

FORUM FOR YNGRE LEGER

Nr. 2
april
2013

MAGASIN FOR YNGRE LEGER FORENING



Fagmedisinske foreninger – også for yngre leger

FASTE STILLINGER

Side 8-9

BILAGET: ARBEIDSTID

Side 17-20

HVORDAN HAR UNGE LEGER DET?

Side 21-23

YLFS ÅRSMØTE OG VALG

Side 24-26

Nr. 2, april 2013

LEDER

Fullverdige fagfolk

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/rdegrie

Øvrige bidragsyttere

Olav Gjerløw Aasland
Judith Rosta
Eystein Hoddevik
Christian Qvigstad

Redaksjonen avsluttet:

22. april 2013.

Dødlinje for nummer 3 i 2013:

25. mai 2013 .

Leger i spesialisering har ikke den samme tilknytningen til Legeforeningens fagmedisinske akse som ferdige spesialister. For de ferdige spesialistene er det obligatorisk å være medlem av en fagmedisinske forening, mens for leger i spesialisering er det frivillig. Er det riktig?

Ylfs landsråd mener at det ikke er riktig. Sist landsrådsmøte fattet vi et vedtak om å fremme lovendringsforslag i Legeforeningens Landsstyre. Lovendringsforslaget innebærer at leger i spesialisering på samme måte som spesialister tilmeldes den fagmedisinske foreningen som representerer det faget de er under spesialisering i – med de rettigheter og plikter det medfører.

Hvorfor har det vært en forskjell her? Det hevdes at medlemsregisteret hadde problemer med å håndtere leger i spesialisering og deres faglige tilknytning. Om det skyldes at leger i spesialisering har blitt ansett som mindre relevante i fagmiljøene skal ikke jeg ha sagt, men slik er det i hvert fall ikke. Spesialisering av leger er et av fagmiljøenes kjerneområder, og her har leger i spesialisering kompetanse. Leger i spesialisering vil ofte ha komplementerende kompetanse overfor spesialistene, og vi er best rustet til å utvikle fagene våre når vi står sammen. Tonje Tvinnereim redegjør i dette nummeret av Forum for Yngre leger nærmere for diskusjonene og vedtaket om pliktig medlemskap for leger i spesialisering i de fagmedisinske foreningene.

Forskningen er en annen viktig faglig arena for leger i spesialisering. Eystein Hoddevik er Ylfs aktive representant i Legeforeningens forskningsutvalg og skriver i dette nummeret om hvilken plass forskning bør ha i spesialiseringen av leger.

Våre tillitsvalgte har en rolle å spille i fagutviklingen på sykehusene. Arbeidsgiver ønsker ofte å avgrense vår rolle til tariffmessige spørsmål, men vi er der faget treffer virkeligheten, og det gjør oss til viktige faglige talspersoner også!



Johan Torgersen
Leder

johan.torgersen@legeforeningen.no

Ylf-kalenderen 2/2013

2013

Mars

- 5. Møte i spesialitetsrådet
- 7. Møte i forhandlingsutvalg Spekter
- 12. Møte med Stortingets helse- og omsorgskomite
- 14. Leder deltar i debatt om omstillingene i Oslo sykehusene på Litteraturhuset
- 15. Styremøte Ylf
- 18. Møte med statssekretærene Kåss og Grøn vold om faste stillinger
- 20. Møte med Helsedirektoratet om spesialitetsstruktur
- 20. Møte i Akademikerne Helse
- 21.-22. Lokalt tillitsvalgtkurs for tillitsvalgte i Helse Finnmark og UNN

April

- 2. Møte i Akademikerne Helse
- 4. Møte i Fond 1
- 8. 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
- 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

- 6. Møte i spesialitetsrådet
- 6.-7. Spesialitetsrådets seminar.
- 14. Møte i forhandlingsutvalg Spekter
- 15. Møte i Akademikerne Helse
- 28. Styremøte Ylf

Juni

- 3. Ylfs formøte ifm Landsstyremøtet
- 4.-6. Legeforeningens landsstyremøte, Alta
- 13. Møte forhandlingsutvalg Spekter
- 14. Styremøte Ylf
- 19. Møte i Akademikerne Helse

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 Tvinnereim
tonje.tvinnereim@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

TEMA: FAGMEDISINSKE FORENINGER

I tillegg til yrkesforeningene og lokalforeningene, finnes det 45 ulike fagmedisinske foreninger i Legeforeningen. Spesialister blir automatisk medlem av den foreningen som tilhører faget deres, mens slikt medlemskap er frivillig og krever aktiv innmelding for leger i spesialisering. Bør det være sånn? Les mer om de fagmedisinske foreningene og hva Ylf mener om medlemskap på [side 10 – 14](#).

FASTE STILLINGER TESTER UT NORSK DEMOKRATI

Domstoler, politikere og arbeidsgivere... Det er mange som vil ha et ord med i laget i saken om faste stillinger for leger i spesialisering. Johan Torgersen oppsummerer hvor vi står nå på [side 8-9](#).

HVORFOR FORSKER DU IKKE?

Uten forskning som en integrert del av legerollen, vil vi ikke lenger være premissleverandører for eget virke, skriver Eystein Hoddevik. Mer om forskning som en del av spesialistutdannelsen på [side 15](#).

HVORDAN HAR UNGE LEGER DET EENTLIG?

Olaf Asland og Judith Rosta fra Legeforskningsinstituttet gir oss en grundig oppsummering av det de vet om hvordan unge leger har det på jobben. Kanskje har vi ikke så mye klage over? [Side 21-23](#).

YLFS ÅRSMØTE

Ylf avholdt nylig årsmøte i Bergen. Referateksperten Arne Carlsen oppsummerer viktige diskusjoner, vedtak og valgresultater på [side 24-26](#).

DESSUTEN

- 04 Ylf-kalenderen
- 17-20 Napp-ut-bilag: Arbeidstid
- 27 Mitt funn: Petter Risøe
- 28 Dom i Nordlandssykehussaken
- 30-31 Idealisten: Øystein Bergøy
- 32 Kommentert fra klinikken NY SPALTE
- 33 Redaktørens hjørne
- 35 Riskhospitalet



Johan Torgersen

johan.torgersen@
legeforeningen.no

Faste stillinger tester ut norsk demokrati!

Det norske demokratiet er bygget over tre uavhengige statsmakter: Stortinget (lovgivende makt), regjering (utøvende makt) og domstolene (dømmende makt). I tillegg omtales media som den fjerde statsmakt i deres rolle som maktovervåker. Saken om faste stillinger for leger i spesialisering lever nå i toppen av samtlige statsmakter.

Våren 2010 tok stortingsrepresentant for Høyre Bent Høie opp leger i spesialisering sitt manglende stillingsvern i egen interpellasjon i Stortinget. I slike interpellasjoner må statsråden svare. Her stiller den lovgivende makt den utøvende makt til ansvar og krever svar når de mener at regjeringen ikke følger de lover Stortinget har pålagt dem å følge. Interpellasjonen i 2010 var første gang saken om faste stillinger møtte Stortinget. Foreløpige siste gang var nå i mars da faste stillinger for leger i spesialisering var et av hovedtemaene da Legeforeningens sentralstyre møtte Stortingets helse og omsorgskomiteé. Erna Solberg, Bent Høie, Thomas Breen og andre sentrale helsepolitikere i Stortinget ble oppdatert på sakens stilling og hvorfor faste stillinger og godt stillingsvern er avgjørende også for leger i spesialisering.

Prøvd i retten

Fast stilling for lege i spesialisering har også blitt testet ut hos den dømmende makt. En lege i spesialisering saksøkte på eget initiativ Oslo Universitetssykehus (OUS) etter å ha vært i ulike midlertidige stillinger over mange år og krevde fast ansettelse. Innledningsvis var ikke Legeforeningen delaktige i denne saken, men da legen tapte saken i Oslo tingrett, valgte Legeforeningen å gå inn med full tyngde som partshjelper da saken kom opp for Lagmannsretten sist høst.

Når faste stillinger vurderes i et juridisk lys handler det konkret om hvorvidt det er anledning til å fravike Arbeidsmiljølovens hovedregel om fast ansettelse når det gjelder leger i

spesialisering. Skal leger i spesialisering kunne ansettes midlertidig, må vi som gruppe kunne omfattes av unntaksadgangene i Arbeidsmiljøloven. For vår del er det to unntak som er aktuelle: Vikariater og praksisarbeid. At vikariater er midlertidige må vi akseptere dersom vikariatet er reelt og en arbeider i en annen persons fravær. Men arbeidsgiversiden hevder også at leger i spesialisering er praksisarbeidere og derfor kan unntas fra regelen om fast ansettelse i sin helhet. Dette er Legeforeningen sterkt uenige i. For de fleste leger i spesialisering er det vanskelig å kjenne seg igjen i en beskrivelse som praksisarbeider, ikke minst fordi leger i spesialisering er en viktig og avgjørende del av driften i norske sykehus. Dessverre var ikke Lagmannsretten enige med oss. De slo i sin dom fast at leger i spesialisering er praksisarbeidere og dermed ikke har rett på fast ansettelse.

Legen som saksøkte OUS tapte saken, men dommen er anket til Høyesterett, og er derfor ikke rettskraftig. Høyesterett har vurdert anken og funnet grunn til å behandle saken i hele sin bredde! Legeforeningen er fremdeles med som partshjelper, og i skrivende stund venter vi fremdeles på beskjed om når saken kommer opp.

På politisk dagsorden

Den utøvende makt kjenner også saken vår godt. Daværende helseminister, Anne-Grete Strøm-Erichsen, slo høsten 2010 fast at hovedregelen for leger i spesialisering skal være fast ansettelse. Dette var en politisk avgjørelse. I etterkant har det vært hyppig kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet

om faste stillinger. Vi har i det siste hatt flere møter med helseminister Jonas Gahr Støre, statssekretær Robin Kåss, statssekretær Nina Tangnæs Grønvold og departementets administrative ledelse, hvor faste stillinger har vært tema.

I tillegg til helseministeren, har arbeidsminister Anniken Huitfeldt kjennskap til og interesse for saken. Det er Arbeids- og inkluderingsdepartementet som «eier» Arbeidsmiljøloven og som må ta initiativ til lovrevidringer slik at lovverket følger samfunnsutviklingen. På Legeforeningens dialogkonferanse i midten av mars fikk Huitfeldt direkte spørsmål om hvilket syn hun har på faste stillinger for leger i spesialisering. Det er svært gledelig og interessant at arbeidsministeren deler Legeforeningens syn om at leger i spesialisering ikke er praksisarbeidere, og dermed ikke skal unntas fra hovedregelen om fast ansettelse. Vi vet også at Arbeids- og inkluderingsdepartementet avventer den rettslige avklaringen i OUS-saken. Kanskje ligger det an til lovendring dersom Høyesterett opprettholder kjennelsen som bygger på at leger i spesialisering er praksisarbeidere?

Tre ministre, flere statssekretærer, Høyesterett, Stortinget i plenum og Stortingets helse- og omsorgskomiteé, alle kjenner og følger saken. Og jeg har ikke nevnt den fjerde statsmakten en gang. Jeg snakker med journalister om dette nesten ukentlig. Vi har bred støtte og møter stor forståelse for vår sak. Men hvorfor skjer det ikke noe? Hvorfor er det så vanskelig å gi 5000 leger ordende arbeidsforhold? Hvem sitter med makta egentlig?

Utskiftning i styret

Nestleder i Ylf, Anja Fog Heen, gikk ut i foreldrepermisjon i februar 2013. Varamedlem Ruth Foseide erstatter Anja i styret.

Ruth har vært foretakstiltsvalgt for Ylf på Oslo Universitetssykehus siden august 2012 og har fullt frikjøp fra rotasjonsstillingen som lege i spesialisering på indremedisinsk avdeling, Ullevål. Ruth er 41 år og kommer fra Oslo. Hun har jobbet som lege i spesialisering siden 2008, først på Aker sykehus, og senere på Ullevål. Hun har vært klinikktiltsvalgt i 4 år, og i tillegg til de lokale utfordringene ved OUS, er hennes hovedinteresser arbeidstidsbestemmelser, tjenesteplaner og faste stillinger for leger i spesialisering.

Styremedlem Arild Hagesveen er fungerende nestleder ut denne styreperioden.



FOTO: PER OSCAR SKJELLNAN



Tonje Tvinnereim

tonje.tvinnereim@gmail.com

Pliktig medlemskap i fagmedisinske foreninger for leger i spesialisering?

Ylf mener at leger i spesialisering (LIS) bør være pliktig medlem av den fagmedisinske forening for faget de spesialisere seg i. LIS er fullverdige fagfolk, og pliktig medlemskap vil styrke den faglige tilhørigheten og gi LIS en sterkere stemme inn i fagmiljøene. Ylf har meldt inn lovendringsforslag til Legeforeningens landsstyremøte i juni for å få gjennomført dette.

Den norske legeforening (Dnlf) har tre akser; yrkesforeninger, lokalforeninger og fagmedisinske foreninger. Alle medlemmer av Legeforeningen tilmeldes i dag automatisk underforeninger etter yrkestilhørighet (yrkesforening) og arbeidssted (lokalforening). Godkjente spesialister og leger under utdanning i allmenntilleggs fagmedisinsk forening etter faglig tilhørighet. Etter Dnlfs lover er det frivillig for LIS å være medlem av en fagmedisinsk forening. Dersom en LIS velger å knytte seg til en fagmedisinsk forening, kan dette i dag gjøres uten tilleggs-kostnad. I dag er cirka 40% av LIS medlem av en fagmedisinsk forening.

Fullverdige fagfolk

Ylf ser det som naturlig at LIS ikke har den samme tilknytningen til fagmedisinske foreninger som spesialister og allmenntilleggs foreninger, og ønsker å styrke den fagmedisinske tilknytningen for LIS. Vi mener at LIS også er fullverdige fagfolk, og at de derfor bør ha en sterk stemme i de fagmedisinske miljøene. LIS og spesialister utfyller hverandre, det er et viktig prinsipp som er gjennomgående i hele Legeforeningens organisasjonsstruktur. Derfor fremmer Ylf i år forslag til Landsstyret om å endre Dnlfs lover slik at også LIS blir pliktig medlem av fagmedisinsk forening. I forslaget ligger det at LIS blir tilmeldt den fagmedisinske

forening som er relevant for vedkommendes spesialisering. Forslaget innebærer også at LIS må betale eventuell tilleggs-kontingent til den fagmedisinske foreningen.

Ustabil fagtilhørighet

Denne saken ble diskutert og avgjort i Ylfs landsråd på årets tariffkonferanse. Landsrådet var i hovedsak svært positive, og forslaget ble vedtatt med stort flertall. Det kom også en del konstruktive innvendinger under diskusjonen. Leger som er under spesialisering ombestemmer seg ofte mht fag underveis i spesialiseringen, eller har en periode i sideutdanning. Det var spørsmål om hyppige bytter vil kunne by på praktiske utfordringer, men med dagens funksjonalitet i Legeforenings medlemsregister bør ikke dette være noe problem. Det er også mulig å være assosiert medlem i opptil to foreninger dersom man enten ikke helt har bestemt seg, eller holder på med sideutdanning. Som hovedregel mener Ylf at man bør forbli medlem i den fagmedisinske foreningen man hører hjemme i i henhold til hovedspesialitet mens man er i sideutdanning. Fra salen kom det forslag om at pliktig innmelding i fagmedisinsk forening først bør gjelde når man har oppnådd kategori C, da er man mer sikker på hvilken spesialitet man velger å fullføre. Flertallet i Ylfs landsråd mener at den faglige tilhørigheten er viktig under



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/RDEGRIE

hele spesialiseringen, og at man kan ha nytte av medlemskap også tidlig i yrkesløpet.

Dyrere medlemskap

For noen av Ylfs medlemmer vil pliktig tilmelding i fagmedisinsk forening medføre en økt kostnad i form av tilleggs-kontingent. Seks av de 45 fagmedisinske foreningene krever i dag slik tilleggs-kontingent, og den utgjør hos de fleste ca 200 kr. Ylf mener at den ekstra økonomiske belastningen ikke blir stor, og at kostnaden oppveier nytten av å være medlem. Som medlem kan man engasjere seg og påvirke størrelsen på kontingenten i de enkelte foreninger. Under diskusjonen i Landsrådet ble det stilt spørsmål om Ylf kan gjøre noe med kontingentene når vi nå kanskje tilbyr så mange ekstra medlemmer. Hva med differensiert kontingent for LIS og overleger? Dette er spørsmål som kan diskuteres i etterkant av en eventuell lovendring. Først og fremst må viktigheten av fagmedisinsk tilhørighet for yngre leger anerkjennes!

Frivillighet og engasjement

Det ble også stilt spørsmål ved om ikke den frivillige ordningen vi har i dag dekker de yngre legenes behov for tilknytning til disse foreningene. I dag er det ca 40% av LIS som er medlem av

en fagmedisinsk forening, og det synes vi er for lavt. Mer aktivt arbeid for å opplyse våre medlemmer om muligheten for medlemskap er nok mulig, men krever innsats og engasjement over tid for å lykkes. Videre ble det diskutert om pliktig tilmelding vil kunne gi mindre engasjement for fagaksen, men pliktig tilmelding i de øvrige aksene ser ikke ut til å dempe engasjementet i disse foreningene. Det kom også et kritisk spørsmål om Ylfs hovedinnsats for forslaget er at vi gjennom flere medlemmer i fagmedisinske foreninger vil få flere representanter i landsstyret. Motivet for forslaget er først og fremst faglig, men vi ser at det kan medføre flere yngre leger i landsstyret.

Konklusjonen på diskusjonen ble at landsrådet totalt sett vurderte det som positivt at LIS tilmeldes de fagmedisinske foreningene på lik linje med spesialister, selv om det kan by på enkelte organisatoriske utfordringer og gi økte kostnader for noen medlemmer. Forslaget ble vedtatt med stort flertall av Ylfs landsråd og er dermed oversendt Legeforeningen som Landsstyresak til Landsstyremøtet i Alta i juni 2013.



Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com

– Positivt med flere yngre leger i den fagmedisinske aksen

– Vi synes det er veldig bra å få yngre leger inn i de fagmedisinske foreninger, sier Rolf Kirschner. Han leder Legeforeningens fagmedisinske gruppe (FAME), og er tidligere leder i Norsk gynekologisk forening. Han har derfor god oversikt over den fagmedisinske aksen i Legeforeningen.

Legeforeningens fagmedisinske akse består av 45 ulike fagmedisinske foreninger som representerer hver enkelt spesialitet eller grenspesialitet. Alle legespesialister tilmeldes automatisk den fagmedisinske forening som hører til sin spesialitet, mens leger i spesialisering selv må melde seg inn.

Hva gjør de fagmedisinske foreningene?

– Kjerneoppgavene er å ivareta spesialitetens faglige innhold. Vi er faglige «interesseorganisasjoner», det man i utlandet vil kalle akademier, forklarer Kirschner.

– Aktiviteten i de ulike foreningene er nok veldig forskjellig, men i Norsk gynekologisk forening, som jeg naturligvis kjenner best, er det stor aktivitet med kurs, årsmøter med faglig innhold, et eget kvalitetsutvalg som utvikler faglige veiledere, og egen nettside og medlemsblad. Styret har ansvar for å svare på høringer, både internt i foreningen og ut mot helsedirektoratet, HOD og myndighetene ellers i samarbeid med «moderforeningen».

FAME

Hver forening har et eget styre, og i mange av foreningene skal minst ett av styremedlemmene være lege i spesialisering. Det er styret i den enkelte forening som foreslår medlemmer til spesialitetskomiteene for sitt fagområde. I Legeforeningens landsstyre har de fagmedisinske foreningene til sammen 20 plasser. Plassene fordeles mellom foreningene utfra faggrupper og medlemsmasse. Disse 20 representantene utgjør FAME-gruppen.

– FAME er ikke en fasttømret forening som en yrkesforening. Det er ingen striks struktur, men heller et løst nettverk, eller et kollegium, enn en forening. Vi prøver å arrangere to

fagmedisinske seminarer i året, og FAME-gruppen møtes regelmessig for å diskutere aktuelle saker. Min opplevelse er at det er lite kolliderende interesser mellom de ulike fagmedisinske foreningene. Alle vil det beste for faget sitt og pasientene sine, og det er sjelden dette går på bekostning av andre fag, sier FAME-lederen.

Fag og fagforening

Legeforeningen skiller seg fra andre fagforeninger ved å være både en faglig forening og en fagforening. Hva mener du om denne dobbeltrollen?

– Legeforeningen er kjent mest som fagforening, mens den fagmedisinske delen er relativt lite kjent. Jeg har jobbet mye både med fag og fagforening, og jeg synes det er vanskelig å bedrive korrekt fag dersom man f.eks ikke har riktige arbeidsforhold. Etter reorganiseringen av Legeforeningens fagmedisinske foreningene, tidligere spesialforeningene, innlemmet for å gi foreningen en sterkere faglig profil. Det er særlig viktig i arbeid ut mot andre parter som hele tiden vil kritisere oss for kun å arbeide for egne interesser, sier Kirschner.



Rolf Kirschner

FOTO: ELLEN JUUL ANDERSEN, TIDSSKRIFTET

Har de fagmedisinske foreningene nok innflytelse i Legeforeningen og ellers i samfunnet?

– Jeg synes at det fagmedisinske har blitt mer og mer betont i foreningen de siste årene. For gynekologene vil jeg absolutt kunne si at jeg føler at vi blir hørt, både innad i Legeforeningen og også ut i samfunnet.

Yngre krefter

I hvilken grad er det gjort plass til yngre leger i fagmedisinske foreninger i dag?

– I gynekologisk forening har vi tilrettelagt for at leger i spesialisering skal kunne delta aktivt på våre aktiviteter. Det er en fast styreplass for LIS, det er dannet en egen undergruppe for leger i spesialisering innenfor gynekologi; FUGO. Vi støtter FUGO-representanter i det europeiske nettverket ENTOG og det nordiske ditto, og sponser årlig utveksling av to LIS til europeiske land. Vi arrangerer flere kurs som teller til spesialiteten. Det er flere av de andre fagmedisinske foreningene som har vist interesse for å starte egne grupper for leger i spesialisering. Vi oppfordrer alle fagmedisinske foreninger til å opprette egne grupper for leger i spesialisering! understreker Kirschner.

I dag er ca 40 % av leger i spesialisering medlem av en fagmedisinsk forening. Synes du det er en stor nok andel?

– Jeg synes det er for lavt, og derfor synes jeg det er en god ide at alle, både spesialister og leger i spesialisering, tilmeldes fagmedisinske foreninger automatisk. Så jeg er positiv til loven-dringsforslaget Ylf har fremmet, og kan ikke tenke meg at det vil være motstand fra de fagmedisinske foreningene mot dette. Det kan styrke LIS' stilling, og det kan styrke foreningene som får yngre krefter inn.

Hva tenker du at yngre leger kan bidra med i de fagmedisinske foreningene?

– Vitalitet, nytenkning omkring utdanning og arbeidsforhold, stille krevende spørsmål... Og selvfølgelig vil det øke medlemstallet i seg selv, selv om det ikke er «kjøttvekten», men aktivitet som er viktig.

Økt innflytelse?

Vil leger i spesialisering få økt innflytelse over fagmiljøene ved innmelding i fagmedisinsk forening?

– Ja, det tror jeg - særlig i de foreningene hvor de i dag har lite innflytelse. Det er selvfølgelig avhengig av at de yngre legene selv tar initiativ og er aktive.

Og i Legeforeningen?

– Det er den enkelte forening som oppnevner sin representant til Legeforeningens landsstyre. Hvis du skal snakke med en fagmedisinsk tunge, bør du nok være fagmedisinsk skolert. Mange vil nok mene at dersom du skal snakke for fagmedisinske foreninger i landsstyret og på nasjonalt nivå, bør man være spesialist. Men dersom medlemsandelen i fagmedisinske foreninger forrykkes helt, bør vel dette diskuteres.

FAGMEDISINSKE FORENINGER

- Den norske patologforening
- Norsk anestesilogisk forening
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
- Norsk barnekirurgisk forening
- Norsk barnelegeforening
- Norsk cardiologisk selskap
- Norsk endokrinologisk forening
- Norsk forening for allmennmedisin
- Norsk forening for arbeidsmedisin
- Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi
- Norsk forening for dermatologi og venerologi
- Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin
- Norsk forening for infeksjonsmedisin
- Norsk forening for klinisk farmakologi
- Norsk forening for klinisk nevrofysiologi
- Norsk forening for lungemedisin
- Norsk forening for maxillofacial kirurgi
- Norsk forening for medisinsk biokjemi
- Norsk forening for medisinsk genetik
- Norsk forening for medisinsk mikrobiologi
- Norsk forening for nukleærmedisin og molekylær avbilding
- Norsk Forening for Otorhinolaryngologi, Hode- og Halskirurgi
- Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin
- Norsk gastroenterologisk forening
- Norsk geriatrisk forening
- Norsk gynekologisk forening
- Norsk indremedisinsk forening
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk kirurgisk forening
- Norsk nevrokirurgisk forening
- Norsk nevrologisk forening
- Norsk nyremedisinsk forening
- Norsk oftalmologisk forening
- Norsk onkologisk forening
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk plastikkirurgisk forening
- Norsk psykiatrisk forening
- Norsk radiologisk forening
- Norsk revmatologisk forening
- Norsk samfunnsmedisinsk forening
- Norsk selskap for hematologi
- Norsk thoraxkirurgisk forening
- Norsk urologisk forening



Johan Torgersen

johan.torgersen@
legeforeningen.no



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM

Fagmedisinske grupper for leger i spesialisering

Ylf ønsker nå å knytte leger i spesialisering sterkere til den fagmedisinske aksens i Legeforeningen. Det betyr ikke at det ikke har vært engasjement fra leger i spesialisering i denne aksens tidligere.

Alle styrene til de fagmedisinske foreningene sitter det en lege i spesialisering, og alle spesialitetskomitéene skal ha minst ett medlem som er lege i spesialisering. I tillegg finnes det egne fagmedisinske foreninger i to spesialiteter; Foreningen for utdanningskandidater i gynekologi og obstetrikk (FUGO) og Norske yngre indremedisinere (NYI). En egen forening for leger i spesialisering i psykiatri er også under etablering.

De to eksisterende foreningene for leger i spesialisering, NYI og FUGO, har som hovedformål å fremme utdanningskandidatens interesser under spesialiseringen og å legge til rette for internasjonalt samarbeid med de respektive europeiske fagmedisinske foreningene for leger i spesialisering. Foreningene har egne styrever og vedtekter, men er knyttet til «moderforeningen», henholdsvis norsk gynekologisk forening og norsk indremedisinsk forening, bla annet gjennom økonomiske bidrag og ved at styret er representert i hovedforeningens styre. Foreningene for leger i spesialisering arrangerer egne årsmøter og fatter selvstendige vedtak.

En av kjernevirksomhetene i foreningene er blant annet å legge til rette for utveksling til sykehus i utlandet. Foreningene bidrar også økonomisk til medlemmer som ønsker å reise på kongresser for å legge frem abstracts.

Så hvordan blir fremtiden til disse foreningene om alle leger i spesialisering blir medlemmer i sine respektive fagmedisinske foreninger? Ylf mener at disse foreningene fremdeles vil være viktige og bør bestå. Aller helst bør det opprettes foreninger for leger i spesialisering i andre spesialiteter også. De eksisterende foreningene for leger i spesialisering er knyttet til sine respektive hovedforeninger i et velfungerende samspill, og denne modellen kan videreføres innen andre spesialiteter. Ferdige spesialister og leger i spesialisering har komplementerende erfaringer, kunnskaper og fokus. Dette kan utnyttes optimalt i et velorganisert samspill mellom en hovedforening med egen underforening for leger i spesialisering!



Eystein Hellstrøm Hoddevik

Legeforeningens
forskningsutvalg

Hvorfor forsker du ikke?

Helsedirektoratet er i ferd med å evaluere dagens spesialisingsløp. Dette vil resultere i en ny liste over hvilke spesialiteter vi skal ha i Kongeriket Norge. Hvilke krav som stilles til de respektive spesialiteter må også defineres. I den anledning tvinges vi til å reflektere over at vi som fremtidens leger må lære oss å bruke kunnskapsbasert medisin i vårt virke i større grad enn i dag.

Hvis vi ikke lærer oss å forske – og å bruke forskning – i løpet av vår utdanning og spesialisering, når skal vi da lære det? Og hvordan skal vi da bli bedre brukere av kunnskapsbasert medisin? I 2012 vedtok Legeforeningens landsstyremøte enstemmig rapporten med navnet „Forskning er helsetjenestens grunnpilar“. Det er vanskelig å argumentere mot påstanden i rapportens tittel. Forskning gjennomsyrrer, og må gjennomsyrrer, alt vi gjør i helsevesenet. Satt på spissen er forskning det eneste som forhindrer medisinen fra å bli et rent teknisk, utøvende fag. Hvis vi som leger skal kunne påvirke hvordan sykdom defineres, diagnostiseres og behandles, må vi aktivt bidra med forskning på alle områder. Fra epidemiologi og adferdsfag til molekylærbiologi og nukleærmedisin. Det er nok av yrkesgrupper som står klare til å gjøre medisinsk forskning og ta over for oss hvis vi svikter. Samtidig er det sterke krefter som tvinger leger vekk fra vitenskapelig arbeid og inn i en klinisk hverdag preget av drift og produksjon. Kombinasjonen av dette definerer et behov for å beskytte legers mulighet til å forske. Derfor bør rettigheter om forsknings hjemles i våre arbeidsvilkår, aller helst på et nasjonalt nivå. Vi kan også jobbe for at de hjemles i kravene for å bli spesialist, derfor dette innlegget i Forum for yngre leger.

Alle trenger ikke forske

Det å kunne håndtere og bruke forskning i en klinisk hverdag er en egen ferdighet. Når spesialistreglene nå føres i pennen på nytt, må vi ta dette inn over oss. Jeg tror det er bred enighet om at krav til slike ferdigheter må inn som et minimumskrav i ethvert spesialisingsløp i mer tydelig form enn hva som er tilfelle i dag. Selv om ikke alle trenger å forske, lever enkelte for å gjøre nettopp det. Deres interesser må også ivaretas. Man blir god krok ved å krøkes tidlig og forskerlinjen ved de medisinske fakultet har i så måte vært et utmerket initiativ. Det er i den samme ånd vi nå bør forbedre spesialistutdanningen. En måte å tilrettelegge for at leger i spesialisering får forske, er å sørge for at tid anvendt som forsker anerkjennes som tellende tjeneste

til spesialiteten. For spesialitetene indremedisin og kirurgi ble denne andelen nylig redusert fra 1 til ½ år. Disse to spesialitetene har det til felles at de favner bredt i både sykdomspanorama og behandlingsformer – så bredt at man må spørre seg om en kirurg, erfaren eller uerfaren, noen gang vil mestre alle kirurgiske metoder godt nok. En mulig strategi for å løse denne utfordringen i spesialisutdanningen kan bestå i å prioritere enkelte overordnede ferdigheter, snarere enn å kreve kjennskap til alle teknikker. Jeg argumenterer her for at det å kunne manøvrere innen kunnskapsbasert medisin, og erverve den, er en slik overordnet ferdighet. Ved å innføre et krav om at forskningen må være relevant for utdanningsløpet til den enkelte lege, bør det også være mulig å gjeninnføre minst 1 års tellende forskertjeneste i disse spesialitetene, og kanhende mer enn 1 år i andre spesialiteter. Hva som er relevant vil være gjenstand for skjønnsmessig vurdering, men det er mulig å lage forutsigbare ordninger hvor slikt avklares tidlig.

Teknikere?

Uten forskning som en integrert del av legerollen, vil vi ikke lenger være premissleverandører for eget virke. Vi reduseres til å bli teknikere. Etter mitt skjønn er ingen tjent med dette, hverken vårt kollegium, våre pasienter eller helsevesenet forøvrig. Ikke minst er spesialisthelsetjenestens plikt til å drive forskning lovpålagt. Da nytter det ikke for arbeidsgiver å argumentere med at «drift» må prioriteres på bekostning av undervisning og forskning. Ingen er tjent med at forskning og undervisning reduseres til salderingsposter, hvilket også strider mot norsk lov.

Jeg har skrevet dette innlegget i håp om at det kan føre til konkrete forslag fra Ylfs medlemmer om hvordan forskning og kunnskapsbasert medisin bør hjemles i spesialistkrav og avtaleverk. Det er vår framtid det her er snakk om, og tiden for å bry seg er nå.



Johan Torgersen

johan.torgersen@
legeforeningen.no



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/BILGE

Arbeidstid

Kompetanse og faglighet er legenes viktigste ressurs. Leger stiller sin kompetanse stiller til rådighet for arbeidsgiver innenfor den avtalte arbeidstid. Nær sagt alle leger i spesialisering får sin lønn beregnet ut i fra hvor mye og når den enkelte jobber. Arbeidet griper inn i livene våre og påvirker den tid vi har til rådighet til familie, venner, interesser, reiser, kos og hygge. Å ha oversikt og kontroll på egen arbeidstid blir viktig både for å kunne planlegge egen fritid og for å kunne evaluere om en får lønn som fortjent.

Lov og avtale

Arbeidstid er regulert i lov, og i flere deler av avtaleverket vårt. Arbeidsmiljøloven (AML) definerer flere rammer for arbeidstid. Arbeidstid behandles også i alle deler av Overenskomsten mellom Spekter og Den norske Legeforening (de nasjonale A1 og A2 avtalene og de lokale B-delene i foretakene). Det er viktig å være klar over at det vil være noe variasjon i arbeidstidreguleringene mellom ulike B-delsavtaler i foretakene, så alle oppfordres til å gjøre seg kjent både med A2 og det enkelte foretakets B-delsavtale! Dette napp-ut-bilagets omhandler de konkrete reguleringer som finnes og hvordan vi skal forholde oss til dem.

Arbeidstid og arbeidsfri

Arbeidsmiljøloven slår i sitt første punkt om arbeidstid fast følgende (§10-1): «Med arbeidstid menes den tid arbeidstaker står til disposisjon for arbeidsgiver. Med arbeidsfri menes den tid arbeidstager ikke står til disposisjon for arbeidsgiver.» Med utgangspunkt i dette kan vi gjøre et viktig skille: Forskjellen på fritid og hvile. Fritiden din disponerer arbeidsgiver ikke over, den er under din rådighet. Samtidig kan en få hvilt seg i arbeidstiden, og noen ganger er det helt nødvendig for at arbeidsordningen skal være forsvarlig, som for eksempel ved passive hjemmevakter. Denne hvilen regnes som arbeidstid og inngår i alle regnskap over arbeidstiden. Arbeidsgiver kan

altså ikke pålegge arbeidstager å være «tilgjengelig dersom nødvendig» utover det som er definert som arbeidstid i tjenesteplanen eller argumentere med at en arbeidstager kan jobbe utover grensene for arbeidstid fordi en har fått hvilt seg i arbeidstiden. Tjenesteplaner behandles i eget napp-ut-bilag.

Alminnelig arbeidstid

AML sier følgende om alminnelig arbeidstid (§10-4):»Den alminnelige arbeidstid må ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer og 40 timer i løpet av sju dager.» I 1987 ble det inngått en avtale mellom partene i arbeidslivet hvor ukentlig arbeidstid ble redusert fra 40 til 37,5 timer. Dette resulterte i den norske 7,5 timers arbeidsdagen. I Norge er altså alminnelig arbeidstid på 37,5 timer pr uke, selv om dette ikke er lovfestet, men avtalesfestet. 37,5 timers uken danner utgangspunktet for 100 % stillingen og rett til 100 % lønn i henhold til tariffavtalene.

37,5 timers uken er altså utgangspunktet for 100 % stillingen, men det er ikke dermed sagt at det alltid er slik. I visse situasjoner vil arbeidstager ha rett til å få redusert den ukentlige arbeidstiden, fordi arbeidets art er av ekstra belastende karakter. Dette dreier seg om to grupper av arbeidstager.

1: Døgnkontinuerlig skift/turnusarbeid, arbeidsomregelmessig drives på søn- og helgedager eller arbeid som hovedsakelig drives om natten.

2: Helkontinuerlig skift/turnusarbeid og arbeid under jord i gruver, tunneldrift med mer.

Dersom en faller inn under en av disse gruppene, vil en få redusert ukentlig arbeidstid med henholdsvis 2 eller 4 timer. Med andre ord vil i gitte tilfeller 35,5 timer pr uke eller 33,5 timer pr. uke utgjøre en 100 % stilling. Leger er definert som dagarbeidere med vaktjeneste, men liknende betraktninger er lagt til grunn for redusert alminnelig arbeidstid også for leger.

For leger er dette prinsippet tatt inn i avtaleverket vårt. Overenskomstens del A2 § 3.2 om alminnelig arbeidstid for leger etablerer en arbeidstidsreduksjon på 2 timer pr. uke dersom gitte forutsetninger er tilstede. Formuleringene i avtaleteksten kan være vanskelige å få helt grepet på, samtidig som det refereres til en gammel avtaletekst som svært få har tilgjengelig. Realiteten i bestemmelsen er imidlertid som følger:

Leger i spesialisering med vakt, tilstede eller hjemme, i tidsrommet 2000 til 0600 får redusert alminnelig arbeidstid til 35,5 timer pr uke. Overleger med tilstedevakt, helt eller delvis, i samme tidsrom innrømmes samme arbeidstidsreduksjon. Det er altså en forskjell mellom overleger og leger i spesialisering hva angår denne rettigheten. Det er imidlertid avtalt 35,5 timer pr. uke også for overleger med hjemmenvakt på flere helseforetak. Dette finnes i så fall i lokale avtaler og er ikke en rettighet etablert på nasjonalt A2 nivå. Overleger må kjenne til hvordan dette reguleres i egen B-del. I tillegg må det nevnes at helgearbeid i seg selv ikke utløser reduksjon i alminnelig arbeidstid,

kun dersom en (på hvilken som helst dag i uka) jobber i tidsrommet 2000-0600.

Videre er det anledning for arbeidsgiver å pålegge oss 2,5 timers ekstra arbeid pr. uke. Dette følger av Overenskomstens del A2 § 3.3. Disse 2,5 ekstra timene er det tatt høyde for i minimumsavlønningen, og blir dermed i praksis pålagt alle.

Av bestemmelse omtalt i de to foregående avsnittene følger at legers alminnelige arbeidstid blir satt til 38 eller 40 timer pr uke, avhengig av om en har rett til arbeidstidsreduksjon.

Her er det viktig å gjøre en presisjon: 35,5/37,5 timer pr uke utgjør fremdeles en 100 % stilling selv om vi har avtalt oss til en tjenesteplikt som pålegger oss å jobbe 38/40 timer pr uke. Dersom en for eksempel velger å jobbe noe mindre enn 38 timer pr. uke vil minimumslønnen bli redusert tilsvarende, men en vil fremdeles få fullt ut med tellende tid til spesialiteten så lenge en jobber over 35,5 timer pr. uke.

- I arbeidstiden er en til disposisjon for arbeidsgiver.
- I arbeidsfrie perioder er en ikke til disposisjon for arbeidsgiver.
- Alminnelig arbeidstid og tjenesteplikt for leger i sykehusene er 38 eller 40 timer pr uke avhengig av rett til arbeidstidsreduksjon.
- 100 % stilling i sykehusene tilsvarer 35,5 eller 37,5 timer pr. uke og gir full uttelling til spesialistutdanningen.

Utvidet arbeidstid

I mange tilfeller ønsker arbeidsgiver å kjøpe arbeidstid ut over tjenesteplikten vår. Overenskomstens del A2 § 3.3 gir anledning til dette, men det må avtales mellom den enkelte lege og arbeidsgiver. Utvidet arbeidstid (UTA) kan kun brukes når den enkelte lege har sagt seg villig til det. UTA er altså frivillig og kan ikke pålegges den enkelte. I mange avdelinger er det vanlig at leger i spesialisering tilbys den samme tjenesteplanen med samme antall timer UTA når de ansettes. Det er ingenting i veien for det, men den enkelte kan altså si nei takk. Tillitsvalgte i avdelingene har ikke anledning til å avtale UTA på vegne av legene i avdelingen uten samtykke fra den enkelte. I konfliktsituasjoner i avdelingen er det heller ikke lov til å gå til kollektiv oppsigelse av UTA. Det vil bryte med fredsplikten som følger av Hovedavtalen mellom Spekter og Akademikerne. Imidlertid kan den enkelte til enhver tid vurdere om en er villig til å inngå avtale om UTA gitt de premisene som råder i avdelingen.

Det er ikke avtalt sats for honorering av UTA i sentrale avtaler. Dette avtales lokalt og vil fremgå av de ulike B-delene. 0,08 % av basislønn er imidlertid den vanligste satsen for honorering av UTA.

- Utover tjenesteplikten på 38 eller 40 timer kan arbeidstiden utvides kun etter avtale med den enkelte lege
- Honorering av UTA tid er ikke avtalt sentralt, men avtalt i de lokale B-dels avtalene med foretakene.

Vakt

Leger i spesialisering er «dagarbeidere med vaktjeneste» (Overenskomstens del A2 § 3.1). Dette innebærer at vi skal ha et minimum av timer på dagtid. Dagarbeidet defineres i en bestemmelse som sier følgende: «Minst 20 timer i gjennomsnitt pr. uke skal legges i tiden 0700 til 1700 i ukens 5 første dager.» Dette skal sikre at vi har tilstrekkelig tilstedeværelse i den tiden hvor vanlig, elektivt arbeid foregår – både slik at vi kan bidra, men ikke minst lære under supervisjon. 20 timers-regelen skal ikke bare gjenspeiles i tjenesteplanene, men også praktiseres reelt.

AML slår fast at arbeid på søndager, helligdager og om natten ikke skal gjennomføres om ikke arbeidets art gjør det nødvendig (§ 10-10/11). I tillegg vil de fleste B-dels avtaler i foretakene definere en tidsmessig forskjell på dagarbeid og vaktarbeid, og når alminnelig arbeidstid skal fordeles.

Eksempel: I Helse Bergen slås følgende fast i B-delsavtalen: «Den alminnelige arbeidstid som ikke er vaktarbeid legges som regel i tidsrommet mellom klokken 0700 og 1700 i ukens 5 første dager.» Dette begrenser arbeidsgivers styringsrett mtp til hvilke dager og tider vår arbeidstid skal plasseres, i tillegg til 20-timersregelen nevnt i forrige avsnitt. Denne formuleringen gjør at det kun er vaktarbeid som kan pålegges i tidsrommet 1700 til 0700. Arbeidsgiver har dermed ikke anledning til å planlegge poliklinikk eller elektive operasjoner etter kl. 1700, men kun drift som tar seg av øyeblikkelig hjelp.

- Leger er dagarbeidere med vaktjeneste
- All vakttid skal kunne gjennomføres innenfor alminnelig arbeidstid (38/40 timer pr uke)
- Av den alminnelige arbeidstiden skal i gjennomsnitt 20 timer legges i tidsrommet 0700 til 1700 i løpet av ukens 5 første dager
- Det er avtalt tidsmessige begrensninger i arbeidsgivers anledning til å pålegge arbeid på kveld og i helg utover vakt i B-dels avtalene.
- Leger i spesialisering har rett og plikt til å inngå i etablerte vaktordninger
- Vaktbelastningen skal som hovedregel fordeles jevnt mellom legene som inngår i ordningen.

Gjør dere kjent med hvordan dette er regulert i den enkeltes B-dels avtale da noe variasjon forekommer!

Leger i spesialisering har rett og plikt til å inngå i de vaktordningersom eksisterer i avdelingen. I tillegg skal vaktbelastningen som hovedregel fordeles jevnt blant legene som inngår i ordningen (Overenskomstens del A2 § 3.5.2). All vakttid vil falle inn under de 38/40 timene som tjenesteplikten innebærer. Det medfører at en ikke vil endre på sin vaktbelastning dersom en sier opp UTA.

Vernebestemmelser

Vernebestemmelser for leger er avtalt i den nasjonale A2-avtalen og gjelder for alle leger som jobber i helseforetak, dersom annet ikke er avtalt. Vernebestemmelse er gjengitt i egen boks under.

- Arbeidstiden skal ikke overstige 60 timer i noen enkeltuke
- En arbeidsperiode skal ikke strekke seg utover 19 timer
- Hver enkelt arbeidsuke skal inneholde 28 timer sammenhengende arbeidsfri
- Mellom to arbeidsperioder skal det være minst 8 timer arbeidsfri
- Ingen arbeidsdag bør være kortere enn 5 timer
- Dersom det jevnlig (over 20 % av vaktene) har vist seg umulig å overholde kravet til forsvarlig hvile i løpet av vekten (8 timers hvile i gjennomsnitt pr døgn) skal tjenesteplanen endres for å korrigere dette forhold.

Om vernebestemmelsene hersker det en del misoppfatninger. Her skal to av de viktigste adresseres.

1. misoppfatning: «Vernebestemmelsene legger uhen-siktsmessige begrensninger på legens arbeidstid». FEIL. Vernebestemmelsene innebærer en betydelig utvidelse av ram-mene for arbeidstid. I AML er arbeidstidsgrensene som følger: max 48 timer arbeid pr. uke, max 13 timer sammenhengende arbeid, minst 35 timers sammenhengende ukentlig arbeidsfri, minst 11 timer arbeidsfri pr døgn. Som vi ser gir våre vernebestemmelser arbeidsgiver en betydelig økt styringsrett over vår arbeidstid. Alle bør se at vernebestemmelsene IKKE begrenser legers arbeidstid, men utvider den. Leger står ganske alene i helseforetakene om å stille seg til disposisjon på denne måten, og det bør vi være bevisst!

2. misoppfatning: «Vernebestemmelse er til for å kontrollere legers arbeid slik at for lange vakter, lite søvn og hvile ikke skal

gå utover pasientene». FEIL. Vernebestemmelsene gjenspeiler arbeidstidsreguleringene i AML, og er til for å sikre arbeidstager et fullt ut trygt og forsvarlig arbeidsmiljø. Vernebestemmelsene er til for å beskytte oss som arbeidstager mot helseskadelige arbeidstidsordninger. Pasientsikkerheten ivaretas først og fremst gjennom helsepersonellovens krav om «forsvarlig og omsorgsfulle helsetjenester». Forsvarligheten ovenfor pasientene skal ivaretas uansett hvor mange eller hvor få timer en har vært på jobb!

Ved forskjellige anledninger kommer det opp spørsmål om å dispensere fra vernebestemmelse. Med slik dispensasjon vil en kunne jobbe utenfor vernebestemmelsene, slik at bemanning og nødvendig arbeid passer sammen. Ofte hevder arbeidsgiver at det er nødvendig med dispensasjon for å kunne få vaktplanene til å gå opp med den tilgjengelige bemanningen. Det hevdes for eksempel at en trenger folk på dagtid, og derfor trenger dispensasjon fra 19 timers regelen. Et annet eksempel er leger som går i små vaksjikt som gjerne vil jobbe lengre enn lovlig i helgene for å slippe hyppige helgevakter. I slike tilfeller er det viktig å være klar over hva en faktisk gjør. Slike tilfeller vil kunne løses med større bemanning eller omdisponering av vaksjikt, men krever fleksibilitet og vilje til tilrettelegging fra arbeidsgivers side, og det koster penger. I stedet ønsker arbeidsgiver dispensasjon fra vernebestemmelsene, noe som faktisk innebærer et ønske om å utsette legene for ytterligere arbeidspress med mulige konsekvenser for liv og helse, heller enn å bruke ressurser på forsvarlige ordninger. Dette er ikke akseptabelt! Dersom spørsmål om dispensasjonssøknad kommer opp, må en først se på hva arbeidsgiver kan gjøre for å finne andre løsninger. Om bedre løsninger finnes, men ikke effektueres, bør det være uaktuelt å gå med på dispensasjon. Når arbeidsgiver ikke vil bruke ressurser på vårt arbeidsmiljø, så skal ikke vi kompensere ved å utsette oss for ytterligere fare for egen helse. Ylf vedtok på årsmøtet i 2012 et policydokument om arbeidstid. Her har Ylfs øverste organ lagt klare føringer om en restriktiv praksis

- Vernebestemmelsene for leger skal være med å bidra til at arbeidssituasjonen er fullt ut forsvarlig for legene
- Vernebestemmelsene for leger gir arbeidsgiver økt styringsrett over vår arbeidstid sammenlignet med arbeidsmiljøloven
- Dispensasjon fra vernebestemmelsene bør ikke forekomme. I de fleste tilfeller vil bemanningsproblemer og utfordringer rundt drift kunne løses ved tilrettelegging og omdisponeringer fra arbeidsgiver

når en skal vurdere dispensasjon fra vernebestemmelsene. Ylfs policy dokument om arbeidstid kan leses i sin helhet på Ylfs hjemmesider.

Tilrettelegging

Det er viktig å være klar over at AML også pålegger arbeidsgiver å tilrettelegge arbeidsforhold generelt og arbeidstid spesielt for arbeidstager i spesielle situasjoner. Blant annet er det mulighet for å få arbeidstidsreduksjon eller fritak fra nattarbeid for personer som av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det, og fritaket kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Ved slik arbeidstidsreduksjon blir lønnen redusert tilsvarende. Ut over dette er det fullt mulig å gå i dialog med arbeidsgiver om tilrettelegging av arbeidstid, men loven gir noen begrensninger av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt.

Disse forholdene blir vurdert og avgjort i hvert enkelt tilfelle. Slike ønsker må alltid begrunnes godt og saklig. Leger som vurderer det dit hen at de kunne ha nytte av tilpassning, kan ta det opp med tillitsvalgte i avdelingen. Tillitsvalgte kan også dra nytte av sekretariatet i Legeforeningen for bistand om nødvendig.

- I visse situasjoner kan leger ha krav på både fritak fra nattarbeid og reduksjon i arbeidstiden
- Slike endringer vil eventuelt påvirke utbetalt lønn om vakttillegg endres eller arbeidstid reduseres
- Individuelle tilpassninger avgjøres i det enkelte tilfellet

Tjenesteplaner og overtid

Når alle gjennomgåtte arbeidstidsreguleringer og -bestemmelser skal effektueres, skal dette fremgå av den enkelte tjenesteplan. I dette bilaget er planlagt arbeid omtalt. Bilaget i neste nummer vil gå nærmere inn på hvordan arbeidstidsreguleringer skal synliggjøres i tjenesteplanen og andre krav til tjenesteplanene. I tillegg vil vi forholdet mellom planlagt arbeidstid og overtid behandles i lys av tjenesteplanene.

Norske leger i spesialisering – hvordan har de det?

Man trenger ikke gå over bekken etter vann. Vi i Legeforeningens forskningsinstitutt sitter på mange av svarene Odd Bjørn Salte ikke fant da han intervjuet Arve Lie ved Statens arbeidsmiljøinstitutt om yngre legers arbeidsforhold i Fourm nummer 5 2012. Alt tyder på at det er bedre å være lege, ikke minst lege i spesialisering, i Norge enn i de fleste andre land.

Tekst: Olaf Gjerløw Aasland og Judith Rosta, Legeforskningsinstituttet

Sosioøkonomisk befinner legene seg stabilt i øverste sjikt. Hver tredje norske lege har en mor eller far som er lege, og hver tredje unge lege finner seg en legepartner (1). For de som kommer fra lavere sosioøkonomiske grupper, eller har innvandrerbakgrunn, innebærer legestatusen i seg selv en klasse-reise, nettopp fordi legeyrket fremdeles har høy prestisje. Mange eldre leger opplever imidlertid at den høye prestisjen, eller automien som de ofte kaller det, i økende grad tilhører fortiden.

Hvordan har egentlig norske leger det?

Sammenlignet med andre yrkesgrupper har norske leger god helse. De er blant dem som lever lengst, og har det laveste sykefraværet. Sammenlignet med leger i andre land har norske leger det også ganske bra. De jobber mye, men stort sett innenfor en normal arbeidstid. De skårer høyere på jobbtillfredshet, og lavere på utbrenthet enn i de fleste sammenlignbare studier fra andre land. Vi tror en del av dette kan forklares ved at norske leger har mer familievennlig arbeidstid enn sine amerikanske eller engelske kolleger, og at de har det bedre sosialt, med god mulighet for fødselspermisjon og lavere kostnader og mindre lån i forbindelse med utdanningen.

Jobbtillfredshet blir ofte målt ved hjelp av Job Satisfaction Scale (JSS) (2). Dette instrumentet inneholder ti spørsmål om arbeidsforhold som hvert skal skåres på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Samlet jobbtillfredshet er gjennomsnittet av alle ti spørsmål. Vi gjentar slike målinger annet hvert år, og i perioden 2000 til 2010 lå samlet jobbtillfredshet for sykehusleger hele tiden over 5(3-4). Privatpraktiserende spesialister og allmennleger hadde gjennomgående høyere jobbtillfredshet enn overleger og leger i spesialisering i 1994-2010 (3-7). Jobbtillfredsheten øker med økende alder (4, 8). Vurdert etter spesialitetsgrupper skårer samfunnsmedisinere høyest (5,6) og leger i kirurgiske fag lavest (5,0). Vi har også vist at sykehusreformen i 2002 ikke hadde noen negativ effekt på sykehuslegenes jobbtillfredshet (3).

Subjektiv velvære blir målt med spørsmålet «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelset, eller er du stort sett misfornøyd?» og skåres også

fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Blant sykehuslegene (overleger og leger i spesialisering) krysses de fleste i 2010 av på 4 eller 5 på dette spørsmålet (5). Tyssen og medarbeidere rapporterte i 2009 at norske leger i alderskategorien 28 -37 år hadde en noe lavere subjektiv velvære enn sosioøkonomisk tilsvarende grupper i befolkningen(9). For selvmord er trenden klar, her har det lenge vært en tydelig nedgang (10). Dessuten er det lite som tyder på at legers selvmord har noe med jobben å gjøre; ratene er høyest blant eldre, pensjonerte mannlige leger (11), og legers selvmordstanker er mer assosiert med privatliv enn med jobb(12).

Subjektiv helse og sykefravær

På spørsmål om hvor god helsa er, svarte 87 % av sykehuslegene i 2010 «svært god» eller «god» (13). Andelen som svarte «ikke helt god» eller «dårlig» var 14 % blant overlegene og 9 % blant leger i spesialisering. Det tilsvarende tallet for svært god eller god helse i den norske befolkningen var 86 % (14). Legenes sykefravær er lavere enn i de fleste andre yrkesgrupper (5). I 2010 hadde 61 % av overlegene, 55 % av leger i spesialisering og hele 84 % av fastlegene ikke hatt noe sykefravær i det hele tatt siste år (13). Det ble rapportert flere sykedager fra sykehusleger enn fra fastleger og privatpraktiserende spesialister.

Arbeidstid og jobbstress blant leger i spesialisering og overleger

I motsetning til allmennleger og privatpraktiserende spesialister har sykehusleger i stor grad regulert arbeidstid, selv om det



FOTO: ISTOCKPHOTO.COM/JACOMSTEPHENS

Legeforskningsinstituttet finner du på www.legeforsk.org. Vi har en rekke publikasjoner der vi ser på arbeidsforhold, jobbtilfredshet, forebygging av stress og utbrenthet, og andre viktige aspekter ved legenes hverdag. Vår viktigste datakilde er et representativt utvalg på ca. 1600 leger som vi følger over tid. I mange av studiene er leger i spesialisering, tidligere assistentleger, skilt ut som egen gruppe.

ikke er uvanlig å arbeide mer enn avtalt tid (15). Vi har gode data om selvrapportert arbeidstid blant overleger og leger i spesialisering (5, 16, 17).

Fra 1994 til 2010 hadde heltidsarbeidende sykehusleger en gjennomsnittlig arbeidsuke på 45-46 timer. Andel av arbeidstiden med direkte pasientrettet arbeid gikk ned fra 59 % i 1994 til 47 % i 2010 (18).

Tabell 1 gir en oversikt over arbeidssituasjonen blant sykehusleger i 2000, 2008 og 2010(5). Det er forskjeller i ansettelsesforhold, opplevd arbeidsstress og arbeidstid mellom overlegene og leger i spesialisering. Leger i spesialisering hadde kortere arbeidsuker enn overlegene på alle tre målingstidspunkter, men de hadde også oftere tilstedevakter på mer enn 30 timer i uken, mens overlegene hadde flere hjemmevakter. Andelen som syntes de arbeider under et uakseptabelt arbeidspress gikk noe opp fra 2000 til 2008 blant overlegene, men var uendret og lavere, blant leger i spesialisering. Fire av ti sykehusleger opplevde i 2010 stadige omorganiseringer i helsevesenet som svært stressende. Flertallet ønsket kortere arbeidsuke hvis det hadde vært mulig uten et vesentlig lønnsstap.

Arbeidstid

I 2008 hadde både overleger (45 timer) og leger i spesialisering (43,6 timer) kortere selvrapportert arbeidsuke enn allmennlegene (46,4 timer)(5, 16). De fleste junior doctors i England rapporterte arbeidsuker på over 56 timer i 2009 (19), mens leger i spesialisering i Norge jobbet gjennomsnittlig 43 timer i uken i 2010 (5).

Sammenheng mellom arbeidstid, helse og kvalitet på spesialistutdanningen

De fleste internasjonale rapporter om legers arbeidstid gjelder sykehusleger, ofte med utgangspunkt i «European Working Time Directive» (EWD, 2003/88/EC) og diverse dommer om arbeidstid og tilstedevakter de siste femten årene (Judgment of the Court of Justice, C-303/98; C-151/02).

Vi har analysert sammenhengen mellom arbeidstidsbelastning og selvrapportert helse blant leger i alderen 25-65 år i tyske og norske sykehus (17). Vi fant at norske sykehusleger hadde signifikant kortere arbeidstid og bedre helse enn tyske sykehusleger. Færre norske enn tyske sykehusleger hadde arbeidsdager på 9 timer eller mer (26,7 % mot 58,8 %), og mer enn 60 timers

tilstedevakt per måned (18,3 % mot 63,4 %). Signifikant flere norske leger anga egen helse som «god eller nokså god» (88,1 % mot 63,3 % i Tyskland). I en multivariat analyse med data fra begge land er aldersgruppe 25-44 år, arbeidsplass i Norge, og en lavere arbeidstidsbelastning (definert som ≤9 timer/dag og ≤60 timer tilstedevakt/måned) signifikante samtidige prediktorer for «god eller nokså god» helse.

Også andre studier bekrefter tidligere funn om at arbeidstiden har en effekt på legers helse og velvære. Skiftarbeid oppleves negativt for livskvaliteten(20, 21). Sveitsiske forskere fant i en spørreskjemaundersøkelse blant 405 leger fra 93 kirurgiske avdelinger at en arbeidstidsreduksjon til 50 timer per uke hadde en positiv innflytelse på livskvaliteten til legene i spesialisering (residents). Men de fant også at de fleste kirurgiske residents og consultants opplevde at arbeidstidsreduksjonen virket negativt på kvaliteten av spesialiseringen og pasientarbeidet (21). I en nederlandsk studie blant 239 leger i kirurgisk spesialisering var disse legene tilfredse med spesialitetsutdanningen og ønsket seg en arbeidsuke på 52 timer(22). To systematiske litteraturgjennomganger fra England viser ingen negativ effekt av EWD-reglene (dvs. redusert ukearbeidstid) på kvaliteten av spesialistutdanningen og helsetjenesten (23, 24).

Evaluering av spesialistutdanningen i Norge

I samarbeid med Medisinsk fagavdeling utvikler Legeforskningsinstituttet for tiden et evalueringsverktøy for spesialistutdanningen basert på internettbaserte ikke anonyme individuelle tilbakemeldinger fra hver enkelt lege. Første datainnsamling fra alle leger i spesialistutdanning (bortsett fra allmenntidmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin) ble gjennomført i 2012. Hensikten er at hver lege i spesialisering skal kunne vurdere kvaliteten av sitt utdanningsløp, samtidig som det også vil være mulig å sammenligne forskjellige utdanningssteder. Vi benytter denne anledningen til å oppfordre alle Ylf'ere til å bidra i utviklingen av dette evalueringsverktøyet. En foreløpig rapport fra prosjektet foreligger allerede (25).

Viktig å forsvare skansene

Vi på Legeforskningsinstituttet mener at norske leger stort sett har det bedre enn sine kolleger i andre land når det gjelder arbeidsbelastning og muligheter til å kombinere legejobb med et godt privatliv. Vi har allerede lagt ned en stor innsats for å beskytte egen helse, både generelt gjennom de norske velferdsgodene, som for eksempel en raus fødselspermisjonsordning, og ved at Legeforeningen i alle år har stått på krava i forhandlinger om tariffer, lønn og arbeidstid. Det er foreløpig lite som tyder på at disse ordningene går på bekostning av pasientsikkerheten eller helsetjenestens kvalitet, snarere tvert om. I dagens situasjon med en eksplosiv øking i etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester blir det ekstra viktig å forsvare disse skansene.

Tabell 1 En del forhold rundt arbeidssituasjonen blant overleger og leger i spesialisering, data fra 2000, 2008 og 2010 (5).

	data fra	overleger	LIS
Antall	2000	400	233
	2008	412	179
	2010	411	116
Stilling (%)			
fast stilling	2008	87,4	21,5
tidsbegrenset stilling		4,2	37,9
vikariat		7,9	37,9
annet		0,5	2,8
Andel fulltidsansatte (%)	2008	90,0	93,7
Samlet selvrapportert ukearbeidstid* (gjennomsnitt)	2000	44,6	42,3
	2008	45,0	43,6
	2010	45,2	42,7
Andel av ukearbeidstiden som er direkte pasientarbeid (%)	2000	54,0	57,0
	2008	46,7	50,0
	2010	45,5	46,8
Timer i tilstedevakt per måned (%)			
ingen tilstedevakt	2008	39,4	11,2
1-30		45,8	25,9
>30		14,8	62,9
Timer i hjemmevakt per måned (%)			
ingen hjemmevakt	2008	32,0	72,9
1-30		14,6	5,3
>30		53,4	21,8
Arbeider "nokså ofte" eller "ofte" under uakseptabelt arbeidspress (%)	2000	26,8	19,2
	2008	32,2	18,5
"Hvis du kunne velge og ikke ta økonomiske hensyn, ville du jobbet" (%)			
- mindre enn i dag	2008	66,0	65,4
- omtrent like så mye som i dag		34,0	34,1
- mer enn i dag		0,0	0,6
"I hvilken grad oppleves stadige omorganiseringer i helsevesenet som stressende?" (%)			
ikke stressende	2010	5,1	1,8
litt stressende		17,2	22,0
ganske stressende		34,4	34,9
svært stressende		43,3	41,3

* kontrollert for kjønn og alder (MANOVA)

Litteratur

- Hem E, Grønvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 2000;15(3):183-9.
- Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology* 1979;2(52):129-48.
- Aasland OG, Rosta J, Nylenna M. Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010;38(3):253-8.
- Nylenna M, Aasland OG. Jobbtilfredshet blant norske leger [Job satisfaction among Norwegian doctors]. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2010;130(10):1028-31.
- Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? *Overlegen* 2011;1:47-55.
- Nylenna M, Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Services Research* 2005;5:44.
- Nylenna M, Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2005;23(4):198-202.
- Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009;37(5):503-8.
- Tyssen R, Hem E, Gude T, Grønvold NT, Ekeberg O, Vaglum P. Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample: a 10-year longitudinal, nationwide study of course and predictors. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2009;44(1):47-54.
- Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide among physicians. *American Journal of Psychiatry* 2005;162(11):2199-200.
- Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Social Science & Medicine* 2001;52(2):259-65.
- Hem E, Grønvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 2000;15(3):183-9.
- Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Differences in Sickness Absence between Self-employed and Employed Doctors. A Cross-Sectional Study on National Sample of Norwegian Doctors in 2010. (submitted).
- WVSA. State of health 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>): World Value Survey Association, 2007.
- Kvavik BO. Arbeidstid for leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2007;127(16):2136.
- Aasland OG, Rosta J. Fastlegenes arbeidstid 2000-08. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2011;131(11):1076-80.
- Rosta J, Aasland OG. Work hours and self rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *BMC Health Services Research* 2011;11:40.
- DNLF. Med kvalitet som ledestjerne - Balanserte mål gir god kurs. In: Kvanvik M, Sandbakken C, Fryjordet J, Sletnes T, editors. Statusrapport 2011. Oslo: Den norske legeforening 2011.
- BMA. Junior doctors still work 56 hours a week. *BMJ Careers*. London, 2010.
- Tucker P, Brown M, Dahlgren A, Davies G, Ebdon P, Folkard S, et al. The impact of junior doctors' worktime arrangements on their fatigue and well-being. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2010;36(6):458-65.
- Businger A, Guller U, Oertli D. Effect of the 50-Hour Workweek Limitation on Training of Surgical Residents in Switzerland. *Archives of Surgery* 2010;145(6):558-63.
- Wijnhoven B, Watson D, van den Ende E. Current status and future perspective of general surgical trainees in the Netherlands. *World Journal of Surgery* 2008;32(1):119-24.
- Temple J. Time for training. A Review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training. London: Medical Education England, 2010.
- Moonesinghe SR, Lowery J, Shahi N, Millen A, JD. B. Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. *British Medical Journal* 2011;342.
- Normann Birkeli C. Kvalitet koster. Om spenningen mellom spesialistutdanningen for leger og produksjon av helsetjenester. Masteroppgave i helsevitenskap. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. NTNU, 2013.



Arne Carlsen

arne.carlsen@lyse.net



Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com



Ylfs årsmøte 2013

Ylfs årsmøte ble i år avholdt i Bergen. Landsrådets delegater, andre tillitsvalgte og inviterte gjester møttes til årsmøteseminar og årsmøte på Radisson Blu Hotell Norge.

Temaet for årsmøteseminalet var arbeidsbelastning og oppgaveglidning, med interessante innlegg (alt fra hva «illegitime» oppgaver i arbeidshverdagen gjør med trivselen på jobb til hva syre og base gjør med kroppen på vakt...) og paneldebatt med representanter fra både Legeforeningen og Spekter. Interessant nok synes både Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Spekter å være enige om hva som skal være rammeverket rundt og filosofien bak innføring av oppgaveglidning.

Årsmøtet ble i denne gangen uvanlig spennende. For første gang på mange år var det reell kamp om styreplassene. Johan Torgersen ble gjenvalgt som leder til akklamasjon. Ny nestleder ble sentralstyremedlem Marit Halonen Christiansen. Tilde Broch Østborg ble valgt inn i styret som ny yngsterepresentant, og resten av det nye styret for perioden 2013 – 2015 består av Ruth Foseide Flenning (gjenvalgt), Heidi Johanne Espvik (nyvalgt), Anja Fog Heen (gjenvalgt), Marie Skontorp (gjenvalgt) og Jens Lind Larsen (nyvalgt). Hanne Støre Valeur fortsetter som redaktør, og Arne Carlsen overtar den viktige

oppgaven som desisor. Det nye styret blir presentert i nærmere detalj til høsten i «Forum for yngre leger».

Ylfs policydokument ble også diskutert og vedtatt, som vanlig etter større og mindre diskusjoner om innhold og semantikk. Landsrådet ble orientert om styrets arbeid med spesialitetsstruktur, hvor Ylfs leder Johan Torgersen har vært tungt involvert, og faste stillinger, noe som også avstedkom debatt.

Ylf har en sunn økonomi, og etter en grundig og pedagogisk framstilling ved styremedlem Arild Hagesveen ble regnskapet for 2012 og budsjettet for 2014 vedtatt.

Landsrådet vedtok også å gjeninnmelde Ylfi «European Junior Doctors» (EJD) som er den europeiske interesseorganisasjonen for leger i spesialisering i Europa (denne organisasjonen kan du lese om i nummer 5, 2012 – finnes på Ylfs hjemmesider).

Denne valgperioden er snart omme. Ylf går inn i en ny toårsperiode med et engasjert og slagferdig styre, med en sterk organisasjon i ryggen. Dette må bli bra!



Nytt styre



Ylf-styret 2013-2015. Fra venstre: Jens Kristian Lind-Larsen, Heidi Espvik, Anja Fog Heen, Marit Halonen Christiansen, Johan Torgersen, Tilde Broch-Østborg, Marie Spontorp



Gjenvalgt: Ylf-leder Johan Torgersen med Mulberry Alexa



Nyvalgt nestleder Marit Halonen Christiansen

Mitt funn

Hanne Støre Valeur

hannevaleur@gmail.com

Petter Kirkeby Risøe disputerte 31. januar 2013 for PhD-graden ved UiO med avhandlingen «Inflammatory Modulation in Sepsis – Role of Adenylyl Cyclases.»

Hva var bakgrunnen for prosjektet? Ved blodforgiftninger det ofte immunforsvarets overdrevne respons, og ikke infeksjonen i seg selv, som er den viktigste bidragsyteren til vevsskade og organsvikt. Bakgrunnsarbeidet for doktorgradsarbeidet mitt ble utført av min veileder Maria K. Dahle. Hun hadde funnet ut at det sekundære cAMP budbringersystemet er en viktig intracellulær brems for å sikre at immuncellenes reaksjon på infeksiose stimuli ikke løper løpsk.

Hva er ditt viktigste funn? Vi viste i dyremodeller for induisert blodforgiftning at ulike isoformer av enzymene som produserer syklisk AMP nedreguleres av celleveggskomponenter fra bakterier. Nedregulering innebærer at signalet svekkes, og når dette skjer frigjør immuncellene store mengder proinflammatoriske mediatorer ut i blodbanen. Mitt viktigste funn var at nedreguleringen av disse enzymene under sepsis er knyttet til overuttrykk av en type mikro-RNA (miR-142-3p) og at man kan blokkere

overuttrykket med en komplementær short interfering RNA (siRNA) for å dempe betennelsen. Oppdagelsen kan gi opphav til nye behandlingsprinsipper for sepsis, men da må man finne en god måte å føre siRNAet inn i de riktige cellene i kroppen. Det pågår mye spennende forskning internasjonalt rundt hvordan dette kan gjøres.

Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet?

Jeg ble rekruttert inn halvveis i medisinstudiet av en annen ivrig ung forsker, Anders Myhre, som senere ble første forskerlinjestudent fra UiO til å disputere.

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

Jeg startet som forskerlinjestudent med ett års permisjon fra studiet og forskning på fulltid. «Forskning gir sårt tiltrengt fleksibilitet til en nybakt småbarnsfar», tenkte en naiv, yngre utgave av meg selv, men bivirkningen av fleksibilitet er et utvasket skille mellom jobb og fritid, og kronisk dårlig samvittighet over artikler man skulle lest eller eksperimenter man skulle gjort. Resten av doktorgradsarbeidet ble fullført på deltid ved siden av medisinstudiet og senere andre studier, prosjekter og legevaktsarbeid.



Foto: Privat

Forskning gir deg en ny tenkemåte og et enestående verktøy til å følge kunnskapstørst og nysgjerrighet hvorhen den måtte lede – også til faglige avstikkere som å studere frykt blant ikke-profesjonelle skihoppere før de setter utfor ovarennet.

Hva har du tenkt til å gjøre videre? Jeg kommer til å fortsette å forske, men akkurat nå har jeg tenkt til å være doktor. Faktisk så har jeg allerede nå gledet av lærerike, og ikke minst morsomme dager i det utrolig trivelige arbeidsmiljøet jeg er en del av som turnuslege på Ahus. Hva slags lege jeg vil, bli har jeg foreløpig ingen klar formening om.

«Forskning gir sårt tiltrengt fleksibilitet til en nybakt småbarnsfar»

TIPS TIL AKTUELLE KANDIDATER?

Ta kontakt med radaktøren på hannevaleur@gmail.com

Kirurg fikk erstatning i ærekrenkelsessak mot avis

Media har en viktig rolle som formidler av kritikkverdige forhold i samfunnet. Det går imidlertid en grense for ytringsfriheten, også for media. Lege Rastislav Kunda vant nylig en viktig rettssak mot Avis Nordland.

Kunda ble av tingretten tilkjent kr 400 000 i oppreisning for ærekrenkelser. Avis Nordland har varslet at dommen vil bli påanket. Kunda fikk advokatbistand fra Legeforeningens advokater i saken.

Ærekrenkelsen skjedde gjennom en rekke artikler i Avis Nordland sommeren 2010 som omhandlet den såkalte «Nordlandssykehuskandalen». Avis Nordlands journalister avdekket at det i perioden 2004 til 2010 ble foretatt en rekke kreftoperasjoner ved Nordlandssykehuset i Bodø, som etter gjeldende retningslinjer skulle vært utført ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø. Rastislav Kunda og en kollega var blant legene som utførte disse operasjonene. Sykehuset fikk i etterkant kritikk fra Helsetilsynet for systemsvikt, mens de to legene ble frikjent.

Hovedfokus i reportasjene var at Kunda hadde operert friske mennesker uten grunn. I tillegg til å være usanne, var disse beskyldningene i følge tingretten klart ærekrenkende. Det konkluderes med at Avis Nordland har handlet uaktsomt og

rettsstridig. Det blir i begrunnelsen blant annet vist til at avis tidlig valgte vinkling i saken «uten at man foretok de undersøkelser som må forventes ved slike alvorlige beskyldninger». Resultatet av avisartiklene var at Kunda mistet tilliten som lege og ikke lenger kunne utføre sitt arbeid ved Nordlandssykehuset. I tillegg har saken medført en enorm menneskelig belastning for Kunda og hans familie.

Kundas advokat Synne Bjørvik Staaen mener at dommen er grundig og riktig juridisk. – Det at tingretten har gitt Kunda medhold på alle punkt, er selvfølgelig noe vi vil ta med oss videre, sier Staaen og legger til: – Vårt mål er ikke å kneble pressen. Men i denne saken mener vi klart at Avis Nordland har trådt utenfor ytringsfrihetens grenser.



Advokat Synne Bjørvik Staaen
Foto: Ylf



FOTO: PRIVAT

Hanne Valeur

hannevaleur@gmail.com

Øystein Bergøy

Alder: 26

Bosted: Oslo, men opprinneleg frå Finnøy i Ryfylke

Arbeidssted: Helsesenteret for papirlause migrantar Oslo

Organisasjon: Kirkens bymisjon og Norges Røde Kors

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

Første gongen eg høyrde om helsetilbod til papirlause migrantar var i 2008 på eit internasjonalt møte for medisinstudentar arrangert av organisasjonen IFMSA. Nokre svenske studentar informerte om ein klinikk for papirlause som blei driven i Sverige, og korleis dei jobba for å gjera seg sjølv overflødige ved å få politikarane til å vedta ei lov som skulle gje papirlause utvida rett til helsehjelp. Etter dette følgde eg med interesse debatten rundt papirlause sin situasjon i Norge. Då helsesenteret opna rundt årskiftet 2009-2010, var det fleire politikarar som meinte det dei dreiv med var ulovleg. Det var til og med snakk om å senda politiet til å stå utanfor helsesenteret.

Eg syntes det verka feil å kun ha lov til å tilby såkalla nødvendig helsehjelp. Definisjonen på dette høyrtes for meg ut til å vera ganske tilfeldig, kortsiktig og vag. Ved fleire kroniske sjukdommar verkar det ut til at ein ikkje har lov å yta førebyggjande behandling gratis, men at ei kun kan behandla pasientane ved akutte og alvorlege forverringar i tilstandar. Dette fører sjølv sagt til større plager for pasienten, men det blir også potensielt dyrare for staten sidan akutt sjukehusinnleggjing ofte er dyrare enn medikamentell førebyggjing. Etter mi meining er det viktig at helsearbeidarar ikkje skal vurdere om ein pasient skal ha rett til å motta den helsehjelpa me meiner vedkomande treng. Innvandringsspørsmål kan politikarane ta seg av, lovbrøt er politiet sitt ansvar, medan det å dømma levande og daude kan me heldigvis overlata til dei høgare makter.

Eg hadde også lenge hatt sansen for organisasjonar som konsentrerte seg om marginaliserte grupper i Norge. Sidan me lever i eit så velståande og egalitært land, trur eg det kanskje er ekstra vanskeleg og lett å føla seg utanfor og mindreverdige når ein ikkje høyrer til den velståande og friske majoriteten. Mitt inntrykk er

at mange i Norge synest det er viktig å hjelpe folk i fattigare land enn oss. Ein kan nesten sjå på det som ei plikt for oss som er så rike. Enklare er det kanskje å gløyma dei trengande som lever i vårt eige land?

Dessutan liker eg organisasjonar som jobber for si eiga nedleggjing. Dvs at dei jobber for eit endeleg mål som for eksempel ei lovendring, men at dei i mellomtida tek det ansvaret dei meiner staten til slutt må ta. Så då Frode Eick frå Helsesenteret for papirlause migrantar hadde ei forelesning for oss på medisinstudiet, nytta eg moglegheiten til å spørja om dei kunne ha bruk for mi hjelp.

Hva innebærer engasjementet ditt?

Ein dag på helsesenteret tilsvarer ein dag på ein krysning av eit fastlegekontor og ei legevakt. Me henviser sjølv sagt alle alvorlege akutttilstandar til legevakta eller relevant sjukehus. Arbeidsmengda varierer alt etter kor mykje tid ein har den aktuelle perioden, men er typisk ei vakt kvar 2. eller 4. veke. Då jobbar ein rundt 4 timar på kveldstid.

Hvordan har du kombinert engasjementet ditt med dagligliv og jobb?

Å få tid til vaktene har stort sett vore lett. Det har gått fint an å kombinera både med siste året på medisinstudiet og ved sida av mi noverande 100% forskningsassistentstilling. Ein kan sjølv bestemma kor mykje ein vil jobba, og om ein vil jobba dagtid eller kveldstid.

Har du hatt faglig utbytte av ditt idealistiske virke?

For ein som meg som har lite erfaring frå allmennpraksis, har eg lært ein del praktisk rundt dette faget. Men det som har vore mest fagleg lærerik er heilt klart kommunikasjonstreninga ein får av å snakka med personar med anna språk og annan kultur enn ein seg sjølv. Det har vore ein stor lærdom å møte grupper eg underbevisst har hatt oppfatningar om som har vore meir eller mindre velgrunna. For eksempel har eg lært at kvinner som dekkjer seg til av religiøse eller kulturelle årsakar som oftast reagerer på lik måte som andre kvinner når det gjeld å eksponera seg for undersøkjing av ein lege. Dei veit at det må til for at legen skal få gjort ei skikkeleg undersøkjing og stilla rett diagnose. Dette er kanskje sjølv sagt, men å auskultera desse pasientane utanpå kledene eller å unngå å ta ein gynekologisk undersøkjing når ein ville gjort det på andre pasientar, vil vera å gje desse dårlegare behandling enn andre.

Andre sider med kunsten å kommunisera og informera blir belyst av at forståinga av menneskekroppen og biologi varierer stort mellom pasientane. Dei fleste har sikkert opplevd at det kan vera utfordrande å forklara ein pasient som har ein viral infeksjonssjukdom at antibiotika ikkje vil hjelpe. Dette blir ekstra vanskeleg når ingen tidlegare har forklart vedkomande kva bakteriar og virus er. Såkalla «helseanalfabetisme», eller

«health illiteracy» som kanskje er eit litt betre klingande engelsk omgrep, er eit fenomen som ikkje blei undervist for mykje i ved min alma mater, men som dei fleste legar nok møter entan dei er klar over det eller ikkje i sitt daglege virke. Eg veit derimot ikkje om fenomenet er mykje meir prevalent på helsesenteret enn i ein vanleg allmennpraksis, men eg har iallfall blitt merksam på det ved å jobba der.

Det er også eit godt tverrfagleg miljø på helsesenteret, og ein kan bruka kvarandres fagkunnskap. Ein kan lett diskutera problemstillingar med psykologar, fysioterapeutar og gynekologar når desse er på jobb samtidig.

Vil du anbefale andre å engasjere seg? Hvorfor?

Det vil eg. For dei som er interesserte i å hjelpe dei folka som er blant dei som treng det mest, er dette ein veldig fin, velorganisert og raus plass å jobba. Pasientane er stort sett trivelege og svært takksame. Det er også lærerik av grunnar nemnd tidlegare, og interessant sidan ein treff så mange ulike folk med utrulege historier. Arbeidsmiljøet er godt, hierarki er (etter mi meining) ikkjeeksisterande og det tverrfaglege samarbeidet er svært fleksibelt og fungerer bra. Det er fint å møte likesinna kollegaer både innanfor eige fagfelt og blant andre yrkesgrupper.

HELSESENTER FOR PAPIRLØSE MIGRANTER

- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Oslo Røde Kors driver Helsesenter for papirløse migranter i Oslo. Senteret ble etablert i 2009 og ligger sentralt i Oslo. Helsesenteret tar ikke betalt av pasientene og de frivillige helsearbeiderne jobber gratis. Blant de frivillige som jobber der finnes sykepleiere, leger, psykologer og fysioterapeuter. Senteret har åpent en formiddag og en ettermiddag i uken.
- Papirløse migranter er personer som befinner seg i Norge uten oppholdstillatelse og benevnes iblant som irregulære migranter eller illegale innvandrere. Papirløse migranter omfatter de mennesker som har fått avslag på tidligere asylsøknad men som forsetter å bli i Norge og de mennesker som befinner seg utenfor asylprosessen, dvs. de personer som ikke har søkt asyl eller aldri har vært registrert av norske myndigheter. Statistisk Sentralbyrå har estimert at det bor 18 000 papirløse i landet i dag. (<http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Helsesenteret-for-papirlose-migranter>)
- I 2011 fikk helsesenteret Amnestyprisen, som deles ut av Amnesty International. Helsesenteret ble tildelt prisen «for deres kompromissløse og operative menneskerettighetsarbeid overfor en av Norges mest sårbare og utsatte grupper.» (Sitat fra amnestys nettsider).





Hanne Støre Valeur

En liten epistel om Jonas, hvalen og jeg

Det er valgår og nok en helseminister er i media med lovnader. 4. mars kom Jonas Gahr Støre til Lovisenberg Diakonale Sykehus – for befaring og erfaring – hvilket han har gjort ved de fleste av landets sykehus. Denne dagen var han kommet til mitt sykehus.

Etter omvisning med direktøren var turen kommet til de tillitsvalgte. Som hovedtillitsvalgt for yngre leger var undertegnede tilstede i dette «lukkede» møtet, hvor arbeidsgiver ikke var invitert og ordet var fritt. Noen pratet, noen lyttet og noen observerte.

Jeg pratet ikke. Som kliniker observerte jeg med stor entusiasme. Har Jonas blitt tynnere og mer grå i håret? Hva med denne rykningen ved hans venstre øye?

Det er nok ikke enkelt å være helseminister, og konflikter innenriks viser seg antagelig å være vel så utfordrende som utenriksoppgavene han tidligere beskjeftiget seg med. Det er flere statsråder før han som har bekledd ministerrollen, men få som har utrettet noe stort. Stillingen må sies være en uriaspost.

Så hva er nytt med Støre som bas? Han har i alle fall presentert «ti nye grep for bedre sykehus», som i media raskt ble omdøpt til «Støres 10 bud». Det er flere av disse grepene som synes er fornuftige. Flere er etterlengtede – som eksempelvis avvikling av kvotefordeling av legestillinger i sykehus – og Støres siste bud forplikter, når han omtaler god ledelse på alle nivåer i sykehusene.

OUS er en stadig aktuell brannfakkell som ikke så lett lar seg slukke, og flere har brent seg i forsøket.

Under vårt møte, helseministeren og de tillitsvalgte, kom det ingen nye lovnader. Mer en bekreftelse fra Støre om hans intensjoner og visjoner, og han virker være en klok og intelligent mann som har satt seg godt inn i det intrikate sykehussystemet i Norge.

Møtelokalet var Lovisestuen, veggene prydet av tidligere diakonisser, og blant dem Cathinka Guldberg, grunnleggeren av sykepleieutdanningen i Norge. Med denne historiske bakgrunnen lar tankene seg derfor lede over til Jonas' bok i Det gamle testamente der Støre er både navnebror og hovedrolleinnehaver i denne sammenheng.

Profeten Jonas var fanget i hvalens buk, men «så spydde fisken på Herrens bud Jonas ut på det tørre land».



Christian Qvigstad. Foto: Privat.

Det synes noe symbolsk for nåtiden hvor Støre kan se ut til å være bondefanget mellom egne ambisjoner, fagmiljøer og det enkle faktum at det er valgår. Hvordan er det egentlig å være i hvalens buk, nå som både valgår og sterk oppslutning om opposisjonspartier struper Støres langsiktighet.

Vil Jonas' profetier gjennomføres? Blir det inertier eller gjennomføres kun enkelte grep? Kommer Jonas tørrskodd gjennom det hele?

Jeg stemmer vanligvis ikke på Arbeiderpartiet, men jeg liker Støre godt og håper han kan få gjennomført brorparten av sine planlagte grep. De fleste synes å være fornuftige, og for å sitere Mark Twain: «Gjør alltid det rette! Det gleder en del mennesker og forbauser resten».

Godt valg!

Christian Qvigstad

Støre og hans lyttende øre

Det brummes i Helsenorge. En gruppe profilerte overleger startet nylig en aksjon, kalt Helsetjenesteaksjonen. Gjennom en rekke kronikker (1) og avisinnlegg, egen nettside og engasjement på sosiale medier sprer de budskapet sitt. De krever blant annet at de regionale helseforetakene og sykehusstyrene i sin nåværende form avskaffes, at innsatsstyrt finansiering for fordeling internt i sykehusene avvikles og at Helsedepartement, -direktorat og sykehusbyråkratiet slankes. Tilliten mellom arbeidere og ledere på alle nivåer i helsetjenesten må gjenreises (www.helsetjenesteaksjonen.no). Aksjonen har fått tilslutning fra flere andre grupper av helsearbeidere, og i skrivende stund har aksjonen 1865 likes på Facebook.

Støre er en god lytter. Han har brukt mye av sin tid som helseminister til å reise rundt til helseinstitusjoner over det ganske land og lytte til helsearbeideres små og store bekymringer. Han har også lyttet til kritikken fra Helsetjenesteaksjonen – eller, han har hørt hva de sier, for å bruke hans egne ord. Men er denne lyttingen kun en forkledt måte å tie i hjel opprøret? De virkemidler aksjonen i seg selv har tilgjengelig er kanskje ikke nok til å skremme politikerne på toppen, men aksjonen som et symptom på et sykt helsevesen, bør være skremmede nok. Et sykt helsevesen med behov for mer behandling enn Støres lytteterapi.

1. Wyller VB, Gissvold SE, Hagen E et al. Ta faget tilbake! Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 655–9.

Riskhospitalet



arckerli

diagram
atrandoverli
gyano.com



HVORFOR TROR DU NOEN VIL DREPE DEG MED VOODOO?



JEG HAR BARE EN STIKKENDE FØLELSE...



HVA ER DET JEG HØRER? KLAGING? DU VILLE NO HA STØRRE BRYSER!



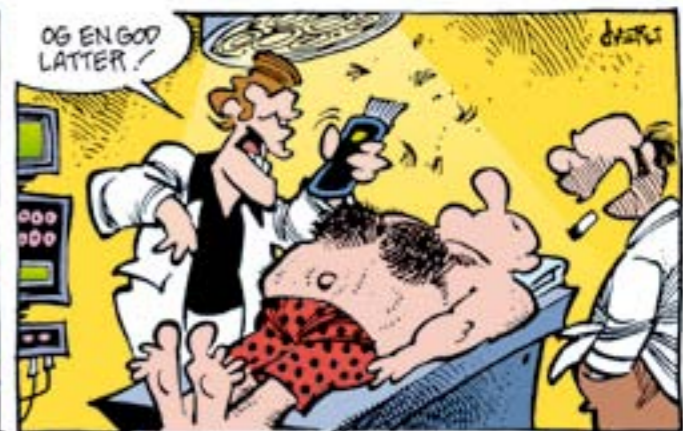
OG DET HAR DU FÅTT!

...PLUGG GRATIS MELK RESTEN AV LIVET!



HER MÅ VI RYDDE SKOG, GITT!

JÅ, VI VIL HA RYDDIGE OPERASJONS-FORHOLD...



OG EN GOD LATTER!



Stipend til lederutdanning

Yngre legers forening deler årlig ut stipender til kompetansegivende lederutdanning.

Til fordeling i år: 202 633 kroner



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

Søknad om tildeling av stipend sendes til Ylfs styre, postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo.

Søknaden må inneholde søkers CV, en beskrivelse av den aktuelle lederutdanningen, en oversikt over hvilke utgifter en ønsker dekket gjennom stipendet og opplysninger om evt annen økonomisk støtte.

Ylfs styre vurderer søknadene og tildeler stipender.

Utbetalingen av stipend vil bli innberettet som trekkfri utgiftsgodtgjørelse. Utbetalingen vil ikke medføre noen skatteplikt, forutsatt at det dokumenteres ovenfor skattemyndighetene at beløpet er benyttet til utgifter knyttet til utdanningen.

Søknadsfrist: 14. mai 2013