

FORUM FOR YNGRE LEGER

Nr. 3
juni
2013

MAGASIN FOR YNGRE LEGERES FORENING



Helsepolitikk

Hvilket parti mener hva, på side 21-28

SPESIALITETSSTRUKTUR

Side 8-9

LEGEFORENINGENS LANDSSTYREMØTE

Side 11

INTERVJUET: TORGEIR BRUUN WYLLER

Side 12-13

IDEALISTEN: RØDE KORS

Side 31-32



Ylfs delegater på Legeforeningens landsstyremøte 2013

Bakre rekke: Guro-Marte Gulstad, Kjersti Hervik, Fredrik Sund, Christina Dahl Solberg, Marius Myrstad, Inga Strand Thorsen, Johan Torgersen, Beate Benestad, Sven Waage. Midtrekke: Arne Carlsen, Marit Halonen Christensen, Jens Lind-Larsen, Georg Johnsen, Tilde Broch Østborg, Arild Hagesveen, Hege Kilander Høiberg, Øyvind Haugen Lie, Erik Ganesh Sjøgaard. Fremre rekke: Maria Seferowicz, Heidi Espvik, Marie Skontorp, Ruth Foseide. (Fraværende: Torstein Foss og Margrethe Songstad)
Foto: Hanne Valeur.

Nr. 3, juni 2013

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

Foto forside

Istockphoto.com/tony740607 og
Istockphoto.com/sykadelx og

Øvrige bidragsyttere

Christian Grimsgaard
Christian Qvigstad

Redaksjonen avsluttet:
9. juni 2013.

Dødlinje for nummer 4 i 2013:
14. september 2013 .

LEDER

Uakseptabelt!

Legeforeningen har nettopp avsluttet sitt landsstyremøte i Alta. Nok en gang har Ylf-delegasjonen gjennomført et svært godt møte. Vi er aktive deltagere, gir gode innspill i debatter og er med på å sette premissene for møtet. Tusen takk til alle Ylfs delegater som bidro på årets landsstyremøte!

Et av de viktige temaene som ble diskutert på landsstyremøtet var fremtidig spesialitetsstruktur. Både Legeforeningen og Helsedirektoratet har gjennomført store prosjektarbeid på dette, og nå ble konklusjonene i begge rapportene lagt frem og diskutert. Jeg skriver seinere i dette Forum mer detaljert om dette arbeidet, men vil her si noe om spesialistutdanningen. Det er bred enighet mellom Legeforeningen og Helsedirektoratet om at det trengs en kraftig oppstramming av strukturen i spesialistutdanningen. Begge instansene anbefaler nye strukturerte spesialiseringssløp i indremedisinske og kirurgiske fag, og at det stilles klare krav til sykehusene slik at spesialiseringen blir mer målrettet. Leger i spesialisering skal jobbe klinisk og i drift, men læringsaspektet må kvalitetssikres bedre enn i dag.

Dette vil påvirke hvordan leger i spesialisering brukes i sykehus. Vi kan ikke, i den grad det er i dag, være «produksjonsarbeidere.» Det er Legeforeningen og Helsedirektoratet enige om. Men det er ikke Spekter! Administrerende direktør i Spekter, Anne Kari Bratten, har reagert på forslaget til Helsedirektoratet. I en mail som jeg har fått tilgang på skriver hun: «...Spekter ber Helsedirektoratet og HOD om å stanse prosessen og organisere arbeidet slik at fokus endres fra det rent legefaglige til en diskusjon om ansvar, ledelse og driftsutfordringer.» I tillegg vet vi at sykehusdirektørene som mottok mailen er gitt munnkurv i forhold til å uttale seg om rapporten. Spekter frykter altså at de faglige anbefalingene fra landets helsemyndigheter skal påvirke driften! De frykter at å sette faget først vil få økonomiske konsekvenser! Frykten er så sterk at Spekter, som ikke besitter medisinsk kompetanse, vil overstyre Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og sykehusdirektørene.

Dette er uakseptabelt! Dette kan ikke vi som leger og fagfolk leve med! Ylf kommer til å følge opp både Helsedirektoratets arbeid og Spekters adferd, og nå må vi stå sammen og være beredt til å benytte de virkemidlene som er nødvendige!



Johan Torgersen
Leder

johan.torgersen@legeforeningen.no

Ylf-kalenderen 3/2013

2013

April

- 2. Møte i Akademikerne Helse
- 4. Møte i Fond 1
- 8. Ylf-leder deltar i høring om forskningsmeldingen i Stortinget
- 10. Møte om spesialitetsstruktur med Helsedirektoratet
- 11. Møte i nasjonalt råd for spesialisering av leger og legefording
- 12. Ylf-leder møter Jonas Gahr Støre
- 15. Møte i Legeforeningens prosjekt om spesialitetsstruktur
- 16. Styremøte Ylf
- 17.-18. Ylfs årsmøteseminar, Bergen
- 18.-19. Ylfs årsmøte, Bergen
- 24. Leder deltar på Allmennlegeforeningens årsmøte
- 25. Leder deltar på Overlegeforeningens årsmøte

Mai

- 2. Møte med Helsedirektoratet om rolle- og oppgavefordeling i spesialiseringen av leger
- 6. Møte i spesialitetsrådet
- 6.-7. Spesialitetsrådets seminar.
- 7. Møte i forhandlingsutvalg Spekter
- 14. Leder innleder på workshop om ledelse i sykehus
- 14. Oppstart av de sentrale A2 forhandlingene
- 15. Møte i Akademikerne Helse
- 22. Internt arbeidsmøte i Legeforeningen om faste stillinger for leger i spesialisering
- 27. Møte med Helsedirektoratet om spesialiststruktur
- 28. Styremøte Ylf

Juni

- 3. Ylfs formøte før Landsstyremøtet, Alta
- 4.-6. Legeforeningens landsstyremøte, Alta
- 10. Møte med Helsedirektoratet om spesialiseringsstruktur
- 11. Siste møte i Nasjonalt råd for spesialisering av leger og legefording
- 13. Møte forhandlingsutvalg Spekter
- 14. Styremøte Ylf
- 19. Møte i Akademikerne Helse

August

- 26.-30. Arbeidsmøte i London for Ylfs styre

September

- 6.-8. Nordisk råd for Yngre leger, Geiranger
- 11. Møte i Akademikerne helse

HELSEPOLITISK VALGSPESIAL!

De politiske partiene svarer på Forums spørsmål om helsepolitikk. Varm opp til høstens stortingsvalg på [side 21-28](#).

SPECIALITETSSTRUKTUR

Hvilkespesialitetersskalvihar i Norge og hvordan danskalspesialistutdanningen organiseres? Både Legeforeningen og Helsedirektoratet har den siste tiden utarbeidet rapporter om fremtidens spesialitetsstruktur. Det viser seg at de ikke er helt enige. [Side 8-9](#).

LEGEFORENINGEN TAPTE I ARBEIDSRETTE

Saken er alvorlig for tilliten mellom partene, skriver Johan Torgersen på [side 10](#).

INTERVJUET: TORGEIR BRUUN WYLLER

Professor Wyller er en av initiativtakerne til «Helsetjenesteaksjonen.» «Politikerne må på banen! Fagfolkene må få frihet til å bestemme innenfor den rammen som politikerne setter,» slår Wyller fast på [side 12-13](#).

LEGEFORENINGENS LANDSSTYREMØTE 2013

Spesialitetsstruktur, reservasjonsrett og legers etterutdanning var blant sakene som ble diskutert på årets landsstyremøte i Alta. Ylf-representant Arne Carlsen refererer høydepunktene fra møtet på [side 11](#).

LIBEROTURNUS

Ylf fraråder at leger frivillig går med på ordninger som uthuler arbeidstidsprinsippene ytterligere på [side 16](#).

DESSUTEN

- 04 Ylf-kalenderen side
- 17-20 Napp-ut-bilag: Arbeidsavtalen
- 29 Mitt funn: Renate Rismo
- 30-31 Idealisten: Anne Herefoss Davidsen
- 32 Yngre leger leser: Feil medisin av Arild Saastad
- 33 Kommentert fra klinikken
- 34 Redaktørens hjørne
- 35 Riskhospitalet

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

Bjørn Ove Kvavik, sekretariatsleder
bjorn.ove.kvavik@legeforeningen.no

Charlotte Nielsen, konsulent
charlotte.nielsen@legeforeningen.no

Synne Bjørvik Staalen, rådgiver
synne.bjorvik.staalen@legeforeningen.no

Styret

Johan Torgersen, leder
johan.torgersen@legeforeningen.no

Arild Hagesveen, nestleder
arild.hagesveen@hotmail.com

Marie Skontorp
marieskontorp@gmail.com

Tonje Tvinneim
tonje.tvinneim@gmail.com

Fredrik Sund
fredrik.sund@unn.no

Arne Carlsen
arne.carlsen@lyse.net

Odd-Bjørn Salte
oddbsalte@gmail.com

Ruth Foseide Flenning
ruthfth@hotmail.com

Anja Fog Heen (permisjon)
anjaheen@gmail.com



Johan Torgersen

johan.torgersen@
legeforeningen.no

Legeforeningen og Helse- direktoratet uenige om spesialitetsstruktur

Spesialitetsstruktur handler om hvilke spesialiteter vi skal ha, hvilke vi ikke skal, grenseoppgangen mellom spesialiteter og oppgavefordeling mellom spesialiteter. Legeforeningen og Helsedirektoratet konkluderer ulikt om hvordan fremtidens spesialitetsstruktur skal se ut.

Legeforeningen startet høsten 2012 opp et prosjekt om spesialitetsstruktur. Hovedfokus for prosjektet har vært de kirurgiske og indremedisinske fagdisiplinene, men alle andre fag har også blitt spurt om innspill på egen spesialitetsstruktur. Helsedirektoratet har også gjennomført et stort prosjekt om spesialitetsstruktur på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Nå foreligger konklusjonene til begge instansene. Konklusjonene i begge arbeidene ble diskutert på Legeforeningens landsstyremøte. Legeforeningen vedtok både sin egen politikk om spesialitetsstruktur, samtidig som vi vedtok tydelige tilbakemeldinger på Helsedirektoratets arbeid.

Hovedspesialitet eller grenspesialitet

Bakgrunnen for Legeforeningens prosjekt var konkrete tilbakemeldinger fra fagmiljøene. Flere kirurgiske fagmiljøer mente at tiden var moden for å konvertere de kirurgiske grenspesialitetene til egne hovedspesialiteter. Innen de indremedisinske fagmiljøene hevdet det kardiologiske fagmiljøet det samme. Begrunnelsen deres var at spesialitetene i større grad må innrettes mot kjernen i den delen av faget en skal utøve, og spesialistutdanningen må fokuseres mot det en skal drive med som spesialist. Videre hevdet de også at norsk spesialitetsstruktur er i utakt med utviklingen i andre europeiske land, og at veien frem til spesialistgodkjenning i dag tar for lang tid.

Prosjektet startet opp høsten 2012 og har vært ledet av en prosjektgruppe med representanter fra flere fagmiljøer (anestesiologi, indremedisin, laboratoriefagene, kirurgi, psykiatri og allmennmedisin). I tillegg har det vært nedsatt to underutvalg for henholdsvis kirurgiske fag og indremedisinske fag, som har gitt sine anbefalinger til prosjektgruppen. I januar 2013 ble foreløpige konklusjoner diskutert med et samlet fagmiljø i Legeforeningen. Prosjektgruppen fullførte sin rapport i februar 2013.

Det grunnleggende spørsmålet vi stilte oss ved innledningen av dette prosjektet var hvilke faktorer som skal påvirke utviklingen av spesialitetsstruktur. Vi har valgt å la den raske og omfattende kunnskapsutviklingen og krav til kvalitet på helse-tjenestene være de viktigste faktorene. I tillegg må vi ta innover oss at norsk helsetjeneste skal utøves i en desentralisert sykehusstruktur. Målsetningen er å bidra til en spesialitetsstruktur

som sikrer at vi får spesialister med nødvendig kompetanse som kan gi helsetjenester av høy kvalitet ved alle landets sykehus.

Kirurgiske hovedspesialiteter

For de kirurgiske fagområdene konkluderes det i prosjektet med at en bør gå fra kirurgiske grenspesialiteter til egne hovedspesialiteter. I tillegg anbefales det at spesialiteten generell kirurgi opphører. Oppgaver som faller inn under spesialiteten generell kirurgi, og ikke naturlig hører hjemme i andre spesialiteter, vil tilfalle gastroenterologisk kirurgi. Prosjektet anbefaler også en ny spesialiseringsstruktur som skal bygge opp under de nye spesialitetene. Det foreslås at spesialiseringen innen nye kirurgiske hovedspesialiteter starter med en felles faglig basis (også kalt common trunc). Den felles faglige basisen skal være av to års varighet og skal bidra til at spesialisten lærer seg grunnleggende og generelle kirurgiske ferdigheter. Den felles faglige basisen etterfølges så av fire år med spesialisering innen hovedspesialiteten. Målsetningen er å utdanne spesialister mer effektivt og med bedre ferdigheter enn i dag som også kan ivareta funksjon i generelle/felles vaktordninger som en finner ved mange sykehus.

Fortsatt indremedisinske grenspesialiteter

Innen de indremedisinske fagområdene konkluderer prosjektgruppen annerledes. Der tilrådes ikke overgang til hovedspesialiteter nå. Imidlertid åpner de indremedisinske fagmiljøene for at en slik overgang kan bli en realitet på sikt, men at dette må utredes grundigere. Prosjektgruppen mener at det er berettiget med ulik tilnærming til kirurgiske og indremedisinske fag. De indremedisinske fagområdene bygger i større grad på hverandre og er sterkere knyttet sammen enn de kirurgiske, og en overgang til egne indremedisinske hovedspesialiteter må planlegges nøye. På samme måte som for kirurgiske fag, foreslår prosjektgruppen en ny struktur på spesialiseringen basert på en felles faglig basis etterfulgt av spesialisering innen hver gren. For indremedisinske fag anbefales en tre-årig felles faglig plattform, etterfulgt av tre og et halvt år med grenspesialisering. Ett halvt år kan erstattes med forskning eller annen relevant tjeneste. Prosjektgruppen ønsker å beholde generell indremedisin som egen spesialitet og understreker at denne bør styrkes.

Hva er en grenspesialist?

I og med at det anbefales at grenspesialiteter opphører innen kirurgi og at en kan se for seg det sammen innen indremedisinske fag, kommer spørsmålet om ordningen med grenspesialiteter skal opphøre i sin helhet. Grenspesialiteter eksisterer nå kun innen kirurgi og indremedisin, men flere fagområder ønsker egne grenspesialiteter, for eksempel intervensjonsradiologi og gynekologisk onkologi. Hva innebærer egentlig en grenspesialisering? Først og fremst er det et offentlig godkjenningssystem. Å etablere flere grenspesialiteter vil medføre at mer av den spisse kompetansen vår settes inn i et offentlig kontrollsystem. Er det hensiktsmessig? Prosjektgruppen trakk opp en diskusjon i Legeforeningen om hvorvidt grenspesialisering er den beste måten å la spisskompetanse utvikle seg innenfor. Kanskje bør kompetanse i den spisse enden leve friere og i større grad forankres i fagmiljøer og virksomheter fremfor i offentlige godkjenningssystemer?

Helhetlig behandling

Gjennom hele denne prosessen har ivaretagelsen av helhetlig behandling av den enkelte pasient og muligheten til å gi helhetlig behandling i en desentralisert sykehusstruktur vært et tilbakevendende tema. Mange frykter at overgang til hovedspesialiteter medfører at fokuset flyttes i retning av spisskompetansen på bekostning av generell kompetanse. Hvordan kan en gi helhetlig behandling når den enkelte spesialist spisses mer? I konsekvensanalysen problematiserer Legeforeningens prosjektgruppe rundt dette. For det første er det mulig at vi bør se annerledes på breddekompetanse. Med dagens krav til kvalitet på behandling; er det fremdeles mulig å samle nødvendig kompetanse hos en lege? Må breddetilbudet i dag i større grad tilbys gjennom et team hvor leger med ulik kompetanse samlet tilbyr bred kompetanse? Et annet forhold er hvordan en utvikler og opprettholder kompetanse. Dette er i stor grad knyttet til hva en faktisk jobber med. Kanskje har dette større betydning enn hva en tilegnet seg av kompetanse under spesialiseringen?

Landsstyrets tilslutning

Før Landsstyremøtet var rapporten ute på bred organisasjonsmessig høring. I tillegg fortsatte diskusjonene i de indremedisinske fagmiljøene om hva som skal til for å eventuelt gå over til egne hovedspesialiteter også innen indremedisinske fag. Legeforeningens landsstyre sluttet seg i all hovedsak til prinsippene fra prosjektet. Vi vedtok å jobbe for en overgang fra kirurgiske grenspesialiteter til egne hovedspesialiteter. Det anbefales at generell kirurgi opphører. Innen indremedisin ble det slått fast at generell indremedisin bør styrkes som fag, og fagets posisjon i sykehusene må forsterkes. Videre bør en overgang til egne hovedspesialiteter konsekvensanalyseres grundig før det kan bli aktuelt. Legeforeningens landsstyre stilte seg bak de foreslåtte spesialiseringssløpene i kirurgiske og indremedisinske fag, men ønsket lengden på den felles faglige plattformen

i kirurgi vurdert med tanke på om den er for kort. Det skal jobbes videre med opprettelse av kompetanseområder innen smertemedisin, mottaksmedisin og traumekirurgi.

Landsstyret er tydelige på at vi ønsker å beholde ordningen med grenspesialiteter, og faktisk utvide den til andre fag enn kirurgi og indremedisin også. I første omgang skal egne grenspesialiteter innen intervensjonsradiologi og gynekologisk onkologi vurderes. Andre grenspesialiteter kan vurderes på sikt, men Landsstyret har også gitt Legeforeningens sentralstyre i oppdrag å utarbeide kriterier for grenspesialiteter. Videre slår Landsstyret fast at forskning skal være en sentral del av spesialiseringen. Alle spesialister skal ha tilegnet seg basal kompetanse i kunnskapsinnhenting, kunnskapskritikk og kunnskapsimplementering. I tillegg bør det fortsatt være mulig å få forskning tellende i spesialiteten, samtidig som det bør legges bedre til rette for kombinerte forskning/spesialiseringssløp.

Helsedirektoratets konklusjoner

Helsedirektoratets arbeid skiller seg fra Legeforeningens på noen viktige punkter. De ønsker blant annet overgang til hovedspesialiteter i alle fag og at ordningen med grenspesialiteter opphører i sin helhet. Helsedirektoratet ønsker en tredelt spesialisering hvor turnustjenesten skal inngå som spesialiseringens del en. Del to blir tjeneste innen felles faglige områder for å sikre basiskompetanse, før en begynner på del tre som er den spissede tjenesten. De anbefaler samtidig en betydelig reduksjon i spesialiseringstid innen medisin og kirurgi. De ønsker ikke at forskning skal gi tellende tjeneste i spesialiseringen. Mer av spesialiseringen skal basere seg på kurs og andre pedagogiske virkemidler enn i dag, og leger i spesialisering skal i mindre grad enn i dag være «produksjonsarbeidere.» Det legges det opp til mer nettbasert kursvirksomhet og dermed mindre kurs som avvikles på samlinger. Helsedirektoratet foreslår også at en utvikler gruppeføringen av sykehus og at seks måneder tjeneste innen «annen relevant tjeneste» ikke lenger skal kunne telle med i spesialiseringen.

Høringssvarene fra foreningsleddene i Legeforeningen og landsstyrets tilbakemeldinger er kritiske til flere av punktene i Helsedirektoratets forslag. Det fryktes at tiltakene kan snevre inn innholdet og perspektivene i spesialiseringen. Skepsisen er stor til å forkorte spesialiseringstiden. Fokus på gode pedagogiske rammer og vektlegging av spesialiseringsaspekter er bra, men vi må heller ikke glemme at det er klinisk arbeid som er det sentrale i spesialiseringen av leger.

Legeforeningen tar nå med seg diskusjonene og vedtakene fra Landsstyremøtet i det videre arbeidet med spesialitetsstruktur. I første omgang vil det handle om å være aktive inn i Helsedirektoratets prosesser og etter hvert også i Helse- og omsorgsdepartementets prosesser. Selv om vi kan se konturene av en del større endringer, vil nok disse prosessene ta tid, og uansett vil vi ha overgangsperioder. Det vil nok ta flere år før norsk spesialitetsstruktur er gjennomgående endret.

Alvorlig for tilliten mellom partene

Legeforeningen møtte Spekter og Oslo universitetssykehus i Arbeidsretten i mars. Legeforeningen vant ikke frem, og dommen vil ha betydning for tolkningen av arbeidstidsbestemmelsene som gjelder for leger.

Ved den aktuelle avdelingen var det innført hjelpeplaner om sommeren uten at dette var avtalt i Oslo Universitetssykehus (OUS) sin B-delsavtale. Legeforeningen anførte at arbeidsgiver ikke har anledning til å innføre midlertidige tjenesteplaner om sommeren, subsidiært at B-delens bestemmelser om fremgangsmåten for inngåelse av tjenesteplaner ikke var fulgt, og at tjenesteplanene følgelig var tariffstridige. Saken reiste en rekke spørsmål om tolkningen av arbeidstidsbestemmelsene som gjelder for leger.

Legeforeningen vant ikke frem. Begrunnelsen for Arbeidsrettens standpunkt er først og fremst hensynet til styringsretten; at arbeidsgiver må kunne styre virksomheten om sommeren og ved etablering av tjenesteplaner. Dommen er omfattende og berører flere aspekter ved legers arbeidstid. Det vil ikke være mulig å gå inn på alle premissene her, men noen hovedpoeng må tas opp.

Praksis og avtaler

Regulering av legers arbeidstid baseres til dels på etablert praksis og til dels på konkrete avtaleregulerte forhold. Legeforeningen mener at vår arbeidstid skal være forutsigbar og baseres på tjenesteplaner som rullerer over like mange uker som det er leger i ordningen. Dette er ikke nedfelt i avtalene, men har vært praksis i mange år. For å imøtekomme arbeidsgivers behov for å kunne endre tjenesteplanene i visse tilfeller, er det i avtalene tatt inn konkrete frister for å varsle om endringer og for å si opp tjenesteplanene. I den aktuelle rettsaken hevder arbeidsgiversiden at det ikke eksisterte bindinger utover de konkrete varslingsfrister som er nedfelt i avtalene, og at bindinger utover dette utgjorde en uakseptabel inngripen i styringsretten til arbeidsgiver. Dommen la arbeidsgivers anførsler til grunn, og slo dermed fast at legers krav på forutsigbarhet kun ivaretas av varslingsfristene som fremkommer av B-delene. I ytterste konsekvens betyr det at arbeidsgiver kan endre tjenesteplanene hyppig, og at leger kan risikere å ikke ha mer enn 4-8 uker planleggingshorisont, som er de vanligste varslingsfristene.

Tillitsbrudd

Legeforeningen mener at en så vid adgang til å endre tjenesteplaner ikke bygger på det som har vært grunnlaget for legers arbeidstid og at dommen skaper utfordringer i partsforholdet både med tanke på grunnlaget for avtalene og hvordan avtaler kan inngås i fremtiden. Legeforeningen har forutsatt at partene er lojale til grunnlaget for avtalene, og at det å begrense styringsretten er en forutsetning for omfattende unntak fra

arbeidsmiljølovens regler om arbeidstid. Avtaler utvikles i gjensidig tillit mellom partene, og med denne dommen og arbeidsgivers håndtering av saken har tillitsforholdet fått en alvorlig brist. Ansvar for tillitsbruddet ligger hos arbeidsgiver.

Arbeidsrettens dom kan få overslagseffekt til andre helseforretak som ikke har regler om dette, da det nå er klargjort at bruk av midlertidige tjenesteplaner for eksempel om sommeren ikke krever grunnlag i overenskomstens B-del. Det innebærer at hjelpeplaner kan innføres uten at de spesifikt er regulert eller avtalt i de lokale B-delene. Dermed blir dagens praksis snudd på hodet. Legeforeningen vil utarbeide en strategi for å unngå at lokale avtaler blir benyttet på samme måte.

Arbeidsrettens dom rokker altså ved sentrale etablerte ordninger for legers arbeidstid, men arbeidsgivers styringsrett er uansett ikke ubegrenset. Legeforeningen legger til grunn at det ved alle typer tjenesteplaner gjelder noen klare begrensninger i styringsretten. Det er nå viktigere enn noen gang å påse at arbeidsgiver ikke opererer utenfor styringsretten. Når de ensidig setter til side etablerte arbeidstidspremisses, må vi svare med å være tydelige på de begrensninger som faktisk finnes. I den følgende listen er de rammene som vi har krav på å bli behandlet innenfor angitt. Ylf anbefaler at tillitsvalgte og medlemmer forholder seg til disse. Ylf anser det nå som svært lite aktuelt å gå inn på ordninger som bryter med vernebestemmelsene, også om sommeren.

1. B-delene kan ha bestemmelser om bruk av hjelpeplaner / midlertidige planer som begrenser i hvilke tilfeller arbeidsgiver har adgang til å ta slike planer i bruk.
2. I mangel av bestemmelser om hjelpeplaner i B-delene, må tjenesteplaner varsles med avtalens alminnelige endrings- eller oppsigelsesfrister slik de fremkommer av B-delsavtalen. Ved inngåelse av midlertidig tjenesteplan gjelder varslingen både ved inngåelsen og ved opphøret av denne.
3. Endring av tjenesteplan kan bare varsles der hvor utvidet tjeneste/ arbeidstid (UTA) er den samme som i den opprinnelige tjenesteplanen, dvs samme timetallet i den nye tjenesteplanen.
4. Leger som i slike situasjoner ikke ønsker å arbeide UTA i den nye tjenesteplanen, må si opp UTA med den frist som følger av B-delen. Arbeidsgiver må da tilby en 38 timers tjenesteplan for de legene som ønsker det.
5. Dersom arbeidsgiver ønsker et annet timetall i tjenesteplanen enn det som følger av den opprinnelige, må arbeidsgiver si opp tjenesteplanen og få aksept av den enkelte lege for UTA i ny tjenesteplan. I dette tilfellet gjelder reglene for oppsigelse av tjenesteplaner
6. Tjenesteplaner må ha 20 timers dagtid i tidsrommet 07-17 i ukens fem første dager. Dette gjelder også midlertidige tjenesteplaner.
7. Tjenesteplanene skal for leger i spesialisering inneholde markert tid til fordypningsstid. Dette gjelder også om sommeren.
8. Tjenesteplanen må oppfylle vernebestemmelsene. Unntak fra vernebestemmelsene kan bare gjøres etter avtale med foretakstillitsvalgt.



FOTO: TOVE MYRBAKK

Legeforeningens sentralstyre 2013-2015: Bak: Johan Torgersen (Ylf), Christian Grimsgaard (Of), Jon Helle (visepresident), Ivar Halvorsen (Af). Foran: Kari Sollien (Af), Marit Hermansen (Fame), Hege Gjessing (president), Synnøve Bratlie (Psl), Marit Christensen (Ylf).

FRA FORENINGEN



Arne Carlsen

arne.carlsen@lyse.net

Landsstyremøte 2013

Legeforeningens landsstyremøte ble i år avholdt i Alta, 4.-6. juni. Legeforeningens øverste organ samlet 200 delegater og flere gjester. Alta viste seg fra en smukk side, noe til og med misjonerende Ring 3-fascister lot seg fascinere av...

Som en pliktoppfylgende landsstyredeltaker hadde jeg selv sagt nilest de aktuelle sakene og programmet på forhånd, og jeg antok (korrekt, viste det seg snart) at fire saker kom til å vekke stort engasjement (og til tider harme) i en ellers sindig forsamling.

Investeringen i norske sykehus sakker akterut sammenlignet med andre områder i samfunnet. Bygningsmassen er gammel, og over 50% av denne kategoriseres som grad 2 og 3, noe som reflekterer alvorlige feil og mangler – og behov for oppgradering. Det er også vanskelig å få klargjort hvor mye som brukes på kompetanseutvikling for de ansatte – om noe i det hele tatt...? Dette var noe av kjernen i en McKinsey-rapport utarbeidet på oppdrag fra Legeforeningen. Rapporten var en del av den helsepolitiske diskusjonen, hvor den framtidige sykehusstrukturen stod i sentrum. Sentrale spørsmål var blant annet: Hvor mange sykehus skal vi ha i fremtiden? Hvor skal de ligge? Hvilke funksjoner skal, og må, de inneholde?

Som forventet reflekterte debatten våre vidt forskjellige utgangspunkter, både ideologisk og ikke minst geografisk. Felles for de fleste innleggene var at kvalitet er en svært viktig indikator, men kanskje ikke den eneste (er det virkelig en etablert sannhet at friske pasienter ønsker den tryggheten som et lokalsykehus tilbyr, mens syke pasienter søker den best mulige – og høyest spesialiserte – behandlingen?). Flere understreket også at store felt som psykiatri, gynekologi og pediatri er en viktig del av akuttfunksjonene i norske sykehus. For Ylfere er det også verdt å merke seg flere delegaters begeistring for en løsning med obligatorisk gruppe II-tjeneste, med den begrunnelsen at kvaliteten ved gruppe I-sykehusene på viktige og nødvendige basisfunksjoner kanskje per i dag ikke er god nok?

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut et arbeidsdokument angående omstrukturering av spesialisthelsetjenesten, og dette ble også utømmelig diskutert. Dokumentet inneholder mange spenstige forslag, blant annet foreslås de fleste spesialiteter forkortet, turnustjenesten blir en del av spesialiteten, og de flestegrenspesialiteter foreslås omgjort til hovedspesialiteter. For den framtidige spesialisthelsetjenesten er fallgruvene mange, og om vi i det hele tatt skal klare å beholde en spesialisthelsetjeneste med faget i sentrum vil det også i framtiden være behov for en sterk og engasjert legeforening som premissleverandør.

Innimellom alle diskusjonene ble også det nye sentralstyret valgt. President Hege Gjessing ble gjenvalgt uten motkandidat, ny nestleder for perioden 2013-2015 er Ofs leder Jon Helle. Våre to sentralstyremedlemmer, Ylfs leder Johan Torgersen og kommende nestleder Marit H. Christiansen, ble som ventet gjenvalgt. Kommende styremedlem Jens Lind Larsen ble valgt som 2. varamedlem.

Helt til slutt ventet dette møtets «karamell», nemlig debatten om hvor vidt leger skal ha adgang til å reservere seg mot henvisning og deltakelse i prosedyrer som omhandler liv og død, kanskje for tiden best illustrert via aborthenvisningsproblematikken. Som forventet polariserte debatten seg tidlig, med mer eller mindre fornuftige argumenter fra begge sider. Temaet viste seg å være akkurat så politisk og til dels religiøst ladet som forventet, men landsstyret kunne til slutt enes om ett felles vedtak (dette finner du på Legeforeningens hjemmeside, og i det fleste nettmedier – her anbefales det også å lese gjennom den tilhørende nettdebatten. Vedtaket også leses på side 34 i denne utgaven av Forum).



Ruth Foseide

ruthfth@hotmail.com

Aksjonerer for bedre helsevesen

«Så bra at du sier det vi alle mener, men tenk at du tør!»

Responsen var overveldende da Torgeir Bruun Wyller publiserte kronikken «Det vanstyrte sykehus» i Aftenposten høsten 2011(1). Geriatriprofessoren hevdet at politikerne gjemte seg bak de regionale helseforetakene (RHF) for å slippe å stilles til ansvar for politiske valg. I tillegg kritiserte han organiseringen av fusjonsprosessen ved Oslo universitetssykehus (OUS) med ord som: fryktkultur, papegøyokrati, fragmentering, sløsing og overbyråkratisering.

I kronikken skrev Wyller blant annet: «Vi har fått en uhemmet vekst i antall personer som ikke yter noe for pasientene...kjernen i dette er en grov mistro fra lederne overfor dem som utfører den daglige pasientbehandlingen. Legene må bli færre, de må arbeide raskere, de må få mindre hjelp (f.eks. i form av sekretærer), og fremfor alt må de kontrolleres stadig tettere. Slik kontroll koster – både direkte i form av lønn til kontrollørene, og indirekte i form av tapt arbeidsglede og ståpåvilje hos de kontrollerte.»

Helsetjenesteaksjonen

Etter publiseringen var det mange som forventet at noe måtte skje. Informasjonsbehovet var åpenbart, og flere hadde et påtrengende ønske om å få tilkjennegi sine frustrasjoner. Resultatet ble en stadig mer omfattende epostgruppe organisert av Wyller. Diskusjonene på epostlisten gjorde det raskt klart at problemene ikke bare gjaldt Oslo-regionen. Mange slet med de samme utfordringene også andre steder i Helse-Norge. Ideen om et felles initiativ på tvers av regioner og medisinske fagretninger vokste frem i løpet av vinteren 2012. En ny kronikk, «Ta faget tilbake», kom på trykk i Tidsskrift for Den norske legeforening 19. mars 2013 og var utarbeidet av en bredt sammensatt legegruppe (2). Målet var å etablere et ideologisk grunnlag for en aksjonsgruppe og å si noe om det man mente var roten til frustrasjonene. Helsetjenesteaksjonen var født.

Aksjonsgruppen består nå av drøyt 20 personer med ulik bakgrunn, de fleste helsepersonell. De arbeider for pasientfokus og mot overbyråkratisering. De har fremmet «10 krav om endringer» som et motsvar til Støres «10 grep for bedre sykehus.»

«Vi ser for oss direkte aksjoner etter hvert, men foreløpig er fokuset å være tilstede og holde et trykk oppe i det offentlige ordskiftet,» forteller Wyller.

Dette gjør aksjonsgruppen gjennom en rekke artikler og debattinnlegg i ulike aviser. Helsetjenesteaksjonen har en hjemmeside der det legges ut informasjon (3), og administrerer en

egen epostliste for helsearbeidere og andre som vil være med å diskutere løsninger for fremtidens helsevesen. De har fått bred dekning i media. For tiden pleies kontakt med sentrale politikere. Helseminister Jonas Gahr Støre har vært villig til å lytte og har gått offentlig ut med at han snart skal møte representanter fra gruppen.

«Det at Støre prioriterer å møte oss, er nok et uttrykk for at han ikke er likegyldig til denne aksjonen, og vi har stort sett klart å få kontakt med toppolitikere i de fleste politiske partiene,» sier Wyller.

Helsepolitisk debatt med feil fokus

Wyller mener politikerne på venstresiden er mest støttende til aksjonsgruppens kritikk av foretaksmodellen og hvordan pengene brukes, mens de på høyresiden er mest opptatt av overbyråkratiseringen.

«Egentlig føler jeg nok at den helsepolitiske debatten, spesielt den som løftes mest opp mellom Høyre og Arbeiderpartiet, mellom Erna og Jonas, ikke fokuserer på det som er viktigst. Fokus ligger på relativt marginale forskjeller i grad av å slippe til private aktører.»

Han mener at Høyre neppe vil privatisere helsevesenet totalt og at Støre stadig ytrer et ønske om et godt og bredt offentlig helsevesen. Partiene ser først og fremst ut til å være uenige om i hvilken grad man skal slippe inn private aktører, særlig der hovedutfordringene er kø. Wyller irriterer seg over at helsepolitikk stort sett handler om køer og ventetid, mens en større utfordring egentlig er overbelegg og liggetidspress.

«Det blir et totalt misforhold mellom hvor vi som jobber i helsevesenet føler at det brenner og hva politikerne diskuterer – og kanskje i all hovedsak er enige om å være uenige om.»

Politikerne må på banen

Siden innføringen av den nye helsereformen i 2002, har norske offentlige sykehus blitt organisert som statseide helseforetak, administrert gjennom fire regionale helseforetak. Helsetjenesteaksjonen mener at denne organiseringen gjør det enkelt for politikere å fraskrive seg ansvar, da RHFene blir et ekstra administrativt nivå og virker som en buffer mellom helseforetakene og helsedepartementet. De mener at politikerne ikke lenger konfronteres direkte med upopulære avgjørelser og at et RHFene ikke har forutsetninger for å regne seg frem til hva som er riktig

beslutning. Det må politiske prioriteringer og beslutninger til. Fagmiljøene bør være premissleverandører gjennom å fortelle politikerne hvilke konsekvenser det ene eller andre valget vil medføre. Rolledelingen må bli tydeligere.

«Politikerne må på banen! Fagfolkene må få frihet til å bestemme innenfor den rammen som politikerne setter,» slår Wyller fast. «I dag er det veldig vanskelig å skjønne hvor beslutningene blir fattet. Det er helt umulig å holde folk ansvarlige for avgjørelsene de tar. Det går masse rare, uformelle signaler frem og tilbake mellom departement, RHF og helseforetak. Og fremfor alt finnes det ikke noe politisk nivå som matcher dem. De er ikke underlagt noen form for politisk kontroll,» sier han om RHFene. Helsetjenesteaksjonen mener at man ikke kan fortsette å organisere helsevesenet i den formen man har nå. Imidlertid sier de at det ikke er noen garanti for at alt blir bra bare ved å fjerne foretaksmodellen.

Helsetjenestens gerilja

Hege Gjessing, president i Den norske legeforening, kommenterte 14.03.13 det Dagsrevyen kalte «legeopprop mot Støre.» Hun sa at Legeforeningen ikke stilte seg bak alle forslagene, men at hun støttet legene. Hun mente det fremkom et frustrasjonsnivå hos de som kjenner den daglige driften på kroppen og at dette nå går utover pasientbehandlingen. Hvordan tenker Wyller at Legeforeningen står i forhold til Helsetjenesteaksjonen?

«En forskjell er at vi er litt mer gerilja...selvfølgelig ikke i bokstavig forstand! Men i betydningen at vi er få, fleksible og kan raskt skifte satsingsområde og fokus. Vi kan ta mål av oss å være et slags radikaliserende korrektiv. Radikalt i betydningen vilje til å slåss for grunnleggende endringer der hvor Legeforeningen har lagt seg på en ganske forsiktig profil. Legeforeningen sympatiserer nok i mye av det samme, men må være mer forsiktige i arbeidsformen. Dessuten er vi altså ikke en legeaksjon, men en aksjon av mange ulike helsepersonellgrupper og pasienter. Fagforeningene har som sin helt legitime oppgave å ivareta arbeidstakernes interesser; vi ønsker å ha pasientenes beste som vår overordnede rettesnor.»

Helsetjenesteaksjonen er bare så vidt etablert, men har allerede fått mange sympatisører og mye oppmerksomhet. Kanskje fordi de setter en velplassert finger på mange av utfordringene vi står overfor i norsk helsevesen?



FOTO: RITA ROMSKAUG

TORGEIR BRUUN WYLLER

- Født: 1960
- Professor og overlege i geriatri, Oslo Universitetssykehus / Universitetet i Oslo
- Blant initiativtakerne til Helsetjenesteaksjonen
- Hjemmeside: <http://folk.uio.no/tbwyller/>

Kilder:

1. Wyller TB. Det vanstyrte sykehus. Aftenposten 30. sept 2011.
2. Wyller VB, Gisvold SE, Hagen E et al. Ta faget tilbake! Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 655 – 9.
3. <http://helsetjenesteaksjonen.no/>

Takk og farvel til hjemmelssystemet

Helseminister Jonas Gahr Støre har besluttet at legefordelingssystemet slik det eksisterer i dag skal avvikles fra og med 1. juli. Det skal nå bli opp til det enkelte sykehus å ansette de legene de trenger.

Å sikre en jevn fordeling av legespesialister rundt omkring i landet er et lovkrav fra Stortinget. Dette lovkravet har inntil nå vært ivaretatt gjennom det nasjonale legefordelingssystemet. Helsedepartementet har tildelt hjemler for stillinger som spesialist eller lege i spesialisering til norske sykehus ut fra en vurdering av behovene. Hver stilling har hatt et stillingsnummer, og stillinger uten slike numre er ulovlige, såkalte «grå stillinger.»

Over de siste årene har flere og flere aktører, med Legeforeningen i spissen, vært kritiske til dette systemet og krevd det avviklet. Vi mener at systemet ikke har fungert i henhold til intensjonen. Helsedirektoratet har delt ut stillinger én til to ganger i året, og da som «potter» med stillinger til de fire regionale helseforetakene. Det har så vært opp til de regionale helseforetakene å avgjøre om stillingene skal brukes og til hva. Her har økonomiske forhold vært blant de viktigste grunnene til å begrense opprettelse av nye stillinger. Systemet har hindret at den enkelte ansvarlige leder har kunnet ansette de legene som trengs for å få løst de pålagte oppgavene på en forsvarlig

måte. Legeforeningen mener at enhetslederen selv må kunne ansette det antall leger som er nødvendig av hensyn til god pasientbehandling, godt arbeidsmiljø og effektiv drift. Med hjemmelssystemet har enhetslederne kunnet skjule seg bak manglende tildeling av stillinger «ovenfra» dersom legeressursene ikke strekker til.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt klar beskjed om at de kommer til å følge opp at det blir ansatt nok leger, og at foretakene gjør det de skal og kan for å rekruttere legearbeidskraft. Det gjenstår fremdeles noen spørsmål; hvilke krav skal gjelde til stillinger for godkjenning til spesialiseringen? Kan enhetslederne ansette etter behov eller vil vi oppleve overstyring fremdeles? Detaljene vil komme på plass etter hvert, men det viktige er at foretakene ikke lenger kan peke på sentrale myndigheter og si at de ikke får lov til å ansette flere leger. Nå er dette opp til dem å avgjøre.

Johan Torgersen



Johan Torgersen

johan.torgersen@
legeforeningen.no



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/7POSTMAN

Liberoturnus?

Liberoturnus er et fenomen som har dukket opp i flere helseforetak de siste årene. Forventning om vaktarbeid uten definerte vakttidspunkter bryter med arbeidsmiljøloven og avtaleverket. Ylf fraråder at leger frivillig går med på ordninger som uthuler arbeidstidsprinsippene våre.

Hva er «liberoturnus»?

Ordningen innebærer at en lege blir bedt om å jobbe uten å ha egen tjenesteplan som definerer hvilke vakter legen skal gå. Legen blir lønnet etter det som er vanlig tjenesteplan for legegruppen ved avdelingen, men tar ett bestemt antall uforutsette vakter istedenfor å ta vakter som følger av en tjenesteplan. Dette uten at en lønnes som ved uforutsett vakt.

Er dette en lovlig ordning?

Arbeidsmiljøloven (AML) slår fast at alle som arbeider til ulike tider på døgnet skal ha en tjenesteplan som viser til hvilke tider en skal jobbe. Overenskomstens del A2 slår fast at leger i spesialisering har rett til å inngå i eksisterende vaktordninger, blant annet for å få tellende tid til spesialiteten. I tillegg spesifiserer de ulike B-dels avtalene varslingsfrister for endring i tjenesteplaner. Varslingsfristene skal ivareta et minimum av forutsigbarhet i vår arbeidstid. Disse forholdene ivaretas ikke

i en liberoturnus, og arbeidsgiver har derfor ikke anledning til å innføre slike ordninger. Den enkelte lege har rett til å si nei og kreve egen tjenesteplan. Når du har signert en kontrakt med et helseforetak eller et sykehus, og kontrakten medfører en arbeidsplikt med arbeid til ulike tider av døgnet, har du krav på en tjenesteplan som spesifiserer når du skal ha vakt.

Er det da uaktuelt med slike ordninger?

I og med at slike ordninger bryter med AML og avtaleverket, vil Ylf anbefale at en heller ikke frivillig går med på dette. Det er ikke gitt anledning i AML til å forhandle seg bort fra kravet om tjenesteplan, verken på individuelt nivå eller på organisasjonsnivå. En liberoturnus representerer en glidning bort fra den etablerte og godt hjemlede praksisen rundt tjenesteplanene. Vi opplever at arbeidsgiversiden ikke lenger forholder seg til de ordningene som har vært etablert og praktisert i en årrekke. Når vi ikke kan ha tillit til at arbeidsgiver respekterer etablert praksis for legers arbeidstid, vil vi i Ylf på det sterkeste fraråde at leger frivillig går med på ordninger som uthuler arbeidstidsprinsippene våre ytterligere. Den enkelte kommer i en presset situasjon, og gruppen vår vil lide under at vi selv går med på å forlate basale forutsigbarhetspremisses. Ikke nøl med å ta kontakt med en tillitsvalgt dersom du blir forespeilet slike arbeidsbetingelser. Vi vet at leger har blitt presset inn i slike ordninger i bytte mot å i det hele tatt få jobb. Det er uakseptabelt.



Marie Skontorp

marieskontorp@gmail.com



FOTO: ©ISTOCKPHOTO.COM/SELENERGEN

Arbeidsavtalen – en kjedelig formalitet eller et viktig dokument?

«Hurra! Jeg har fått meg jobb! Det kom en konvolutt fra arbeidsgiver med noen papirer som de ville jeg skulle signere og sende tilbake så raskt som mulig. Skal jeg orke å lese gjennom mon tro? Det er jo bare masse jeg ikke forstår noe av allikevel... Det er sikkert greit å skrive under og sende tilbake sånn at jeg er sikker på at jeg får jobben!» Men er det egentlig så lurt?

Vi har gått mange år på skole når vi endelig skal ut i den store verden for å finne oss en jobb. Men å søke jobb og hva man skal passe på i den prosessen, lærer vi ikke på studiet. Stort sett tror vi at de fleste vil oss vel – vi ønsker jo bare å begynne og bruke det vi har lært. Hvorfor skulle arbeidskontrakten være noe man burde sette seg ned å lese grundig gjennom? Er ikke det noe som er helt standard for oss alle?

Hvorfor har vi en arbeidsavtale?

Det skal inngås en skriftlig arbeidsavtale i alle arbeidsforhold i følge Arbeidsmiljølovens § 14.6. Dersom arbeidsforholdet varer mer enn en måned, skal arbeidsavtalen foreligge snarest mulig, men senest innen en måned etter at arbeidsforholdet begynte. Dersom arbeidsforholdet er kortere enn en måned, skal avtalen inngås skriftlig umiddelbart. Arbeidsmiljøloven skiller ikke mellom midlertidig eller fast stilling. Alle arbeidsforhold skal altså ha en skriftlig arbeidsavtale.

Hva skal en arbeidsavtale inneholde?

En arbeidsavtale er en avtale som beskriver arbeidsgivers og arbeidstakers rettigheter og plikter. Avtalen regulerer blant annet hvilken type ansettelse, hvilken lønn, hvilken arbeidstid og hvilket arbeidssted man skal ha. Dette er stort sett noe de fleste er opptatt av. Arbeidsmiljøloven definerer minimumskrav til en skriftlig arbeidsavtale i § 14.6. Avtalen kan også inneholde andre forhold enn det som står i minimumskravene,

men må holdes innenfor de grenser som følger av tariffavtale og lov.

Noen av punktene i Arbeidsmiljølovens § 14.6 første ledd er mer selvsagte enn andre, her kommer en gjennomgang i bokstavrekkefølge.

Partenes identitet (a)

Avtalen skal inneholde navnet ditt, fødselsdato, og evt. fødselsnummer. I tillegg skal den inneholde hvem arbeidsgiver er. Dette er ofte et sykehus eller et foretak.

Arbeidsplassen (b)

Legeforeningen mener at man bør bli ansatt ved en geografisk enhet, og at man skal ha særskilt avtale mellom partene for å arbeide på mer enn ett geografisk sted. Arbeidsgiver ønsker ofte å ansette i en større enhet, ofte et helseforetak eller sykehus, for å ha mulighet til å fordele legerressurser mest mulig gunstig i forhold til drift. Man skal derfor være oppmerksom på hvilket arbeidssted som blir angitt i arbeidsavtalen.

Dersom arbeidsgiver driver virksomhet på flere steder, vil arbeidskontrakten kunne angi at arbeidstakeren er forpliktet til å utføre sitt arbeid på flere steder etter nærmere beslutning fra arbeidsgiver. En vanlig formulering i en arbeidskontrakt for leger er: NN er ansatt i xx HF, for tiden ved yy avdeling. Et sentralt spørsmål er hva som ligger i at NN for tiden er ansatt ved yy klinikk. Det foreligger ikke mye rettspraksis som gir nærmere anvisning om hva dette betyr. Høyesterett har i en dom bemerket at arbeidsgiver innenfor rammen av styringsretten måtte kunne plassere arbeidstaker i tilsvarende stilling ved en annen enhet med akseptabel avstand fra bostedet. Det ble ikke sagt noe om hva som er innenfor styringsretten i denne sammenheng, og heller ikke hva som er akseptabel avstand fra bostedet.

ARBEIDSMILJØLOVENS § 14-6

- (1) Arbeidsavtalen skal inneholde opplysninger om forhold av vesentlig betydning i arbeidsforholdet, herunder:
- partenes identitet,
 - arbeidsplassen. Dersom det ikke eksisterer noen fast arbeidsplass eller hovedarbeidsplass skal arbeidsavtalen gi opplysning om at arbeidstakeren arbeider på forskjellige steder, og oppgi forretningsadressen eller eventuelt hjemstedet til arbeidsgiver,
 - en beskrivelse av arbeidet eller arbeidstakerens tittel, stilling eller arbeidskategori,
 - tidspunktet for arbeidsforholdets begynnelse,
 - forventet varighet dersom arbeidsforholdet er midlertidig,
 - eventuelle prøvetidsbestemmelser, jf. <http://websir.lovddata.no/lex/lov/nl/hl-20050617-062.html> - 15-6§ 15-3 sjuende ledd og § 15-6,
 - arbeidstakerens rett til ferie og feriepenger og reglene for fastsettelse av ferietidspunktet,
 - arbeidstakerens og arbeidsgiverens oppsigelsesfrister,
 - den gjeldende eller avtalte lønn ved arbeidsforholdets begynnelse, eventuelle tillegg og andre godtgjøringer som ikke inngår i lønnen, for eksempel pensjonsinnbetalinger og kost- eller nattgodtgjørelse, utbetalingsmåte og tidspunkt for lønnsutbetaling,
 - lengde og plassering av den avtalte daglige og ukentlige arbeidstid,
 - lengde av pauser,
 - avtale om særlig arbeidstidsordning, jf. § 10-2 andre, tredje og fjerde ledd,
 - Opplysninger om eventuelle tariffavtaler som regulerer arbeidsforholdet. Dersom avtale er inngått av parter utenfor virksomheten skal arbeidsavtalen inneholde opplysninger om hvem tariffpartene er.
- (2) Informasjon nevnt i første ledd bokstavene g til k kan gis ved å henvise til lover, forskrifter eller tariffavtaler som regulerer disse forholdene

I forbindelse med turnustjenesten må en forutsette at det i utlysningsteksten opplyses hvor tjenesten skal finne sted, og det må være en forutsetning at tjenestestedene er egnet for innfrielse av turnusforskrift og målbeskrivelse.

Stillingstittel (c)

Avtalen vil for leger som tilhører Ylf som regel angi at man er ansatt som turnuslege eller lege i spesialisering, eventuelt konstituert overlege. Assistentlege er en gammel stillingsbetegnelse og bør skiftes ut med lege i spesialisering.

Tidspunkt for arbeidsforholdets begynnelse (d)

Den dato partene er enige om at arbeidstager skal begynne å jobbe etter den aktuelle arbeidsavtalen skal spesifiseres.

Forventet varighet ved midlertidig arbeidsforhold (e)

Dersom stillingen ikke er fast, skal det fastsettes hvor lenge det er forventet at arbeidstageren skal bli i stillingen. Både for turnusleger og for 4, 5 og 6 års-stillingene vil det som regel stå oppstartsdato i tillegg til stillingstype som spesifisering. Bruk av vikariater og engasjementer skal skje på lovlig vis. Dette innebærer at ved tilsetting i vikariat, skal tilsettingsperioden være lik fraværsperioden til den som opprinnelig er ansatt i stillingen.

Prøvetidsbestemmelser (f)

Dersom det er aktuelt med prøvetid, skal dette være skriftlig avtalt i arbeidsavtalen. Prøvetiden kan maksimalt være seks måneder (arbeidsmiljøloven § 15-6 nr 3). Ved lengre fravær under prøvetiden, kan prøveperioden forlenges. Forutsetningen for dette er at det er skriftlig avtalt ved tilsettingen at slik forlengelse kan foretas og at arbeidsgiver skriftlig har orientert arbeidstaker om forlengelse innen utløpet av prøvetiden (arbeidsmiljølovens § 15-6 nr 4). Prøvetiden kan maksimalt forlenges med en periode som tilsvarer lengden av fraværet.

I noen tilfeller er det ikke vanlig med prøvetid. Dersom man har vært ansatt ved samme arbeidssted over tid, vil det være urimelig, eller ulovlig, å bli pålagt prøvetid ved ny inngåelse av arbeidsavtale til samme type stilling som man allerede har vært ansatt i.

Ferie og feriepenger (g)

Arbeidsavtalen skal angi rettigheter til ferie og feriepenger, samt regler for fastsettelse av ferietidspunktet. Det er tilstrekkelig med en henvisning til ferielovens bestemmelser om disse forholdene, supplert med henvisning til tariffavtale som regulerer den femte ferieuken.

Oppsigelsesfrister (h)

Arbeidsavtalen skal angi hvilke oppsigelsesfrister som gjelder for både arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er tilstrekkelig med en henvisning til tariffavtalen, hvor det er avtalt tre måneders

Vesleby, 20. november 2011

ARBEIDSAVTALE


mellom

Helse Vesleregion og

- (a) **Namn:** Anna Lovinda **Fødselsnummer:** 010175
- (c) **Stilling:** Lege i spesialisering **Stillingskode:** 9999
- (b) **Arbeidstad f.t.:** Vesleby sjukehus **Stillingsstorleik (%):** 100
- (b) **Avdeling f.t.:** Anestesiavdelinga **Timar arbeid/veke i 100% stilling:** Individuell tenesteplan (j)
- (e) **Tilsettingstilhøve:** Utdanningsstilling – 5 år
(Fast/mellombels)
- (d) **Tilsettingsdato:** 20.11.11 **Årsløn i 100% stilling:** Jf. Vedlegg + løn etter plan (i)
- Slutt dato:** (Ved mellombels tilsetting)
- Vikar for:** (Ved mellombels tilsetting)
- Kommentar:** **Still.nr. 01/NRid 0001 – utlyst Dnlf tidsskrift nr. 10/2011**
- Avtalen tek atterhald om dokumententert utdanning og praksis, samt gyldig autorisasjon eller lisens for stillingar som har krav om dette.
- (h) Oppseingsfristar er regulert i Arbeidsmiljølova § 15-3. Hovudregel for fast stilling er 3 månader, og for vikariat 1 måned. Heimel for mellombels tilsetting er Arbeidsmiljølova § 14 9.
- Dato for lønsutbetaling er den 12. i kvar måned. Ved samla gjennomsnittleg arbeidstid over 14 timar pr. veke vert det trekt 2 % pensjonspremie av brutto løn til kommunal pensjonskasse. På alle tilsette, unnateke timeløna er det trekk til avtalt OU-fond. (i)
- Du må til ei kvar tid følgje den vaktplan som gjeld for avdelinga.** (j)
- (g,k,m) Arbeidsavtalen byggjer på vilkår i samsvar med Arbeidsmiljølova, Ferielova, gjeldande arbeidsreglement og overenskomst mellom NAVO og arbeidstakarorganisasjonane. Arbeidstakar kan ikkje utan skriftleg samtykke frå arbeidsgjevar ta tilsetting i eller drive verksemd som konkurrerer med helseføretaket.
- Dersom det blir utbelalt feil løn, har arbeidsgjevar/arbeidstakar plikt til å varsle om dette straks feilen er oppdaga, jfr arbeidsreglement. For lite utbetalt løn skal rettast opp ved neste lønsutbetaling. Feil som medfører trekk i løn krev skriftleg avtale, jfr Arbeidsmiljølova § 14-15.
- Eg tek i mot stillinga på nemnde vilkår. Eg er kjend med at arbeid i sjukehus medfører teieplikt etter Helsepersonellova § 21, Spesialisthelsetenestelova § 6 og Forvaltningslova § 13. Brot på teieplikta kan straffast etter Straffelova § 121.
- Avtalen er utarbeidd i 2 eksemplar.
- Før tilsetting og lønsutbetaling kan skje, er det krav om:**
- Underskriven arbeidsavtale frå arbeidstakar skal vere retumert til **sekretariatet, adm. innan 30.11.11**
- Eventuelle tilsende vedlegg til arbeidsavtalen skal fyllast ut og returnerast saman med avtalen
- Dokumentasjon på utdanning og praksis, samt autorisasjon dersom stillinga krev det, skal leggest ved signert avtale dersom dette ikkje er dokumentert tidlegare.

Dato: 20/11-11

Signatur:


 Anna Lovinda


 Sjøf Ledersen

gjensidig oppsigelse ved fast stilling og en måneds gjensidig oppsigelse ved midlertidig ansettelse.

Lønn og andre godtgjørelser (i)

Det er ikke mulig å avtale en minimumslønn som er lavere enn den som er avtalt i tariffavtalen. Ofte vil det stå i arbeidsavtalen at lønn følger av tariffavtalen, og en vil da få lønnsjustering automatisk etter at det er gjennomført tariffhandlinger mellom Akademikerne/Legeforeningen og arbeidsgiverorganisasjonen. Det er ikke mange turnusleger eller leger i spesialisering som har annen lønn enn det som er avtalt i tariffavtalen, men dersom man avtaler tillegg utover dette, skal det stå i arbeidskontrakten.

Arbeidstid (j)

Dersom man arbeider til ulike tider på døgnet, skal det utarbeides en arbeidsplan som viser hvilke uker, dager og tider den enkelte arbeidstaker skal arbeide. Arbeidsplanen skal utarbeides i samarbeid med arbeidstakernes tillitsvalgte. Arbeidsplanen skal drøftes med arbeidstakernes tillitsvalgte så tidlig som mulig og senest to uker før iverksettelsen. Arbeidsplanen skal være lett tilgjengelig for arbeidstakerne (Arbeidsmiljølovens § 10.6). Mange kaller denne arbeidsplanen for tjenesteplan. De fleste leger skal ha en slik arbeidsplan, da vi jobber til forskjellige tider av døgnet. I de fleste avtaler blir det henvisning til arbeidsplanen med tanke på arbeidstid. Det kan i tillegg henvises til tariffavtalen, hvor det er spesifisert hvilke vernebestemmelser vi har i forhold til arbeidstid, men dette vil uansett gjelde da avtalen skal henvises til gjeldende tariffavtale (se punkt m).

Pauser (k)

Pauser er som regel avtalt i tariffavtalen, stort sett på lokalt nivå, og det er nok å henvises til denne i avtalen.

Særlig arbeidstidordning (l)

Særlig arbeidstidordning er stort sett omtalt i våre tariffavtaler og ivarettatt der. Men det er mulig å gjøre egne avtaler under dette punktet dersom det er aktuelt.

Tariffavtaler (m)

Tariffavtalene våre er inngått mellom Akademikerne/Legeforeningen og Spekter eller Virke, og skal spesifiseres i avtalen. Noen avtaler inneholder fortsatt gamle navn på arbeidsgiverorganisasjonene, for eksempel NAVO og HSH istedenfor Spekter og Virke. Dette bør for ordens skyld korrigeres.

Andre viktige momenter som skal være med i arbeidsavtalen Per i dag (juni 2013) må stillingen vi går i ha et id-nummer fra Nasjonalt Råd, et såkalt NRid-nummer for at tjenesten skal være tellende til spesialitet. Dette nummeret skal stå i arbeidsavtalen.

Dersom man går i en stilling som ikke har et slikt nummer, en såkalt grå stilling, risikerer man å ikke få tjenesten tellende.

Det skal også stå i avtalen om stillingen har vært utlyst, og hvor den i så fall var utlyst. Vi kan gå i uutlyste stillinger i inntil ett år av utdanningen innen spesialiteten, utover det blir ikke slik tjeneste tellende. Unntak fra dette er sideutdanning, som også kan være uutlyst. Dette står i de generelle spesialistreglene § 5, og dette skal dokumenteres når vi sender inn spesialistsøknad.

Dersom man er ansatt i et vikariat, skal det også stå hvor lenge vikariatet varer og hvem man vikarierer for.

Fra 1/7-13 opphører ordningen med nasjonal tildeling av legestillinger. Hva som skjer med kravet om NRid-nummer etter denne datoen, er enda ikke klarlagt, men vi må enn så lenge forholde oss til de gjeldende regler.

Betydningen av at arbeidsavtalen er mangelfull eller uklar Arbeidsforholdet vil bestå selv om man ikke har en arbeidsavtale, eller man har en arbeidsavtale som er i strid med lov- eller tariffavtale. I utgangspunktet har arbeidsgiver risikoen for mangelfullt innhold og manglende klargjøring. Høyesterett har i en dom fra 2004 uttalt at manglende skriftlighet ikke automatisk gjør avtalen ugyldig, men manglende skriftlighet vil blant annet kunne føre til at avtalen ved tvil om innholdet blir tolket i arbeidsgivers favør.

Strid mellom arbeidsavtale og tariffavtale eller ufravikelig lov – hva da?

Det kan skje at partene i arbeidsavtalen avtaler noe som er i strid med gjeldende tariffavtale eller lov. Tariffavtalene har ofte såkalte minimumsbestemmelser, og det betyr at det ikke er anledning til å avtale dårligere vilkår enn det som følger av tariffavtalen. Det er imidlertid ikke alltid opplagt om en bestemmelse er bedre eller dårligere enn det som følger av tariffavtalen eller lov. Dersom det er uenighet om tolkningen av arbeidsavtalen, skal den forsøke løses på lavest mulig nivå: Først mellom partene som har signert avtalen, deretter med tillitsvalgte lokalt, tillitsvalgte sentralt og til slutt eventuelt i domstolen. Hvis man i en av disse instansene kommer til at en bestemmelse i arbeidsavtalen er i strid med ufravikelig lov eller tariffavtale, vil de aktuelle bestemmelsene i arbeidsavtalen være ugyldige og erstattes av tariffavtalens eller lovens regler. Arbeidsavtalen for øvrig vil bestå.

Kontakt med tillitsvalgt

Dersom man er usikker på noe i forbindelse med inngåelse av en arbeidskontrakt, kan det være lurt å ta kontakt med en tillitsvalgt ved arbeidsstedet for å få hjelp før en signerer. En signert kontrakt er et juridisk bindende dokument, og det er lettere å diskutere med arbeidsgiver om momenter en er usikker på eller uenige i før den er signert.

Helsepolitisk valgbilag



9. september er det stortingsvalg, men først må vi stålsette oss for valgkampen. Helse og omsorg ser ut til å bli en av de viktigste arenaene for årets politiske tautrekking. Politikerne kjører retorisk lavkarbo og er forberedt på å smøre øregangene våre med valgflesk og løftebacon gjennom hele sommeren. Forum lader opp med et eget helsepolitisk valgbilag – så har dere noe å lese på om dere ikke får nok valgstoff i månedene som kommer. Vi har stilt helsepolitikere fra hvert av stortingspartiene følgende spørsmål:

1. Mener ditt parti at det brukes nok ressurser på helse i Norge i dag? Har sykehusene tilstrekkelige økonomiske rammer i dag?
2. Hvordan stiller ditt parti seg til privatisering av helsevesenet/deler av helsevesenet? Innen hvilke områder bør det åpnes for private aktører?
3. Hvilken styringsmodell for sykehusene ønsker ditt parti? Har fagmiljøene tilstrekkelig innflytelse i styringen av sykehusene pr i dag?
4. Hva mener ditt parti om situasjonen med midlertidige ansettelser for leger i spesialisering?
5. Hva mener ditt parti er de største utfordringene i dagens «Helse»-Norge?

Svarene kan dere lese på de neste sidene.

Vel bekomme og godt valg!

Sosialistisk venstreparti



Audun Lysbakken, medlem Helse- og omsorgskomiteen, leder SV.

Ressursbruk

SV er for et offentlig helsevesen som gir gratis helsehjelp til alle som trenger det. Vi vil bruke de store pengene på de store oppgavene, og helse er en av de viktigste samfunnsoppgavene staten har. Vi mener at vi må regne med å bruke mer penger på helse og sykehus også i årene fremover. Likevel er det viktig å understreke at også sykehusene må forholde seg til at det settes en budsjetttramme. Vi må være flinke til å vurdere hvordan vi kan få til effektivisering i det offentlige helsevesenet også utenfor større budsjettbevilgninger. En måte å lykkes med det på, kan være å kutte i rapporteringskravene og byråkratiet, slik at helsefagarbeidere, sykepleiere og leger kan bruke mer tid på å behandle pasienter.

Privatisering

SV mener at det offentlige helsevesenet skal være offentlig, og at vi ikke skal utvide bruken av kommersielle aktører hverken i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Private ideelle aktører spiller en viktig rolle innenfor blant annet rusomsorgen, og er et godt supplement til det offentlige helsevesenet. Det er det viktig å ivareta.

Styringsmodell og fagmiljøenes innflytelse

SV ønsker å erstatte foretaksmodellen med en forvaltningsmodell der politikerne styrer mer i det store og mindre i det små.

Vi vil at Stortinget skal vedta en nasjonal sykehusplan, hvor en tar stilling til store politiske spørsmål i sykehuspolitikken. Så vil vi samtidig kutte kraftig i rapporteringskravene til sykehusene, og la de ansatte og sykehusene få mer frihet til å handle etter egne faglige vurderinger. Vi vil styrke fagmiljøenes innflytelse på styringen av sykehusene.

Midlertidige ansettelse for leger i spesialisering

Vi vil ikke ha bruk av midlertidige stillinger i helseforetakene.

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

Den største utfordringen er at det finnes store sosiale helseforskjeller i befolkningen, som påvirker både levealder og livskvalitet. Det er også en stor utfordring at det er lange ventetider i spesialisthelsetjenesten, og at mange opplever å ikke få hjelp når de trenger det. Denne utfordringen henger sammen med at de ansatte på sykehusene må bruke unødvendig mye tid på oppgaver som ikke handler om det pasientrettede arbeidet. Trege IKT-systemer som gjør rapportering tidkrevende, mange rapporteringskrav og lite spillerom til å gjøre nødvendig omorganisering i egen arbeidshverdag gjør at vi får behandlet færre pasienter enn det som er mulig.



FOTO: STIG MARLON WESTON

Arbeiderpartiet



Håkon Haugli, andre nestleder Helse- og omsorgskomiteen, stortingsrepresentant Oslo AP.

Ressursbruk

Vi mener at det bør brukes mer på helse. Med budsjettforslaget for 2013 har vi klart å styrke sykehusene med om lag 12 mrd. kroner siden 2005. Norge bruker allerede mye på helse finansiert av felleskapet, og vi mener det er behov for fortsatt vekst. SSBs helseregnskap for 2012 viser at de totale helseutgiftene har økt i Norge siden 2000, og andelen som innbyggerne må betale selv går ned.

Forskning og innovasjon skaper nye muligheter, og det blir behov for mer fagfolk og ressurser til spesialisthelsetjenesten. Sykehusene må likevel forholde seg til rammer og prioriteringer. Det gjør de fleste sykehusene nå – som resultat av sykehusreformen. Regjeringens sykehusbudsjett for 2013 har lagt til rette for en aktivitetsvekst på 2 pst. Det er den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noensinne.

Vi vil aldri nå et punkt hvor vi bruker «nok» på sykehus og helse. Totalbudsjettet vil derfor påvirkes av hvordan vi prioriterer helse sammenlignet med andre områder, og hvor mye vi er villige til å ta inn i skatteinntekter. Arbeiderpartiet vil fortsette å prioritere sykehusene høyt.

Privatisering

Arbeiderpartiet er for en sterk og god offentlig helsetjeneste. Vi er imot kommersialisering av helsetjenestene. Privatisering vil føre til dårligere prioritering og kvalitet i helsetjenestene, det vil splitte fagmiljøer og føre til økt byråkrati. Kommersielle tilbydere vil tilby de tjenestene de tjener mest på, de mer krevende og «ulønnsomme» behandlingene vil overlates til det offentlige. Markedet fungerer til mye, men ikke til å styre sykehusene.

Private sykehus og spesialister er en viktig samarbeidspartner og et supplement. I 2011 brukte de regionale helseforetakene nesten en tidel av sykehusbudsjettet til kjøp av helsetjenester fra ideelle og private. Det er viktig at det er sykehusene og helseregionene som avgjør hva slags tjenester de kjøper av private.

Styringsmodell for sykehusene

Det er 11 år siden staten overtok ansvaret for sykehusene. Ingen modell er et mål i seg selv, den er kun et verktøy for å nå hovedmålet: best mulig behandling av pasientene. I årene etter 2001 er mye justert og endret, og vi vil gjennomføre nye justeringer når vi ser behov for det.

Stortinget har vært opptatt av å sikre sykehusene en åpen og demokratisk styringsmodell, med regionalt forankret politisk styring av et likeverdig helsetilbud over hele landet. Regional organisering sikrer løpende styring basert på kunnskap om lokale forhold, og gode pasientforløp gjennom arbeidsdeling

mellom sykehusene. Vi har økt bevilgningene og fått orden på sykehusenes økonomi. Det er økt oppmerksomhet på investeringer og nye utviklingsmuligheter.

Vi mener den regionale forankringen er riktig og har levert gode resultater. Slik Arbeiderpartiet ser det, kan alle målene vi setter for våre sykehus, oppnås med dagens modell. Helse SørØst omfatter ti fylker og er en stor region. Vi er derfor åpne for å vurdere denne regionen når omstillingene i Oslo er fullført.

Midlertidige ansettelse for leger i spesialisering

Leger har samme rett på fast ansettelse som alle andre arbeidstakere. Arbeiderpartiet har vært med på å reversere forrige regjeringens forslag om å svekke arbeidsmiljøloven. Vi er imot å gi økt adgang til midlertidig ansettelse.

AP ønsker at tariffavtalene i offentlig sektor i størst mulig grad skal tilrettelegge for fast ansettelse – også for leger. Det er partene selv som må forhandle frem tariffavtalene. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt beskjed til sykehusene som arbeidsgiver om å forsøke å forhandle frem løsninger som bidrar til størst mulig grad av fast ansettelse for leger i spesialisering.

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

Arbeiderpartiet mener vår største utfordring er folkehelse. Livsstilsykdommer er et problem for den enkelte og for samfunnet. Hvordan vi møter dette må og vil være en helt sentral utfordring i årene framover. Vi må tenke forebygging i hele livsløpet og på alle forvaltningsnivåer.

Selv om Samhandlingsreformen er godt i gang er det fortsatt utfordringer knyttet til samarbeidet og samhandlingen mellom de forskjellige delene av helsetjenesten. Dette må vi fortsatt jobbe med – tidlig intervensjon, mer forebygging og helhetlige pasientforløp. Vi mener sykehusene har leger som leverer bedre enn noensinne. Norske sykehus har resultater i verdenstoppen på mange områder, men må gjøre store investeringer for å fortsatt ligge i verdenstoppen. Det er også store utfordringer knyttet til det å følge med i og ta i bruk ny kunnskap for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet, utdanne og rekruttere nok personell og sikre godt lederskap på alle nivåer.



FOTO: ARBEIDERPARTIET

Senterpartiet



Kjersti Toppe, Første nestleder i Helse- og omsorgskomiteen, Hordaland.

Ressursbruk

Senterpartiet mener det er behov for å styrke økonomien i kommunehelsetjenesten, spesielt med tanke på at vi blir flere eldre og sterkt press på hjemmetjenestene. En økt prioritering av kommunehelsetjenesten må gi seg utslag i et bedre forebyggende folkehelsearbeid og en mer effektiv rehabilitering etter sykdom. I tillegg mener vi at områdene psykiatri- og rus trenger økt satsing.

Sykehusene og sykehussektoren har i dag store organisatoriske utfordringer. Utgiftene til helsebyråkratiet, ikke helsepersonell, har økt for mye over mange år. Senterpartiet mener det alltid vil være behov for økte rammer, men samtidig kan vi ikke bevilge oss ut av de utfordringene sykehussektoren har. Den beste politiske løsningen er å sørge for at mer penger går til pasientbehandling og mindre til byråkrati og rapportering. Dernest må samfunnet bestemme hva som skal være offentlige oppgaver innenfor helsetilbudet. Vi lever i et rikt samfunn der teknologien gir stadig nye muligheter, det er behov for å sette noen grenser.

Privatisering

Senterpartiet vil styrke og utvikle det offentlige helsevesenet, som en bærebjelke i velferdsstaten og helsetilbudet. Vi mener at private kun skal være et supplement til den offentlige helsetjenesten, og at andelen private tilbydere skal reguleres gjennom at de må ha avtale med det offentlige for å kunne være offentlig finansiert. Vi ønsker at de ideelle aktørene slippes fram før de kommersielle.

Vi mener det er en god balanse i dag, der 10 % av spesialisthelsetjenestene blir utført av private – og der avtalespesialister bidrar med stor poliklinisk aktivitet. Vi ser ikke noe behov for å få flere private i form av kommersielle aktører inn i det offentlige tjenestetilbudet enn i dag, heller ikke i kommunehelsetjenesten. Private tilbydere må reguleres gjennom avtale med det offentlige, slik som fastlegesystemet fungerer. Vi mener det er stort behov for å tenke nytt for eksempel i eldreomsorgen, der både ideelle og frivillige bør få større plass enn i dag. Et samarbeid i mellom det offentlige, frivillige og ideelle gir godt folkehelsearbeid og fungerer også godt i mye sosialt arbeid i skjæringspunktet mellom arbeid/ aktivitet, helse og rehabilitering.

Styringsmodell og fagmiljøenes innflytelse

Senterpartiet vil avskaffe foretaksmodellen og desentralisere makt til 20 regionale sykehusstyrer valgt av de folkevalgte i fylkestinget. På sikt vil vi overføre eierskapet til sykehusene fra



FOTO: SENTERPARTIET

staten til regionalt nivå. Vi vil innføre stedlig ledelse ved alle sykehus og på større sykehusavdelinger, med ansvar for drift, personalspørsmål og økonomi. Vi vil ha slutt på klinikkorganisering på tvers av geografisk tilhørighet. Senterpartiet vil at finansiering i langt større grad enn i dag skal være rammefinansiering og ikke innsatsstyrt. Innsatsstyrt finansiering har ført til alt for mye fokus på DRG og byråkratiske rutiner for rapportering og inntjening.

I dag har byråkratiet og inntjeningsjaget makt på bekostning av fagmiljøene og pasientene. I tillegg eksisterer det en ukultur i flere av helseforetakene som fører til at faglige ansatte ikke våger å uttale seg offentlig eller opplever ubehagelige irettesettelser dersom de gjør det. Jeg ønsker at fagmiljøene og prioriteringer basert på helsefaglige vurderinger skal få økt innflytelse, og jeg mener det skal være en selvsagt rett for helsefagarbeidere å kunne delta i det offentlige ordskipet, selvsagt under de begrensninger som den yrkespålagte taushetsplikten krever.

Midlertidige ansettelser for leger i spesialisering

Vi mener at midlertidige ansettelser ikke skal brukes i en virksomhets ordinære drift, og det gjelder også leger i spesialisering.

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

Den største utfordringen er å få til rett prioriteringer og få en bedre balanse mellom forebygging og reparasjon. I dag driver vi for mye med reparasjon og for lite med folkehelsearbeid. Derfor må kommunehelsetjenestens status og prioritering øke.

Venstre

Else Malthe-Sørenssen, Buskerud Venstre.

Ressursbruk

Venstre mener at det må bevilges mer ressurser til både primær- og spesialisthelsetjenesten. Venstre mener at andelen rammefinansiering til helseforetakene må økes. Dagens finansieringssystem for sykehusene sikrer ikke kvalitet for pasienten, og stimulerer ikke tilstrekkelig til samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Privatisering

Venstre vil ha gode offentlige tjenester, men vi mener at det viktigste er god kvalitet på tjenestene, ikke hvem som utfører dem. Vi ønsker et offentlig helsetilbud med så god kvalitet og så god ressurstilgang at det ikke oppstår et klasseskille i helsevesenet. Venstre vil ellers arbeide for at offentlige, private og ideelle aktører skal utfylle hverandre. Vi mener også det er viktig å åpne for kveldspoliklinikker i det offentlige der det er kapasitet til det, for å ta unna ventelister.

Bruk av private aktører kan være et virkemiddel for å sikre rask behandling av sykemeldte, slik at sykefraværet kan reduseres. Det bør også i større grad kjøpes tjenester hos private aktører eller ved behandlingssteder i utlandet i de tilfeller der behandlingsfristen ikke blir overholdt.

Styringsmodell og fagmiljøenes innflytelse

Venstre ønsker å flytte mer makt og flere avgjørelser fra de regionale helseforetakene ned til det enkelte sykehus. Administrative, logistiske og praktiske arbeidsoppgaver som ikke er direkte relatert til pasientarbeidet skal utføres av andre enn helsepersonell.

Venstre ønsker økt spesialisering av sykehusene, og at faglige forhold i større grad bør legges til grunn for styringen. Vi ønsker også økt rammefinansiering, slik at fagmiljøene kan gjøre reelle medisinske prioriteringer, gjennom at de får ressurser til blant annet å behandle pasienter med sammensatte lidelser.

Midlertidige ansettelser for leger i spesialisering

Venstre har som mål at ingen arbeidstakere skal måtte gå i lange perioder på usikre kontrakter og midlertidig ansettelse. For leger i spesialisering skal vikariater kun forekomme unntaksvis, og kun i tilfeller der det er et reelt vikariat. Målet skal være faste ansettelser.

Venstre anerkjenner at det er et stort problem for unge leger i etableringsfasen å starte som fastleger og selvstendig næringsdrivende. Dette gir dårlig rekruttering til fastlegeyrket. Derfor vil vi etablere rekrutteringsstillinger i allmennmedisin, der nyutdannede leger kan prøve fastlegeyrket i en fastlønnet stilling.



venstre



FOTO: VENSTRE

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

Venstre mener at pasienten må settes i sentrum, med et mer brukervennlig helsevesen. Det har egenverdi å kunne ta sine egne valg knyttet til helse og livsstil. Venstre vil styrke pasient- og brukermedvirkningen. Fritt sykehusvalg, brukerstyrt personlig assistent og nye IKT-løsninger er eksempler på tilbud og ordninger som kan bidra til økt frihet, medbestemmelse og verdighet for den enkelte. Dette er noe av det vi vil jobbe for.

Venstre vil ha en opptrappingsplan for psykisk helse, med styrking av DPS og kommunale lavterskel psykologtilbud. Vi ønsker en styrking av rusomsorgen, med blant annet mer ressurser til LAR.

Venstre vil ha mindre byråkrati, slik at helsepersonell kan gjøre det de er gode på; å behandle pasienter. Vi mener det er på høy tid at vi får en nasjonal standard for IKT-systemer, som blant annet gjør at man kan kommunisere lettere med primærhelsetjenesten.

Venstre vil styrke kommunehelsetjenesten, i tråd med samhandlingsreformen, med faglig forsterking av sykehjem og hjemmetjeneste – noe som vil gi færre reinnleggelsener og et faglig forsvarlig tilbud til syke hjemmeboende. Venstre vil også jobbe for styrking av helsestasjonene, slik at disse kan bli enda bedre på å forebygging med tanke på kosthold, mosjon og psykososiale forhold, og kan gi bedre tilgang på jordmortjeneste for gravide.

Venstre vil også utvide tannhelseordningen med offentlig fullfinansiering til utsatte grupper, slik at rusavhengige, kronisk syke og pasienter med manglende evne til egenomsorg får gratis behandling.

Kristelig folkeparti

Line Henriette Hjemdal, medlem Helse- og omsorgskomiteen, KrF Østfold.



Ressursbruk

KrF mener det ikke brukes nok ressurser på helse i Norge i dag. Særlig er vi opptatt av gode helsetjenester til pasienter på sykehjem. Mer diagnostikk og behandling kan skje der, det er mer skånsomt for pasientene, og det vil avlaste sykehusene og ambulansetransport.

KrF er også opptatt av å øke rusbehandlingen, og vil satse mer på forebyggende helsearbeid i kommunene, herunder tidlig innsats innen psykisk helsearbeid.

Sykehusene har tøffe budsjettkrav, og ledelse og ansatte må gjøre vanskelige prioriteringer hver eneste dag. Det har vært en nedgang i overføringer til sykehusene målt per innbygger, med den rødgrønne regjeringen. Det er på flere områder lange ventetider, og det er et stort etterslep på vedlikehold, utstyr og IKT.

Privatisering

KrF ønsker en sterk offentlig helsetjeneste, med private og ideelle aktører som et viktig supplement og korrektiv. Private og ideelle aktører som de diakonale sykehusene, og institusjoner innen rus, psykisk helse, rehabilitering og eldreomsorg, som Røde Kors, Blå Kors og Kirkens bymisjon må sikres langsiktige og forutsigbare avtaler med helseforetak og kommuner.



FOTO: KRISTELIG FOLKEPARTI

KrF mener private aktører kan inn på de fleste områder i helse- og omsorgstjenesten, så lenge de bidrar som supplement og ikke som konkurrent. KrF foretrekker ideelle aktører fordi disse ikke har profitt som mål, men tar eventuelt overskudd inn i driften og bidrar til å øke kvaliteten på tjenestene.

Styringsmodell og fagmiljøers innflytelse

KrF ønsker fortsatt statlig styring av sykehusene. Vi ønsker å legge ned de regionale helseforetakene for å sikre likeverdige helsetjenester i hele landet. I dag er det for store forskjeller i helsetilbudet mellom regionene. Helse- og omsorgsdepartementet må, eventuelt med hjelp av underliggende forvaltningsorgan, ta den nasjonale styringen av sykehusene. Det bør årlig legges fram en årlig sykehusproposisjon for Stortinget. Oppgaver som krever lokal tilpasning er godt egnet for de lokale helseforetakene. Samtidig må det gjøres en stor jobb med å organisere tjenestene ut fra pasientens behov. Vi må utnytte mulighetene ny teknologi gir til å løse sykehusenes oppgaver på nye, trygge og effektive måter. Organisering, finansiering og ledelse må sikre dette. Det skal være pasientens beste, og ikke økonomi alene som er førende for styringen av sykehusene.

Mange mener fagmiljøene ikke har tilstrekkelig innflytelse på styringen av sykehusene. KrF mener styring av sykehusene krever en god balanse mellom fagmiljøer og andre perspektiver, som blant annet behovet for å se helheten i sykehusenes ansvar, og prioritere mellom fagområder.

Midlertidige ansettelser for leger i spesialisering

Leger i spesialisering bør ha rett på fast ansettelse på lik linje med andre arbeidstakere

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

KrF mener en av de største utfordringene i dagens helse-Norge er igjen å sette pasientene i sentrum i helsetjenesten. Hva er de medisinske behovene, sett ut fra den enkeltes behov? Det er denne vurderingen helsepersonell er utdannet til å gjøre, og det står sentralt i yrkesetiske retningslinjer. Helsetjenestene må organiseres og finansieres for pasientenes beste.

En mer konkret utfordring er å øke kvaliteten på tjenestene til de sykeste eldre, både de som bor på sykehjem, og de som bor hjemme. Dette er sårbare mennesker i livets siste fase. De blir ofte kasteballer mellom sykehus og kommunen. Mange har flere behandlingstrengende diagnoser, og har behov for individuelt tilrettelagt diagnostikk, behandling og omsorg. Det er det dessverre mange som ikke får.

Høyre

Bent Høie, leder Helse- og omsorgskomiteen, 2. nestleder Høyre.



Ressursbruk

Høyre har foreslått mer penger til spesialisthelsetjenester enn regjeringen. Behovet vil også øke i årene fremover. Norge ligger trolig midt på treet i Europa i vår satsing på helse. Det betyr imidlertid ikke at de fleste utfordringene i norsk helsevesen er knyttet til mangel på penger. Den helsepolitiske debatten har på mange måter gått fra en grøft til en annen. Frem til 2005 var debatten preget av at bare en milliard mer, ville løse problemene. Fra 2005 og frem til nå har det nesten vært umulig å påpeke ressursmangel, og alt handler om bedre organisering, oppgavefordeling og prioritering. Høyre mener at vi både har behov for mer ressurser, men også bedre organisering, oppgavefordeling og prioritering.

Privatisering

Vi ser en økning i salg av helseforsikringer og folk som kjøper helsehjelp som de har rett på i det offentlige hos private for egne penger. Det er privatisering. Høyre ønsker å gi pasientene rett til fritt behandlingsvalg. Dersom pasientens henvisning er vurdert av den offentlige spesialisthelsetjenesten og pasienten har fått en tid for utredning eller behandling, så kan pasienten fritt velge å benytte denne retten blant offentlig godkjente institusjoner – private eller offentlige. Denne muligheten skal da gjelde også før en eventuell tidsfrist brytes. Når pasienten ikke betaler selv, det offentlige prioriterer og en bruker både offentlige og private aktører for å utføre oppgavene, er ikke det privatisering.

Fritt behandlingsvalg vil gi økt kjøp av behandling fra private. Dette vil gjennomføres som anbud fra helseforetakene, og til faste priser som fastsettes fra Staten. Det vil dermed hovedsakelig være en styrking av pasientrettighetene og en utvidelse og strukturering av innkjøpene som foregår i dag. Ansvar for helsetilbudet og finansieringen vil være offentlig.

Høyre har ikke planer om å konkurransutsette eksisterende offentlige helsetilbud i spesialisthelsetjenesten.

Styringsmodell og fagmiljøers innflytelse

I dag er det behov for tydeligere ansvarsfordeling, klarere ledelseslinjer og mer konkrete bestillinger fra politisk hold. Det er for lang avstand mellom pasientene og legene som opplever utfordringer på sykehuset, til lederen som har beslutningsmyndighet. Norsk helsevesen er overadministrert, men underledet.

Høyre ønsker mer beslutningsmyndighet flyttet ned til de lokale

FOTO: HØYRE



helseforetakene og å fjerne de regionale helseforetakene. Dette vil gi mer nærhet mellom ledere og ansatte, og pasienter og beslutningstakere.

Høyre ønsker også å gjøre flere av prioriteringene i helsevesenet til politiske beslutninger. Vi ønsker å etablere en operativ helse- og sykehusplan, med blant annet minimumskrav til hvilke nøkkelfunksjoner som må være i de ulike sykehustypene og landsdelene. Planen er viktig for å sikre en nasjonal samordning i de ulike sykehustypene og landsdelene. I tillegg må planen sikre nasjonal samordning av viktige funksjoner, for eksempel IKT-infrastruktur.

Planen skal utarbeides etter faglige innspill, og dermed vil fagmiljøene både få en tydelig kanal for innflytelse, og det vil være åpenhet rundt deres innspill. Ved å flytte mer av beslutningene fra de regionale helseforetakene til de lokale helseforetakene, vil fagmiljøene få større innflytelse over driften og oppleve kortere avstand til ledelse og styret.

Midlertidige ansettelser for leger i spesialisering

Høyre mener det er et altfor stort omfang av midlertidige ansettelser blant leger i helseforetakene. Bent Høie tok opp dette i en interpellasjon i starten av stortingsperioden og henviste til at 90- 95 prosent av leger i spesialisering var midlertidig ansatt. Helseministeren fulgte opp problemstillingen med helseforetakene i etterkant. Det er allikevel vanskelig å se om det har blitt noen bedring.

Helseforetakene må gå igjennom og finne bedre løsninger på dette. Midlertidig ansettelse er et problem for legene det gjelder, og vi er bekymret for at det også har konsekvenser for pasient-sikkerheten. Det gjør det vanskeligere å gi beskjed når noe er galt.

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

Den største utfordringen er at mange av de som har størst behov for hjelp, ikke får det de har krav på. Verken rusavhengige eller personer med psykiske helseplager får god nok hjelp. Helsetjenesten redder mange liv, men svikter ofte når det er behov for rehabilitering og habilitering som gjør det mulig å leve et aktivt og godt liv. Kreftpasienter opplever at det tar for lang tid å få diagnose, og mangler tilgang på nyere behandlingsmetoder. Mange venter lenge på enkle inngrep, selv om det er ledig kapasitet hos private.

Det er også en utfordring at altfor mange blir skadet og dør som følge av feil og mangler i helsevesenet. Samtidig ser vi at strukturen i helsetjenesten til dels skaper uklare linjer og svak ledelse, som gir frustrert helsepersonell.

Fremskrittspartiet



Kari Kjønås Kjos, medlem av Helse- og omsorgskomiteen, 1. kandidat for Akershus FrP.

Ressursbruk

Det brukes ikke nok ressurser på helse i Norge i dag. Fremskrittspartiet har foreslått økninger på flere områder innen helse i vårt alternative statsbudsjett. Vi mener sykehusenes økonomi må styrkes. Ved å øke rammen, mener vi at det er rom for sykehusene å foreta nye investeringer i IKT, medisinsk-teknisk utstyr og sykehusbygg. Antall korridorpasienter og antall personer som venter på behandling, er også et tydelig tegn på for stramme rammer for sykehusene.

Privatisering

Fremskrittspartiet ønsker ikke å privatisere helsevesenet. Vi mener imidlertid at det er unødvendig at mennesker må vente i måneder og år i en kø, i påvente av behandling, når vi vet at det finnes ledig kapasitet i det private. Staten skal betale behandlingen. Det er et paradoks at vi utbetaler store mengder sykepenger i stedet for å bruke disse pengene på å behandle folk. FrP bevilger ekstra midler for å behandle flere, ikke for å flytte behandlingen fra det offentlige og over til de private.

Det er flere områder innen det statlige som per i dag ikke har kapasitet. Fremskrittspartiet er ikke først om fremst opptatt av om tjenesten er offentlig eller privat levert, målet må være fokus på pasienten. For eksempel er det lange behandlingsskøer for både barn og voksne som venter på psykisk helsehjelp. Psykologtjenesten kan endres til individuell refusjon, og dermed kunne man der kommunene ikke har tilstrekkelig tilbud, få etablert privat tjeneste, på linje med fastlegeordningen. Det private brukes i dag innen alle områder, så det er vanskelig å se at det vil bli åpnet for nye områder med FrP i regjering.

Styringsmodell og fagmiljøers innflytelse

Fremskrittspartiet ønsker å legge ned de regionale helseforetakene. Vi vil fordele oppgavene mellom Helsedepartementet og de enkelte sykehusene. Helsedepartementet skal sørge for et helhetlig helsetilbud i hele landet, basert på faglige kriterier. FrP vil også ha en nasjonal sykehusplan, med flerårig perspektiv, på linje med Nasjonal Transportplan.

Fagmiljøene på sykehusene har alminnelig medbestemmelse i de styrende organer gjennom sitt tillitsvalgsapparat. Om dette er tilstrekkelig for å ivareta faget og den faglige forsvarlighet, er vel heller usikkert. Men her er det virksomhetens internkontroll som skal være et virkemiddel og den enkelte ansatte sin medbestemmelsesrett til å gi faglige råd og sin plikt til å varsle om uforsvarlighet.

Midlertidige ansettelser for leger i spesialisering

Fremskrittspartiet mener midlertidig ansettelse for leger i spesialisering er en viktig del av et utdanningsløp for den enkelte. Stillingsvernet her i landet er meget sterkt, og vi er urolig for at hvis det stilles krav om at f.eks leger i spesialisering skal ha rett til fast ansettelse mens de er under dette utdanningsløpet, så kan det føre til at færre får mulighet til å spesialisere seg. Vi er imidlertid kjent med at alt for mange går i årevis på midlertidige stillinger, utover det som er akseptabelt i andre sammenhenger og ønsker å rydde opp i denne problemstillingen.

Utfordringene i dagens «Helse»-Norge

Først og fremst er vi veldig klar over at vi har mange dyktige mennesker i vårt helsevesen. Samtidig ser vi med bekymring på utviklingen knyttet til omstillingsutfordringer i sykehusene, økonomi, ventelister og utstyrssituasjon. Det er viktig at de ansatte har gode arbeidsvilkår i form av nødvendige hjelpemidler og utstyr til å kunne utføre jobben sin på en god, men også på en effektiv måte.

Vi mener at intensjonen bak samhandlingsreformen var god, men ser at den gir noen utfordringer. Pasientene kan havne i mellom to stoler; hvorvidt sykehuset mener de er utskrivningsklare, til kommunen som ikke har tilstrekkelig tilbud. Dette mener vi kan sikres gjennom en strategisk satsing på kompetansebygging i kommunene, og har derfor foreslått midler til kompetansetiltak i kommunene i Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett.

Generelt har vi store utfordringer innen alle deler av helsepolitikken. I tillegg til det som allerede er nevnt, ønsker vi en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet, økt kapasitet med integrert ettervern for rusavhengige, en kraftig utbygging av sykehjemsplasser og en ny opptrappingsplan for psykiatrifeltet.



FOTO: FREMSKRITTSPARTIET

Mitt funn

Renathe Rismo disputerte 11.01.2013 for graden PhD ved UiT med avhandlingen «Mucosal cytokine profiles as biomarkers in inflammatory bowel disease. Translating molecular biology into clinical medicine.»

Hva var bakgrunnen for prosjektet? I Norge er ca 12000 pasienter rammet av sykdommene Crohns og ulcerøs kolitt, også kalt inflammatorisk tarm-sykdom (IBD). IBD rammer mange unge mennesker og gir betydelig økt risiko for tidlig uførhet. Mye forskning har blitt gjort de siste tjue årene for å kartlegge immunresponsen i tarmen ved denne tilstanden. Dette har vært grunnlaget for utviklingen av målrettet behandling, viktigste er anti-tumor nekrose faktor antistoff. Slik behandling er kostbar og har potensielt farlige bivirkninger, men har vært redningen for pasienter med alvorlig sykdom. I min avhandling har jeg sett på sammenhengen mellom immunprofil i tarmslimhinnen, respons på anti-TNF behandling og sykdomsforløp hos pasienter med IBD.

Hva er ditt viktigste funn?

Jeg har undersøkt immunprofilen i form av genuttrykk av ulike cytokiner i tarmen hos IBD pasienter og funnet at enkelte slike immunmarkører er assosiert med grad av sykdomsaktivitet. Jeg har sett på om nivået av noen av disse immunmarkørene kan relateres til behandlingseffekt og prognose etter avsluttet behandling. Det viktigste jeg har funnet er at nivået av immunmarkører som kan knyttes til betennelsen i tarmslimhinnen, for eksempel TNF, ser ut til å kunne brukes i klinisk sammenheng for å forutsi både effekten

av behandlingen og sannsynligheten for raskt tilbakefall etter behandlingen er stoppet. Et vedvarende forhøyet genuttrykk av TNF i endoskopisk vurdert tilhelet slimhinne gir signifikant høyere risiko for tilbakefall av aktiv sykdom, og vi mener at slike pasienter vil profitere på forlenget behandlingstid. Normalisering av cytokinprofil gir redusert risiko for residiv etter avsluttet anti-TNF behandling.

Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet?

Jeg har jobbet på gastromedisinsk avdeling siden før studietiden, og ble tidlig i studietiden rekruttert til forskning av professor og seksjonsoverlege Jon Florholmen. Jeg begynte som lege i spesialisering ved avdelingen etter turnustjenesten, og da jeg fikk tilbud om stipendiatmidler fra Helse Nord til dette prosjektet, takket jeg ja.

Hadde du dette som fulltidsstilling, og hadde du eventuelt noe annet arbeid ved siden av?

Jeg hadde dette som fulltidsstilling, men hadde i tillegg 20% bi-stilling på gastrolab hvor jeg gjorde endoskopier.

Fredrik Sund

fredrik.sund@unn.no



Foto: Privat

Slik fikk jeg også rekruttert noen av pasientene til prosjektet.

Hva har du tenkt til å gjøre videre?

Nå er jeg tilbake i rotasjonsstilling som lege i spesialisering i indremedisin. Planen er å bli spesialist i fordøyesmedisin, og jeg håper å kunne kombinere klinikk og forskning på sikt.

TIPS TIL AKTUELLE KANDIDATER?

Ta kontakt med redaktøren på hannevaleur@gmail.com

Idealisten



Anne Herefoss Davidsen på oppdrag for Røde Kors på Haiti – her med de lokale tolkene Mitchelet og Jean Marie.

Anne Herefoss Davidsen

Alder: 35 år

Bosted: Alta

Arbeidssted: Byhagen legesenter, fastlege

Navn på organisasjon: Røde Kors

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

Jeg har alltid likt internasjonalt arbeid. På videregående var jeg utvekslingsstudent i Panama i ett år, på medisinstudiet hadde jeg prosjekter i Panama og i Ghana, og mens jeg ventet på turnus etter studiet, var jeg et par måneder i Guatemala på en liten helsetasjon. Da jeg hadde begynt på medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus etter turnus, tok jeg tropemedisinkurs i Uppsala. Jeg søkte så på det som da het «Basic Training Course» med Røde Kors, og trivdes veldig godt i dette miljøet. Veldig mange spennende folk som har gjort utrolig mye forskjellig og interessant – det meste med et internasjonalt tilsnitt! Etter det første kurset fikk jeg være med på ERU (Emergency Response Unit)-kurs, og lærte å sette opp og drive et Røde Kors feltsykehus.

Hva innebærer engasjementet ditt?

Til nå har jeg bare vært ute på ett oppdrag; på Haiti i 2010 etter jordskjelvet. Jeg jobbet som lege i et «akuttmottak» i byen Petit Guave, hvor Røde Kors Norge og Canada, samt flere andre internasjonale organisasjoner, samarbeidet om å drive et felt-sykehus i ruinene til det opprinnelige sykehuset i byen, som ble ødelagt i jordskjelvet. Etter dette har det heldigvis vært få slike store katastrofer, og dermed få store utsendelser med Røde Kors. Mens vi venter arrangerer Røde Kors Norge kurs for oss som står på lista. Jeg har fått være med på «ERU-management workshop», som er en kursrekke med fokus på ledelse og organisering av en ERU som går over flere år. Røde Kors har også arrangert ERU Delegate Conference for å opprettholde engasjementet.

Hvordan har du kombinert engasjementet ditt med dagligliv og jobb?

Jeg står på en liste over personell som Røde Kors kan spørre om å delta ved akutte utsendelser i forbindelse med katastrofer over hele verden. Første avreise er som regel et par dager etter forespørselen. Når telefonen kommer kan jeg svare ja, nei eller «må avklare med arbeidsgiver først.» Som fastlege er jeg selvstendig næringsdrivende, men jeg må avklare med kollegaene mine at jeg kan reise. Hvis jeg blir borte, tar turnuslegen over en del av mine pasienter, samt at kollegaene må dekke for ting som ikke kan vente til jeg er tilbake. Det er klart det er upraktisk for pasientene og til dels også for kollegaene mine at jeg plutselig blir borte, men de fleste er positive når grunnen er nødhjelp i en del av verden som stort sett trenger det mer enn oss i Norge.

Da jeg først meldte meg hos Røde Kors, jobbet jeg på sykehus. Arbeidsgiver var veldig positiv – også til at jeg kunne bli utkalt kort varsel. Det var enklere for meg å bli borte en måned fra sykehusjobben enn fra fastlegevirksomheten, da man på sykehuset ikke har ene-ansvar for enkeltpasienter, men er en del av en større gruppe. Men på begge arbeidsplasser krever det selvsagt velvilje fra kollegaene. I tillegg krever det jo velvilje fra familien hjemme!

Inntektsmessig er Røde Kors bedre enn en del andre organisasjoner, men for meg som allmennpraktiker med store faste utgifter i praksisen, kom jeg ut ca i null; lønnen fra Røde Kors dekket utgiftene. Jeg søkte kommunen om støtte i form av redusert husleie i perioden jeg var borte, men dette ble avslått pga kommunens økonomi. Skulle jeg ha vært borte mer enn en måned, ville jeg nok søkt om høyere lønn. Som sykehusansatt uten slike utgifter, vil det være helt ok.

Har du hatt medisinskfaglig utbytte av ditt idealistiske virke? Absolutt! Jeg har lært om tilstander jeg sjelden kommer borti i Norge, både diagnostisering og behandling. I tillegg har jeg lært å klare meg mer med anamnese og klinisk undersøkelse, da laborietester ikke var så tilgjengelige som jeg er vant til hjemme. Jeg har også fått øynene opp for hvor godt vi har det hjemme i Norge! På Haiti visste man aldri om forordninger ble fulgt opp, plutselig hadde sykepleieren gått hjem, det var måneder siden folk hadde fått lønn for arbeidet sitt osv.

Vil du anbefale andre å engasjere seg i Røde Kors?

Ja! Det er et fantastisk arbeidsmiljø, med mange positive mennesker. Det er helt nye utfordringer, både medisinsk og sosialt. Det får en til å se at helsevesenet i Norge ikke er så aller verst!

Jobber du for en humanitær organisasjon eller kjenner du noen som gjør det? Tips oss gjerne om aktuelle intervjuobjekter til denne spalten! Mail til hannevaleur@gmail.com.

RØDE KORS NORGE – INTERNASJONALT ARBEID

- Røde Kors i Norge er en del av den internasjonale Røde Kors- og Røde Halvmånebevegelsen, som er verdens største humanitære nettverk med nær 100 millioner frivillige. I dag har 186 land egen Røde Kors/Røde Halvmåneforening med en felles agenda og prinsipper for sitt arbeid. Nettverket er sammensatt av tre grunnpilarer:
- Nasjonalforeningene – det vil si den enkelte nasjonale Røde Kors eller Røde Halvmåne forening er våre lokale samarbeidspartnere i alle land.
- Det internasjonale forbundet av Røde Kors- og Røde Halvmåneforeninger, som er medlemsorganisasjon for alle de 186 nasjonalforeningene. Forbundet koordinerer internasjonal støtte til den enkelte operasjon ved naturkatastrofer eller andre humanitære kriser som ikke er direkte relatert til krig og konflikt.
- Den internasjonale Røde Kors komiteen (ICRC), som har internasjonalt mandat til å beskytte ofre for krig og konflikt mot overgrep og forfølgelse, og yte humanitær assistanse til disse, samt øke respekten for menneskerettighetene og internasjonal humanitær rett. ICRC har operasjoner i ca. 80 land og har mer enn 11.000 lokalt ansatte, 1500 delegater og ca. 800 ansatte i Genève.
- Røde Kors i Norge har en lang og sterk tradisjon på å svare hurtig ved ulike kriser og katastrofer der det er behov for helse-hjelp. Nødhjelpsseksjonen skal sikre rask, effektiv og relevant nødhjelp over hele verden ved naturkatastrofer, væpnet konflikt eller andre krisesituasjoner. Faglig er fokuset på helsetjenester med høy kapasitet på medisinsk nødhjelp og støttefunksjoner omkring dette. Det viktigste verktøyet er Emergency Response Units, som kan sendes ut i løpet av to til tre dager. Disse bemannes av personell med spesialkompetanse og er selvforsynte med medisiner, medisinsk forbruksmaterieell og mat, drikke og husly.
- Opplæring er en vesentlig oppgave, og Røde Kors er avhengig av å ha en base av kvalifiserte, erfarne og tilgjengelige delegater innen helse, teknikk, finans og administrasjon. Hvert år arrangeres flere kurs for å kvalifisere personell for krevende utenlandsoppdrag i krise- og katastrofesituasjoner.
- Personell som sendes på oppdrag i utlandet har som regel høyere utdanning og flere års arbeidserfaring. Relevant arbeidserfaring kan kompensere for manglende utdanning. Personlig egnethet tillegges stor vekt.
- Informasjonen er hentet fra Røde Kors sine nettsider: www.rodekors.no. Her kan du lese mer om organisasjonen.



Dom fra en blod-fan



FEIL MEDISIN
Are Saastad
Kagge forlag
2013

Jeg kaster terningkast seks for Are Saastad. Derfor får boka terningkast seks!

En gammel traktor humper bortetter Ringveien trekkende på et jordlass. På lasset sitter en broket forsamling; en tillitsvalgt, en gartner, en maler og en pasient. De er på vei fra Gaustad til Aker for å dumpe jordlasset i protest mot et styre, anført av Are Helseth, som vil legge ned Gaustads gamle og ærverdige gartneri.

Scenen er hentet fra Are Saastads bok Feil medisn, som handler om foretaksorganisering og omstillingene som har fulgt i hovedstadsområdet. For de uinnvidde; Saastad er mangeårig tillitsvalgt for Fagforbundet, først på Gaustad, senere på Aker. Her ble han etter hvert valgt til de ansattes representant i styret, og markerte seg blant kritikerne til fusjonen. Saastad ble til slutt for brysom, og offer for en teknisk knockout; virksomhetsoverdratt vekk fra Aker sykehus til nye Ahus. Etter to rettsrunder kastet han omsider inn håndkleet og trakk seg tilbake.

La meg bekjenne at jeg er mer enn alminnelig begeistret for Are Saastad. Hans drepene kritikk har vært som en svalende vind for mange av oss hissiges opponenter mot raseringen av sykehustilbudet i hovedstadsregionen. En rik strøm av pamfletter ført med sylskarp penn har raljert med makta, og vi andre har kunnet puste lettet ut. Are fikk sagt det.

Feil medisn er Saastads tilbakeblikk på prosessen som startet med Foretaksreformen, og munnet ut i den endelige nedleggelse av Oslos eneste østkantsykehus. Mange har ventet i spenning på boka, selv har jeg ventet i engstelse. Den runden Saastad har vært i gjennom er mer enn de fleste av oss ville taklet. Det skulle godt gjøres at Saastad var forsonet med utfallet og ville klare å holde distanse til stoffet.

Derfor er det ekstra gledelig å se at Saastad har mestret nettopp dette så godt. For til tross for den endeløse rekken med nederlag, bevarer Saastad humøret og farge i historien, og tegner egne meningsmotstandere med nyanser og omtanke. Det har blitt en fremragende beretning fra innsiden av den omstridte hovedstadsprosessen. Alt er selvfølgelig ikke dekket, og Saastad gjør ikke forsøk på brede drøftinger. Tvert imot er det de nære opplevelser han tar utgangspunkt i, både egne og andres. Ved dette grepet makter Saastad å få liv i stoffet, leseren trekkes inn i historien som i en kriminalroman.

Saastads fortelling gir et skremmende bilde av kompetansesvikt og ignoranse blant våre øverste helseledere. Vi får innblikk i nettverkene som uten utredning eller politisk debatt fatter avgjørelser av enorm betydning for sykehusstrukturen. Her avsløres tallmanipulering og regelrett løgn som langt på vei forklarer de store problemene sykehusene i og rundt Oslo sliter med. Men Saastad finner altså også rom for noen rørende historier om de mindre kampene han har utkjempet.

Som for Gaustads gartneri. Også her venter dessverre nederlaget. For styret forsikrer traktorgjengen om at gartneriet ikke er kjernevirksomhet. Pasientene skal ikke bli skadelidende. Gartneriet vedtas nedlagt. Rabulistene dumper heller ikke jordlasset. Den sindige eldste-gartneren bevarer fatningen; det er vi som må spa det opp igjen.

Til tross for tap – det er viktig at slike kamper kjempes, og Saastad har stått i mange. Saastads 35 års helseliv og leven har fått en verdig avslutning. Boka beskriver demontering av sykehus som institusjoner i ly av foretaksorganisering. Dessverre har boka relevans langt utover sykehussektoren. For dette er også en utsnitt av hvordan Stoltenbergs moderniseringsprosjekt av offentlig sektor kommer på kant med selve verdigrunnlaget. Avslutningsvis gir Saastad en sterk formaning til statsministeren om å endre kurs. Ettermålet til modernistene kan ellers bli; Vi som ødela velferdsstaten.

Christian Grimsgaard

Kommentert fra klinikken

Det er om høsten det blomstrer

Årets vinter har vært lang og kald, men våren har for lengst blomstret. Like sikkert som jordens omløpsbane nå kretser mot sommer, så vil politikens valgflask presenteres til denne årstiden.

Mye er slik det skal være, systemet fungerer, det er fred og harmoni i vårt lille land: Carl I. Hagen er inne i varmen igjen, Ari Behn er flyttet til London og undertegnede er i pappapermisjon. Ettårige tvillinger dikterer agenda i hjemmet, så det kliniske skråblikket er for øyeblikket byttet ut med barnlig observasjonsevne og egosentrisk forståelse av hverdagen.

Slikt blir det politisk deltakelse og debatt ut av – eventuelt en monolog med sosialpolitiske undertoner.

Hvert valgår gis det lovnader om bedring fra våre politikere, men oftest er det bare trettende gjentakelser: Folkehelse, forebygging, kvelds åpne poliklinikker og det ikke ukjente utsagnet «bruke ressursene på nye måter og innføre nye metoder og arbeidsformer.»

Vi har hørt det før, vi har forsøkt det før og vi har stort sett valgt andre løsninger. Så hva er forskjellen denne gangen? Antagelig ingenting, men vi har en karismatisk helseminister som også den fjerde statsmakt har høvelig sans for, så det synes være litt mer albuerom for slitte valgløfter i ny innpakning.

Jeg har tidligere vært rundhåndet med gode skussmål til vår helseminister, og foreløpig har han klart å ri stormen av i den politiske heksegryten Helse- og omsorgsdepartementet må sies være. Meningsmålinger viser dog at arbeidernes parti ikke har fått økende oppslutning, og valget til høsten kan vise seg bli en blåmandag for noen. Vil Bent Høie være bedre egnet som ror-mann? Vil vise en avvikling av de store foretak og fragmentering av en koloss på leirfotter? Er det politikere eller politikken som har ført helsevesenet ut i uføret? Eller er det fellesskapet bestående av politikere, fagfolk, legfolk og pasienter som har gjort seg selv en bjørnetjeneste?

Årstiden som danner overgang fra sommer til vinter er kjent som høst, og mandag 9. september er det valg. Siden 2005 har



Christian Qvigstad.

regjeringsmakten ligget hos det «rød-grønne alternativet», og deres politiske plattform er å finne i Soria Moria-erklæringen. For noen er dette stedet kjent som hotellet øverst i Holmenkollen, for andre et norsk eventyr. Alternativt et luftslott. Hvilken retning det bærer de neste fire år og hvem som leder an er for tidlig å si, men det «blå alternativet» har ventet siden 1981. Skulle det bli et maktskifte, vil det neppe være noen overdrivelse å si at utfordrende oppgaver venter.

Det er på tide med en stø og solid kurs for sykehusdriften i landet, men uansett hvem som blir skipper, anbefales det å lytte til de lokale losene.

Jeg avslutter som Mads A. Andersen i VG etter rekordintervjuet på drøyt 30 timer med Hans Olav Lahlum: «Tusen takk for praten.»

Godt valg!

Christian Qvigstad



Hanne Støre Valeur

Vedtatt uenighet?

Bør norske leger kunne reservere seg mot å delta i henvisning og behandling av pasienter dersom det strider mot egen personlig overbevisning? Debatten har gått de siste årene etter at Helse- og omsorgs-

departementet bestemte at leger ikke lenger skal kunne reservere seg mot å henvise til abort. Reservasjon ble diskutert på Legeforeningens landsstyremøte i år og vakte stort engasjement blant deltakerne. Etter en lang debatt om krig og fred og religion og politikk og sånn, som først og fremst synliggjorde at norske leger har svært ulike meninger om hvordan man skal forholde seg til denne problematikken, klarte allikevel den utmattede forsamlingen å lande på et felles vedtak:

«Legeforeningen mener at alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død kan gi grunnlag for at leger gis reservasjonsmulighet

for deltakelse i henvisning og behandling. Legers reservasjonsmulighet skal ikke være til hinder for befolkningens lovbestemte rettigheter. Reservasjonsmulighetene må derfor vurderes lokalt i helsetjenesten på en slik måte at disse hensyn kan ivaretas. Pasientene skal alltid møtes med forståelse og respekt. Forutsigbarhet for pasientene må sikres gjennom god informasjon.»

Ikke spesifikt angitte grunner kan altså gi grunnlag for mulighet for reservasjon gitt at lokale forhold tillater det og ingen tar skade? Vedtaket kan tolkes i begge retninger – til inntekt både for motstandere og tilhengere av reservasjon, og ingen blir vel særlig klok på hva Legeforeningen egentlig mener. Fremfor alt gjenspeiler vedtaket den store uenigheten og alle meningsnyansene som finnes blant norske leger. En uenighet som kanskje tilsier at Legeforeningens rolle i dette spørsmålet fortrinnsvis bør være å holde liv i debatten.



Avsender: Yngre legers forening, PB 1152 Sentrum, 0107 Oslo

