gikk tapt. Heldigvis har det skjedd en endring, og statistikken viser at antallet arbeidsskadedødsfall har blitt redusert til omtrent en åttendedel i samme periode. Det samme gjelder for utslipp av miljøgifter fra for eksempel oljebransjen på norsk sokkel. Her har utslippene bare de siste 15 årene blitt redusert med en faktor på over 1000. Dette er ikke tilfeldig, det er resultatet av et systematisk, strukturert og villet arbeid. Arbeidet har gitt gevinster både med tanke på ansattes sikkerhet, helse og arbeidsmiljø, det ytre miljø og driftssikkerheten til bedriftene.

Hvordan er situasjonen så i Norsk helsevesen? Dessverre har vi ikke statistikk over antallet pasientskader eller uønskede hendelser på linje med det vi har i andre bransjer. Det er kun de senere år vi har begynt å telle dette systematisk, og det er en god start. Pasientskadeundersøkelsen, som ble gjennomført i 2010, er imidlertid ikke spesielt lystig lesing. For det første viser den at ca 16% av alle pasientopphold på sykehus medfører en eller annen grad av pasientskade. Videre viser den, med betydelige usikkerhetsmomenter, at det hvert år dør ca 4700 pasienter på norske sykehus på grunn av feilbehandling. Dette er ille nok i seg selv, men mer bekymringsfullt for en som jobber med HMS er hvordan man har kommet frem til tallene. Undersøkelsen er

basert på gjennomgang av journaler med såkalt ”global trigger tool”, hvor man har tatt utgangspunkt i et representativt utvalg av pasientjournaler. Norsk helsevesen vet altså ikke selv hvor mange feil som gjøres, hvorfor de inntreffer eller hvilke konsekvenser de får. Noen må komme i etterkant, utenfra, og gå gjennom journalene for å få rede på det. Dette er etter min oppfatning det mest bekymringsfulle, fordi det tilsier at det ikke finnes tilstrekkelig system og kultur for å rapportere om og å lære av feil. Sykehusene skal nå gå igang med egne «Trigger Tool»-undersøkelser, og man kan jo spørre seg hvor mye kløker sykehusene blir av et slikt tall. Sier det noe om årsakene til hendelsene og setter det sykehusene bedre i stand til å forebygge nye feil?

Anekdoten jeg innledet med er dessverre alt for vanlig i helsevesenet. Det er forståelig, for arbeidet er svært personlig, man er tett på pasientene sine. Negative følger berører det enkelte helsepersonell sterkt. Imidlertid er det ikke de personlige feilene man må ta tak i for å forebygge negative konsekvenser. Det er i verdens rikeste land, i 2014, fortsatt menneskelig å feile. Innsatsen kan ikke være på individuelle feil, den må gjøres på systemnivå. Hvilke systemer har man for opplæring, kompetansesikring og samtrening for aktørene? Hvordan sikrer man at helsepersonellet kommuniserer riktig om sine vurderinger? Hvordan sørger man for at rett kompetanse er på rett sted til rett tid? Og sist, men absolutt ikke minst, hvordan sikrer man at feilhandlinger blir rapportert slik at man kan finne årsakene og la hele organisasjonen lære av dem?

HMS = Kvalitet

Jeg skrev tidligere at HMS er en mer helhetlig tilnærming enn et rent sikkerhetsfokus. Sikkerhet i et HMS-perspektiv dreier seg både om sikkerhet for de ansatte og om driftssikkerhet. Helsevesenets drift er pasientbehandling. HMS i helsevesenet vil derfor, dersom det gjøres riktig, omfatte alt fra ansattes sikkerhet, helse og arbeidsmiljø, skader på ytre miljø (sykehus slipper for eksempel ut en god del antibiotika i kloakken) og pasientsikkerhet. Hvorfor er dette en bedre tilnærming enn en ensidig satsing på pasientsikkerhet?

Det er flere årsaker til dette. For det første er en av hjørnesteinene i godt HMS-arbeid tillit. Dersom ansatte ikke opplever at ledelsen bryr seg om dem, vil de ikke delta i det samarbeidet som kreves. Man må sikre at alle uønskede hendelser blir rapportert, slik at man kan lære av dem. Hvis man vil at ansatte

skal rapportere alt, kan man ikke ensidig fokusere på det som er negativt for pasientene. Spesielt i helsevesenet, men også i andre bransjer, som vår, er det en kjensgjerning at slitne, syke, utbrente eller trøtte ansatte gjør en dårlig jobb. Vi har allerede systemer for å sikre at for eksempel sveisere får tilstrekkelig oppgaverotasjon til at de ikke utvikler belastningsplager. Dels gjør vi dette fordi vi ønsker å forebygge, men vi vet også at en sveiser med senebetennelse i armen lager dårligere sveiser, som igjen går ut over plattformens strukturelle integritet.

Det er også etisk betenkelig å sette én gruppes helse og sikkerhet foran en annens. Er det mindre alvorlig at en gravid ansatt utsettes for uønsket røntgenstråling enn at en gravid pasient blir det?

I helsevesenet er det en rekke arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis er de psykososiale og organisatoriske faktorene mest utslagsgivende for leger. Statoil gjorde i 2010-2011 en undersøkelse der vi vurderte hvorvidt psykososialt arbeidsmiljø påvirker sikkerheten. Vi kartlegger årlig det psykososiale arbeidsmiljøet til våre ansatte, og sammenfatter dette i det vi kaller Psychosocial Risk Indicator (PRI). Vi sammenlignet denne scoren med antall uhellsutslipp (av olje og andre kjemikalier) til sjø og fant en sammenheng som var sterkere enn for andre, mer klassiske risikoindikatorer, for eksempel plattformens alder. Med andre ord, hvis dine ansatte har det dårlig på jobb, går det ut over driftssikkerheten. Derfor blir et ensidig fokus på pasientsikkerheten ikke bare etisk utfordrende, men også langt mindre effektivt enn en helhetlig HMS-tilnærming.

Bak god HMS ligger god styring av arbeidsmiljø og sikkerhet, god planlegging, tillit og god ledelse. For å få til sikker og god drift, må det faglige være ivaretatt som et premiss, faglighet er et middel for å nå HMS-målene. Er ikke da HMS et langt mer presist begrep enn det litt vanskelig definerbare begrepet «kvalitet», som stort sett kan tolkes til alt fra budsjettoppnåelse til faglig dyktighet.

Hva kan vi gjøre?

Så hvordan skal helsevesenet få til et godt HMS-arbeid? Det viktigste er, som med så mye annet, god ledelse. Det trengs modige og tydelige ledere, som tør å ta utfordringen og sette agenda. Man kan ikke bare satse på å være god nok innenfor budsjettammen. Skal man lykkes med HMS, må målet være null skader. Det er ikke realistisk å nå dette målet i nær fremtid, men konsekvensen av å si noe annet blir at organisasjonen vil

kunne tolke det dit hen at det er akseptabelt å si at noen skader «bare skjer», uten at det er mulig å gjøre noe med det.

Det neste man trenger, etter en nullvisjon, er en ledelse som måler på HMS. Mellomledere, avdelinger og ansatte må gis insentiver og måles på sitt HMS-arbeid på lik linje med drift. I Statoil har vi måltavler, og HMS-mål står på disse over de økonomiske. Det er lite gunstig å nå budsjettmålene hvis dine ansatte blir alvorlig skadet eller store mengder olje lekker ut i sjøen. Vi deler ut HMS-priser til de som rapporterer om viktige hendelser og kommer med gode løsningsforslag. HMS blir tatt opp som første tema på alle driftsmøter og setter agenda for alt man driver med. Våre ledere i Statoil leder også HMS-arbeidet. Slik må det være, hvis det skal lykkes.

Når dette er på plass, må man skaffe seg systemer for å jobbe med HMS. Det første er gode rapporteringssystemer for uønskede hendelser. Disse må være anonyme og tillate at alle kan rapportere om alt. Den som rapporterer må kunne følge saken for å se at ting blir tatt tak i, og det må sikre at de som skal jobbe videre med å finne årsaker og å forebygge nye hendelser får den kjennskapen til saken de trenger. Systemene må sikre at hendelser rapporteres på systemnivå, ikke individnivå. Feil ligger på organisasjonsnivå, ikke individnivå. Hvis ansatte risikerer å bli anklaget eller meldt til Helsetilsynet, vil ikke de viktige tingene bli rapportert.

Til slutt trengs tid og kompetanse. Ansatte må ha tid til å rapportere avvik, og det må sikres at organisasjonen har den tiden som trengs til å jobbe systematisk med å lære av dem. Det trengs kompetanse, både på hvordan feil oppstår, men også på hvordan man gransker og finner årsakene til dem. Hvorfor må Helsetilsynets havarikommisjon tilkalles for å granske alvorlige hendelser, hvorfor har ikke sykehusene slik kompetanse selv? For å skaffe tid og kompetanse må det investeres i engasjerte ansatte som ønsker å bidra til dette arbeidet. Det er dessverre ikke nødvendigvis slik at de beste tingene i verden er gratis. HMS-arbeid lønner seg, men for å hente ut gevinsten trengs det investering. Får man denne kompetansen på plass, og setter av tid til at de som har den kan bruke den, vil man kunne jobbe for den system- og kulturendringen som trengs i helsevesenet i dag.

Godt HMS-arbeid handler ikke om å nå et mål og så klappe seg på skulderen, det handler om kontinuerlig forbedring. HMS er kvalitet, bare bedre. Lykke til!

Fredrik Jervell



FREDRIK JERVELL

Fredrik Jervell er under spesialisering i arbeidsmedisin og jobber som bedriftslege i Statoil. Han har tidligere jobbet som fastlege og har vært foretakstillitsvalgt på St. Olavs Hospital i to år. Oppgitte interessekonflikter: ingen.



Marit H. Christiansen

marit.h.christiansen@gmail.com

Kvalitetsarbeid – utgift til inntekts ervervelse, eller berre utgift?

– Om gleden ved å møte seg sjølv i døra.

Legeforeninga har alltid vore opptatt av kvalitet. Kanskje eit ullent omgrep, men til sist koker det ned til at vi vil tilby den beste behandlinga til pasienten: den som gjev best overleving og minst biverknader, er gjennomførbar, sosialt akseptabel og gjerne er cutting edge.

Som lege i sjukehus er det ikkje alltid slik at vi får gjere dette. Ein artikkel som omtalas i Dagens Medisin i februar 2014 slår fast at 79% av amerikanske legar meiner dei tilbyr pasientane sine behandling av høg kvalitet (1). Talet for norske legar er 59%. Ein kan diskutere definisjonen på kvalitet, kven som er spurde, og om amerikanerane stort sett er meir nøgde med seg sjølve enn kva vi trauste nordmenn er. Eg tør påstå det viktigaste er at kjensla av å tilby høg kvalitet eller ikkje faktisk er korrekt gjengitt.

Når vi snakker om USA; eg har alltid vore skeptisk til det amerikanske helsevesenet. Som akademiker ein plass på venstresida har eg ein ibuande skepsis til eit helsevesen ein skal tene pengar på, ein skepsis eg får stadfesta av tala som syner at ingen land i verda bruker meir pengar på helse enn USA, samstundes som mange ikkje har tilgang til helsetenestene dei treng. Eg kjem tilbake til dette, men det er i dette området eg har hatt gleden av å møte meg sjølv i døra.

Ikke viktig nok?

Korleis jobber ein med kvalitet i sjukehusa i Noreg? Er det berre festtaler? Eg har diverre hørt leiarer seie at «kvalitet skal i førersetet», for i neste andedrag uttale at «det er prisverdig at du vil ta del i x prosjekt for pasientflyt/kvalitetssikring, men du må nok gjere det utanfor arbeidstida så det ikkje går ut over produksjonen». Alle skjønner at dersom noko er viktig nok, er det tid til det i arbeidstida. Kvalitet er altså ikkje viktig. Ikke viktig nok, i alle høve.

Donald Berwick, grunnleggaren av Institute for Healthcare Improvement (IHI), meiner at eitkvart system er designa for å få dei resultat det får. Seksjonsoverlegen ein stad eg jobba sa det slik: «OK, dette er våre resultat når vi gjer det som vi gjer det i dag, og N sjukehus er betre enn oss. Skal vi ha andre og betre resultat må vi kanskje endre metoden?» Paradokset er stort når vi på budsjettmøter, og i grunnen ellers òg, får høyre at vi skal kutte og omorganisere utan at dette skal merkast

av pasientane. Ei systemendring skal altså ikkje verke inn på resultatet.

Når eg les gjennom det eg har skrevet til no, høyrer eg rimeleg paranoid ut: Som om det berre er vi legar på golvet som ynskjer pasienten sitt beste, og at leiarar generelt og helseføretaka spesielt berre tenkjer profitt. Det er ikkje tilfelle, eg trur alle som arbeider i norsk helsevesen genuint vil ha best mogeleg kvalitet. Det er berre det at nokre fokuserer meir på budsjett og bærekraftdelen, andre på cutting edge og pasientoppleving. Lat meg gå tilbake til amerikanerane.

Å investere for framtidig vinning

Som eit ledd i Legeforeninga si satsing på kvalitet, har vi i mange år delt ut stipend til legar og studentar som ynskjer å vere med på IHI sitt Forum on Quality Improvement in Health Care. (Søknadsfreisten i år er 7. april, les du artikkelen seinare enn dette og er interessert, riv den ut og søk til neste år.) Dette er ein årleg kongress i Florida, kanskje den fremste i verda innan dette feltet.

I desember 2013 fekk òg fleire av oss som sit i sentralstyret vere med. Frå fyrste forelesning kjende eg at eg hadde tatt feil av amerikanerane. Der sto leiarane for store helseselskap og snakka om kor viktig det var å definere risikogrupper slik at ein kunne intervenere her tidlegare. Det var nemlig her det var billegast å gjere noko, framfor å vente til personen var blitt sjuk og dermed pasient. (Som ein digresjon kan eg sei det var her eg skjønte at vi i sjukehus primært jobber i reparasjonsvesenet, ikkje helsevesenet).

Hm. Motivet var å spare pengar, men for forsikringstakaren er jo det aller beste å slippe å bli pasient. I dette tilfellet var det

arbeidsgjevar som betalte forsikringa, og blir personen ikkje sjuk, betyr det at ho/han er tilstades på jobb og produserer. Samfunnsøkonomisk gunstig òg, med andre ord.

Neste dag brukte eg heile dagen på å lære om korleis ein skal engasjere legar i å endre helsevesenet. Bodskaen som var repetert frå alle innleiarane, og frå alle i salen, var at dette starter med leiarar som ser at kvalitet er viktig, som etterspør kvalitet, og som set av tid til kvalitetsarbeid. Dei fleste skjønte ikkje eingong at ein ikkje kunne sette av tid til forbetring i arbeidstida – det er jo heilt klart ei investering som gjer at bedriften (altså sjukehuset) går betre og meir effektivt på sikt... For ein LIS frå Noreg der arbeidsgjevar reknar på kor dyrt det er med fordjupningstid og overlegepermisjon, var det rart å sjå korleis kapitalisthelsetenesta faktisk prioriterte kvalitetsarbeid opp – fordi det løner seg.

Det siste eg beit meg merke i var den verkelege pasient-sentrerte helsetenesta. Ein person med diabetes (altså, ikkje *diabetiker*) som innleia sa det slik: det er underleg å fokusere på dei 2x30 minutta eg ser endokrinologen min kvart år, framfor å fokusere på dei 5839 andre vakne timane i året der eg berre lever med sjukdomen min.

Det er mange gode tiltak i Noreg, og dette er ikkje eit forslag om å gå over til ein heilprivat modell. Men om det er noko vi skal lære av dei bedriftsøkonomiske prinsippa vi vert styrte etter, så er det å investere for framtidig vinning. Det er eit innspel om at kvalitetsarbeid er vegen til framtida. At eitkvart system gjev dei resultatata det er designa for å gje. At om vi skal bli eit verkeleg helsevesen, ikkje berre eit reparasjonsvesen må vi få personane i sentrum som er potensielle, men ikkje uungåelege, pasientar.

Mangel på utdanning i kvalitetsforbedring

I 2005 lanserte Helsedirektoratet kvalitetsstrategien "Og bedre skal det bli..." med brask og bram. Den skulle være retningsgivende for kvalitetsarbeidet i norsk helsetjeneste frem til 2010. Nå er vi i 2014. Bedømt ut fra debatten som stadig raser, kan det virke som om anbefalingene i strategien ikke har blitt særlig godt fulgt opp. Ett av punktene; "Å styrke kvalitetsforbedringens plass i utdanningene" har i alle fall ikke blitt fulgt opp i noen særlig grad.

Helsedirektoratets anbefalinger lød som følger:

- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- Innarbeide forbedringskunnskap i alle ramme- og fagplaner og utvikle egnede undervisningsmoduler
- Styrke kompetanse i forbedringsarbeid hos lærere i utdanningene
- Inngå avtaler mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet om deltakelse i felles forbedringsprosjekter
- Gjennomføre forbedringsarbeid under studiet, også i forbindelse med praksisperioder
- Styrke kunnskapshåndtering, brukermedvirkning og samhandling i utdanningene

Styrking av forbedringskompetanse i helsepersonells videre- og etterutdanning har glimret med sitt fravær siden den gang. Strategien er nå fjernet fra både Helsedirektoratets og Kunnskapssenterets nettsider, noe som er synd, for dette er det mest konkrete som er skrevet om kvalitet i utdanningen fra norsk helsebyråkrati noen sinne, og det sier sitt.

Men trenger vi egentlig å lære noe om kvalitetsarbeid når det ikke settes av tid til faktisk å kunne jobbe med det når man kommer ut i yrkeslivet?

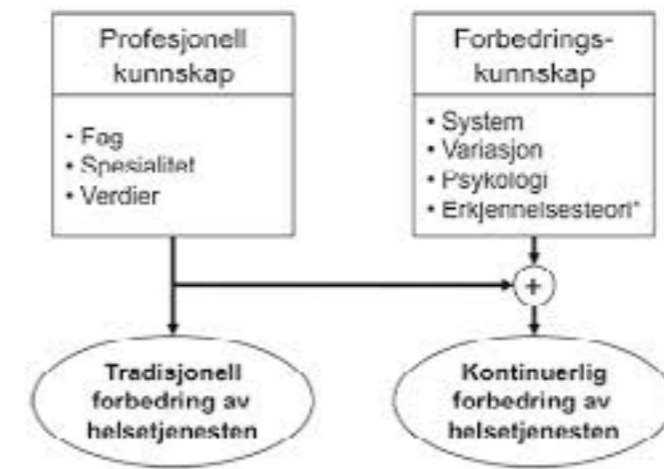
Jeg er turnuslege, og fartstiden min i klinikken er ikke særlig lang. Likevel har jeg nesten daglig opplevd frustrasjon over glipper og nesten-glipper på sykehuset. Taushetsplikten brytes hver gang man går vitsett på flermannsstuer hvor de andre pasientene er til stede i rommet under visitten. Fru Hansen med et hissig glaukom blir liggende i flere dager uten øyedråper for hun ikke hadde dem med selv. Feilmedisinering og variasjon i antibiotikabruk er et annet kapittel. Eksemplene er mange, og vi blir ofte frustrerte, men det skjer ikke nødvendigvis noe. Det finnes kvalitetsavdelinger på de fleste sykehus, men hvorvidt de tar opp problemstillinger som vi som leger synes er relevante, varierer. Helsetjenesteaksjonen sier at vi må ta faget tilbake. Det å unngå feil som skjer om og om igjen kan vel også ses som en del av faget? Det virker i alle fall logisk for meg at legene som

jobber i klinikken sannsynligvis har de beste forutsetningene til å identifisere hva som fungerer og ikke, og hvordan tjenestene som tilbys kan bli bedre.

Kvalitetsforbedring må læres

For vi vet at det skjer feil. I hvilket omfang, og hva disse feilene faktisk fører til, er imidlertid gjenstand for heftig diskusjon. Kunnskapssenteret har produsert mange tall, både over dødsfall som følge av pasientskader og 30-dagers dødelighet for noen utvalgte tilstander. Tallene er blitt gjenstand for debatt, også blant leger. Jeg har selv vært med i flere av disse debattene, og jeg har savnet at vi spør oss: "Er det noe i tallene?" "Tilbyr vi virkelig optimal behandling til alle?" Problemene, så vel som tallene er sammensatt. Hvordan kan vi stille disse spørsmålene og følge opp med forslag til hvordan vi kan gjøre ting på en bedre måte dersom vi ikke har lært noe om hvordan det gjøres? Her tror jeg mangelen på utdanning innen kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet kommer inn.

Batalden og Stoltz utviklet i 1993 en modell for hvilke kunnskapsdomener som må ligge til grunn for å oppnå en kontinuerlig forbedring av helsetjenesten (1). I modellen ligger den tradisjonelle profesjonskunnskapen til grunn, og det må den. Den synliggjør så noen elementer, som systemforståelse, endringspsykologi og forbedringskunnskap, som må komme i tillegg, og dette er det få av oss som har lært eller kommer til å lære gjennom yrkeslivet. De fire norske medisinske fakultetene er for tiden i gjennom revideringer av studieplaner, hvorvidt dette kommer inn vil tiden vise. Universitetet i Oslo er for tiden det eneste fakultetet som har kvalitet (sammen med ledelse og kunnskapshåndtering) som et eget fag. De resterende universitetene er i ferd med å revidere sine læreplaner, og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er planlagt å styrkes i forhold til den eksisterende undervisningen. Det er viktig at denne undervisningen gjøres klinisk relevant, for kvalitetsarbeid er noe vi gjør, det er ikke noe vi snakker om. Hvorfor får ikke alle pasientene vi vet skal ha tromboseprofylakse Fragmin? Hva er WHO sin



sjekkliste for Trygg Kirurgi, hvordan kan den redusere postoperative sårinfeksjoner? Eller hvordan skal vi forholde oss dersom vi ser at feilbehandling begås? I legers videre- og etterutdanning er kursmuligheten ytterligere begrenset. I forslaget til ny spesialiststruktur er det planlagt å styrke kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, men hvordan dette skal gjøres er usikkert. At det bør undervises av klinikere er i alle fall ønskelig, men om det kommer til å skje, gjenstår å se.

Gode erfaringer

Kunnskap/utdanning er en ting, det å få tid og mulighet til å jobbe med forbedring er noe annet. Ved Sykehuset i Vestfold har medisinsk avdeling for tiden satt av ressurser til at to LISer får jobbe 50% med kvalitetsarbeid og 50% klinisk. Så vidt meg bekjent er dette det eneste sykehuset i landet som har en slik ordning, og erfaringene er gode. I USA tok helsesystemet Kaiser Permanente for 7 år siden grep for å bli en lærende organisasjon, blant annet gjennom å gi alle ansatte tilbud om kompetanseheving innen forbedring og pasientsikkerhet. Dette gjaldt ikke minst leger, men også renholdere, administratorer og andre. Nivået på opplæringen var naturlig nok forskjellig. I tillegg til internutdanningen, var det forutsatt at de ansatte deltok i forbedringsarbeid. 5 år senere kom Kaiser Permanente på topp i de fleste rangeringer hva kvalitet og sikkerhet angikk, og de har holdt et tilsvarende nivå siden.

Tilrettelegging er ett problem, ikke bare med tanke på kvalitetsarbeid. Veiledningskompetanse er et annet. Dersom man skal få leger med på kvalitetsarbeid, bør det være leger lokalt som kan fungere som veiledere.

Av Jo-Inge Myhre

Kilder:

1. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: Buildin and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv* 1993; 19: 424-45.

Modell som tydeliggjør innholdet i og sammenkoblingen mellom profesjonell kunnskap og forbedringskunnskap. Batalden & Stolz 1993. Oversatt i 2009 med tillatelse fra Paul B Batalden av Brandrud AS, Hjortdahl P, Nyen B, Helljesen GS, Holm HA, Schreiner A. Kilde: Legeforeningen



JO-INGE MYHRE

Jo-Inge Myhre er turnuslege på Raufoss Kommunelegekontor og underviser i KLoK ved UiO. Han er også utdannet Improvement Advisor ved Institute of Healthcare Improvement i Boston. Myhre har vært engasjert i arbeid med utdanning i kvalitetsforbedring siden 2005. Mye av motivasjonen for engasjementet fikk han da han på 6. semester på medisinstudiet fikk ansvar for en pasient i mottak som senere døde og ingen, bortsett fra han selv lærte noen ting av det. «Jeg visste at en ny student kunne komme i akkurat samme situasjonen som meg dagen etterpå, og at det i verste fall kunne gjøre at en ny pasient døde. Da tenkte jeg «det kan jo ikke være sånn!». Og det hjelper faen meg ikke den pasienten at jeg sier «jeg gjorde så godt jeg kunne», sier Myhre.



Alex van Duinen med en gruppe utdanningskandidater Foto: privat

Alex van Duinen

Alder: 31 år

Bosted: Trondheim

Arbeidssted: St. Olavs Hospital

Hvordan oppsto engasjementet ditt og hvorfor valgte du å engasjere deg i akkurat dette?

Jeg er en nederlandsk lege og har studert i Amsterdam. Jeg deltok i et konstruksjonsprosjekt i Ghana i 1999, som ble starten på min interesse for global helse. I løpet av prosjektet ble jeg rørt av hvor begrenset tilgangen til helsetjenester var for store deler av befolkningen der. I den vestlige verden har vi så mye kunnskap og ressurser som vi kan bruke til å forbedre grunnleggende helsetjenester i afrikanske land. Under medisinstudiet vokste min interesse for global helse, og jeg benyttet anledningen til å praktisere hos Verdensbanken i Washington DC og ha en klinisk rotasjon ved et sykehus i Malawi. Dette gjorde min interesse for tropemedisin enda sterkere, og etter å ha fullført studiene mine i 2008, fortsatte jeg å spesialisere meg til «tropelege». Dette består av 1 år på kirurgisk og 1 år på gynekologisk avdeling, supplert

med et teoretisk kurs i global helse. Med denne bakgrunnen flyttet jeg med hele familien til Masanga i Sierra Leone i januar 2011.

Masanga, i Tonkolili district, er et lite sykehus med cirka 100 senger på landsbygda. Sierra Leone er fortsatt i oppbyggingsfasen etter borgerkrigen 1991-2002. All infrastruktur, inkludert helsevesenet, er ødelagt, og personellet har flyttet til hovedstaden eller til utlandet. I hele landet er det mangel på kvalifisert helsepersonell, og lav utdanningskapasitet er en stor utfordring. I 2008 var det bare 10 kirurger i offentlig sektor, disse betjente en befolkning på 5,7 millioner.

Fra 2011 ble jeg involvert i klinisk og administrativt arbeid ved Masanga sykehus. Omtrent på samme tid startet kirurger fra St Olavs Sykehus i Trondheim et kirurgisk opplæringsprogram for leger og lege-assistenten. Dette programmet er

organisert i samarbeid med Ministry of Health and Sanitation i et nettverk med ni andre sykehus i Sierra Leone. Formålet med prosjektet er å øke og spre den kirurgiske kapasiteten, slik at for eksempel alle gravide kvinner har tilgang til keisersnitt når det er nødvendig. Jeg har vært involvert fra starten av programmet. Fra en beskjeden start er nå mer enn 25 studenter inkludert i programmet og disse har deltatt i over 11.000 operasjoner

Jeg tok den siste delen av min turnustjeneste i Malawi, og så der at essensiell kirurgi ble utført av ikke-spesialister og ikke-leger med akseptabelt resultat. Fordi jeg selv har erfart at opplæring av ikke-leger kan være en god løsning i områder med legemangel, har jeg tro på at dette prosjektet kan medvirke til å øke tilgangen på kirurgiske tjenester i Sierra Leone.

Hva innebærer engasjementet ditt?

Sommeren 2013 flyttet vi til Norge for å starte spesialisering i generell kirurgi og samtidig også fortsette med å jobbe for CapaCare. Jeg er nå styremedlem, jobber med prosjektets administrasjon, hjelper til med datainnsamling, lager eksamen og flere andre oppgaver. Datainnsamling er veldig viktig for å følge studentenes individuelle progresjon, men også for å ha oversikt over den samlede effekten av hele programmet.

Hvordan har du kombinert engasjementet ditt med dagligliv og jobb?

Mye av prosjektarbeidet kan jeg gjøre fra Trondheim etter det daglige sykehusarbeidet. Men jeg håper på muligheten for å dra til Sierra Leone senere dette året. Det er viktig for å holde god kontakt med studentene og utvikle prosjektet videre.

Har du hatt medisinskfaglig utbytte av ditt idealistiske virke?

Erfaringen fra Masanga er verdifullt også i mitt daglige virke her i Norge. Jeg har lært å stille diagnoser uten CT, MR, radiolog eller patolog. Jeg ble nødt til å gjøre keisersnitt uten hjelp av anestesileger eller pediater og behandle bruddskader uten tilgang på ortoped. I Sierra Leone er det nesten ingen mulighet for å henvise pasientene til andre sykehus. Det viktigste jeg har lært er å ta et selvstendig ansvar for mine pasienter og for mine kliniske beslutninger.

Vil du anbefale andre å engasjere seg?

Jeg kan anbefale alle å ta seg tid til å arbeide i utlandet eller engasjere seg i en organisasjon som beskjeftiger seg med helsearbeid i ressursfattige områder. Når du har jobbet under slike forhold, skjønner du hvor heldige vi er i den vestlige verden er. Det kan ta tid å forstå andre kulturer, så nytteverdien av et opphold øker ved langtidsoppdrag, helst lenger enn ett år. Hvis du bestemmer deg for et korttidsoppdrag er det viktig at organisasjonen du reiser med har en klar langtidsplan og er integrert i landets helse-system. Jeg tror også at den gjensidige nytteverdien av oppholdet øker dersom oppdraget inneholder et element av opplæring.

CAPA CARE

Organisasjonen startet i 2008 som Masangas Venner i Norge hvor formålet var å bidra til gjenoppbyggingen av Masanga Sykehuset i Sierra Leone. I 2011 endret vi organisasjonen til CapaCare, og flyttet samtidig til St. Olavs Hospital i Trondheim. Hovedaktiviteten til CapaCare er et kirurgisk opplæringsprogram i Sierra Leone, hvor unge leger og ikke-leger læres opp til å kunne gjøre de mest livsnødvendige kirurgiske inngrepene.

I Sierra Leones 17 offentlige sykehus jobber det mindre enn 10 kirurger. Ved å lære opp 29 unge leger og ikke-leger innen 2016 forventer vi å øke antallet kirurgisk kvalifisert personell i landet betydelig. Ved avsluttet opplæring skal de selvstendig være i stand å diagnostisere og behandle de vanligste kirurgiske og fødselsrelaterte akutt-tilstander som ubehandlet ville ført til varig uføre eller død.

Vi bruker Verdens Helseorganisasjons veletablerte curriculum «Integrert håndtering av essensielle og akutte kirurgiske tilstander» som basis for opplæringen. Ni av landets største sykehus, drevet av internasjonale hjelpeorganisasjoner med kirurger og gynekologer tilgjengelig, er partnere i programmet.

Alle treningskandidater har minimum 3 års relevant helseutdanning og 2 år med praksis før de begynner opplæringen. Hver student gjennomgår 6-9 måneder basal opplæring i kirurgi før de blir utplassert på et av partnersykehusene. Hver sjettede måned roterer de til et nytt sykehus. Etter 2 år avholdes en avsluttende eksamen.

Etter bestått eksamen har hver kandidat 1 år turnustjeneste hvor de arbeider selvstendig under fortsatt supervisering. Alle kandidater vil ha minimum 8 år med helserelatert utdanning før de får tillatelse til å gjøre selvstendige kirurgiske inngrep. Programmet gjennomføres i samarbeid med helseministeriet i Sierra Leone.

Vi ønsker å komme i kontakt med kirurger, ortopeder, gynekologer, anestesileger, radiologer, jordmødre og sykepleiere som har lyst til å bidra til det kirurgiske opplæringsprogrammet. Som lærer vil du måtte bidra både med teoretisk og praktisk undervisning. Utgangspunktet for undervisningen er WHO Integrated Management for Emergency & Essential Surgical Care toolkit.

For mer informasjon – ta kontakt med dr Håkon Angell Bolkan: hakon.bolkan@capacare.org. Du finner også mer informasjon på vår nettside, www.capacare.org.

(Teksten er hentet fra CapaCares hjemmeside)



Hanne Støre Valeur

Arbeidstid og arbeidsbelastning

Legeforeningen har nylig presentert resultatene fra en spørreundersøkelse om arbeidstid blant sykehusleger i Norge (1). Over 6200 leger har besvart undersøkelsen, en svarprosent på 52 %. Sykehuslegene jobber i gjennomsnitt 50 timer per uke, noe som omregnet utgjør 3 280 årsverk utover det som er normal arbeidstid. Av disse er 812 årsverk uregistrert arbeid, altså timer som ikke er registrert som overtid, vakans eller del av normal arbeidstid.

Kanskje enda mer tankevekkende er svarene som ble gitt da vi ble spurt om arbeidsbelastning. Nesten 60 % opplever den totale arbeidsbelastningen på sykehuset som belastende eller svært belastende, og 50 % opplever intensiteten på vakt som høy eller svært høy. Enda flere opplever vakter om natten som belastende eller svært belastende. Dette er ikke en situasjon som er holdbar på sikt. Men hva er det som gjør arbeidet så belastende? Det gir ikke denne undersøkelsen svar på.

Det er umulig å diskutere arbeidstid uten å samtidig komme inn på arbeidsbelastningen. Døgnvakter kan oppleves greit dersom intensiteten og belastningen er lav, mens en vanlig

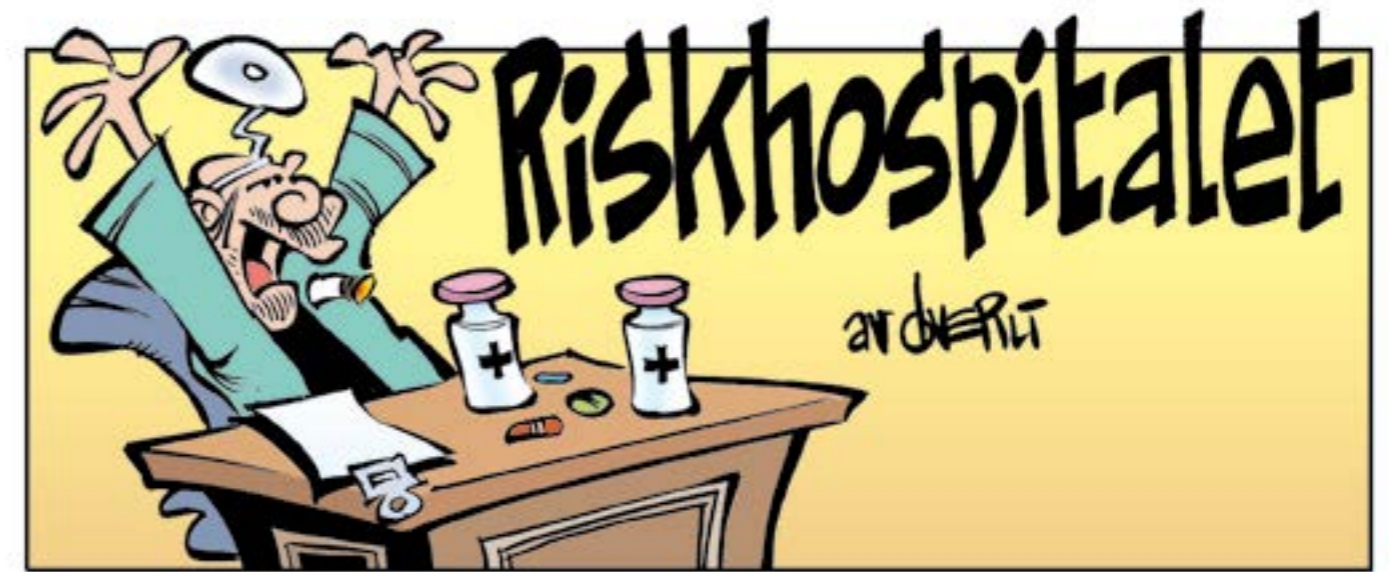
arbeidsdag på åtte timer kan oppleves direkte uforsvarlig dersom intensiteten blir for høy. Det er umulig å sette fornuftige grenser for forsvarlig arbeidstid uten å også vurdere mengden og intensiteten i det arbeidet som skal utføres i løpet av timene vi er på jobb.

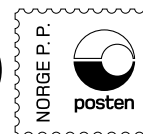
Arbeidstid er forholdsvis enkelt å måle, timer lar seg telle. Men hvordan kan vi måle arbeidsbelastningen? Samlet arbeidsbelastning er avhengig av mange faktorer: Arbeidsmengden, datasystemene, støttefunksjoner og praktisk organisering av arbeidet, tilgangen på veiledning, det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet og trygge rammer rundt arbeidssituasjonen – nei, vi kommer ikke utenom faste stillinger her heller! I tillegg vil det være individuelle ulikheter i hvor stor belastning man finner akseptabel.

Når over halvparten av legene opplever arbeidet belastende, er vi nødt til å finne ut hvor fotformskoen trykker. Vi må også jobbe for å sette en felles standard for hva som ligger innenfor og utenfor akseptabel belastning, så den enkelte lege/avdeling kan gi ledelsen beskjed om at belastningen er for høy uten at det blir avfeid som sutring.

Kilder:

<http://legeforeningen.no/Nyheter/2014/undersokelse-om-sykehuslegers-arbeidstid/>





Stipend til lederutdanning

Yngre legers forening deler årlig ut stipender til formalisert lederutdanning.

Til fordeling i år: 120 000 kroner

Det deles ut stipender på inntil 60 000 kroner pr søker. Stipendene er forbeholdt leger som tar formalisert lederutdanning. Stipendet er åpent for alle Ylfs medlemmer, men nåværende og tidligere tillitsverv i Ylf vil vektlegges ved prioritering av søkere.

Søknad om tildeling av stipend sendes til Ylfs styre, postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo. Søknaden må inneholde søkers CV, en beskrivelse av den aktuelle lederutdanningen, hvilket beløp det søkes om og en konkret og detaljert oversikt over hvilke utgifter som ønskes dekket gjennom stipendet.

Ylfs styre vurderer søknadene og tildeler stipender.

Søkere oppfordres til å ha satt seg inn i retningslinjene før de søker.

Søknadsfrist: 23. mai 2014

<http://legeforeningen.no/yf/Yngre-legers-forening/Om-oss/>