

met frivillighet som styrer dette og ikke en sentralt «pålagt idealisme». Avlønningen bør være slik at det ikke oppstår en for stor forskjell mellom de som tilpliktes og de som «går fri». Spørsmålet er om ikke deltidsavlønningen for 3 500 deltidsarbeidende leger burde vært forhandlet sentralt. Det er forbausende at Legeforeningens utsendelse ikke omtaler det spesielle forholdet for alle disse stillingene overhodet.

Tønsberg

Lars E. Gleditsch
hovedtillitsvalgt

Forhandlingsjefen svarer:

Innlegget fra Lars E. Gleditsch viser utvilsomt at foreningen står overfor store utfordringer på flere plan når en større andel av lønnen skal forhandles lokalt. Gleditsch spør om ikke avlønningen for allmennleger med privat praksis og tilpliktet kommunal deltidsstilling fortsatt bør forhandles sentralt.

Viljen til å gi gode lønnsvilkår for tilpliktete deltidsstillinger har erfaringsmessig ikke vært stor hos våre kommunale motparter. Med unntak for kommuner med ellers høy gjennomtrekk av allmennleger er disse deltidsstillingene stort sett blitt plassert ned mot minstelønsplasseringen.

Frem til 31.5. 2002 har derfor denne gruppens lønn i realiteten faktisk blitt fastsatt gjennom sentrale forhandlinger. Det har, som Gleditschs redegjørelse også viser, på ingen måte gitt en tilfredsstillende lønnsutvikling for så vidt gjelder lønn for deltidsstilling. Når Legeforeningen støtter et prinsipp hvor en større del av lønnsdanningen skjer lokalt, er det med tro på at dette som helhet gagnar våre medlemmer. Det er i den sammenheng et spørsmål om Legeforeningen skulle være avskåret fra å fremforhandle nye ordninger som vi mener vil medføre en totalt sett bedret lønnsutvikling for de fleste av våre medlemmer, fordi én gruppe (som for øvrig har den altoversveiende del av sin inntekt fra annet hold; privat praksis), kanskje ikke får like god uttelling.

Legeforeningen har trukket den konklusjon at tilstrekkelig godtgjøring for deltidsstilling for en privatpraktiserende allmennlege neppe vil kunne skje via det ordinære lønnsystemet, all den tid det uansett er tale om tilpliktete stillinger. Erfaringene så langt viser, som nevnt, at det heller ikke har gitt tilfredsstillende resultater å satse på sentrale reguleringer innen det ordinære lønnsystemet. I stedet ønsker Legeforeningen en omlegging til den ordning som er etablert for allmennlegene i Oslo, nemlig et timebasert honorar som selvstendig næringsdrivende for de pålagte allmennmedisinske oppgavene. I den nye rammeavtalen for fastlegeordningen er det åpnet for at de lokale parter i stedet for lønn kan avtale en slik honorarbasert godtgjøring for næringsdrivende. Vi håper selvsagt at dette vil bli

benyttet i størst mulig grad, men det er for tidlig å si i hvilken grad legene og kommunen vil inngå slike avtaler.

Om Gleditsch ikke føler han har noen grunn til feire omleggingen av lønnsystemet i kommunal sektor, får vi håpe at han i stedet kan være glad for et forholdsvis solid normaltariffoppgjør med 6,4% påslag på basistilskudd og takster. Fortsatt vil det være her privatpraktiserende allmennleger henter størsteparten av sin inntekt.

Oslo

Øyvind Sæbø
Forhandlingsavdelingen
Den norske lægeforening

Hva trenger vi Helsetilsynet til?

Måsøy kommune – en liten fiskerikommune i Finnmark med 1 500 innbyggere – har i hele 2001 drevet kommunal ambulansetjeneste for egen regning fordi den fylkeskommunale ambulansetjenesten var «en fare for liv og helse». Retten har slått fast at Måsøy kommune var i en nødsituasjon, ettersom fylkeskommunen åpenbart ikke var villig til å rette på forholdene slik at tjenesten ble forsvarlig.

Helsetilsynet gav gjennom hele året pålegg om utbedring med varierende tidsfrister uten at det var mulig å bringe ambulansetjenesten i Måsøy opp på et forsvarlig nivå.

Saken er egnet for mange slags refleksjoner, ikke minst fordi det, så vidt jeg vet, er første gang at en kommune nekter å godta kvaliteten på den tjenesten et høyere forvaltningsnivå leverer.

Hva skal til for å stenge en uforsvarlig helsetjeneste? Hvorfor ble ikke den uforsvarlige ambulansetjenesten stengt etter hvert som det ble klart at Finnmark fylkeskommune ikke hadde til hensikt å utbedre den? Særlig siden det jo faktisk var etablert en forsvarlig tjeneste lokalt? I domspremisene heter det: «At Statens helsetilsyn valgte å ikke stenge virksomheten til Arctic Ambulans i Måsøy, må ha sammenheng med at kommunen hadde etablert en forsvarlig ambulansetjeneste som alternativ til den fylkeskommunale.» Medfører denne antakelsen riktighet, er det det mest fantastiske sirkelargument. Hva skal den som er utsatt for en uforsvarlig tjeneste ta seg til? Avfinne seg med situasjonen? Hvor lenge? Er ett år lenge nok? Man kan lett få inntrykk av at tilsynsmyndigheten ikke har hatt sitt fokus på at befolkningen i Måsøy kommune skulle få et bedre tilbud, men på at Finnmark fylkeskommune forbedret sine internkontrollsystemer.

Tilsynsmyndigheten har de siste årene brukt mye tid på å utvikle systemrevisjoner som tilsynsmetodikk. Det er vel og bra, men er det rettsvesenet som skal se til at brukerne ikke lider overlast mens Helsetilsynet forsøker å få de ansvarlige til å forbedre tjenes-

ten ved «tilsnakk»? Ønsker Statens helsetilsyn å opptre som et hvilket som helst privat konsulentfirma med kvalitetsforbedring i helsetjenesten som speciale, eller ønsker man å bedrive myndighetsutøvelse også?

Hvis det nå er blitt slik her i landet at ressursvake utkantkommuner og enkeltmennsker er nødt til å gå rettens vei for å få en forsvarlig helsetjeneste, hva skal vi da med Helsetilsynet? Synes helsedirektøren det er tilfredsstillende at en uforsvarlig akuttjeneste får fortsette i ett år? Hvilken myndighet ønsker helsedirektøren seg som han ikke alt har? Synes han det er akseptabelt utelukkende å fungere som kvalitetsrådgiver for de ansvarlige?

Saken handler også om den belastning i form av merarbeid og mistenkeliggjøring den utsettes for som slår alarm (1). Kommunelegen i Måsøy, Britt Iren Skeide, hadde faglig integritet og styrke nok til å påta seg en så utaknemlig oppgave. Legeforeningen og Helsetilsynet burde være interessert i slike helsearbeidere som i hverdagen sikrer helsetjenestens fortsatte kvalitet. Ingen «tilsynssystemer» kan erstatte det personlige ansvar den enkelte har for å slå alarm om utilfredsstillende og farlige forhold i helsetjenesten. Derfor burde det være en høyt prioritert oppgave både for Legeforeningen og Helsetilsynet å finne frem til ordninger som gjør det mindre belastende å melde fra.

For å imøtegå påstander om inhabilitet, iler jeg straks til med å innrømme at jeg er potensiell klient for ambulansetjenesten i Måsøy og derfor har sterke interesser i saken.

Bagdad, Irak

Berit Olsen
Den internasjonale Røde Kors-komiteén

Litteratur

1. Wisborg T, Skeide BI. Leger i kryssild. *Dagens Medisin* 20.6.2002: 31.

L.E. Hanssen & P. Schou svarer:

Inntil helseforetakene tok over ansvaret ved nyttår, var det fylkeskommunens ansvar å sørge for at ambulansetjenesten i Finnmark holdt den nødvendige kvalitet. Fylkeskommunen vedtok en god plan for ambulansetjenesten, men fravek denne.

Ambulansetjenesten var uforsvarlig i flere Finnmarks-kommuner, men i de fleste kommunene ble forholdene etter hvert forbedret både når det gjaldt kompetanseoppbygging, ledsagertjeneste og internkontroll. Vår erfaring er at pålegg om å utbedre en uforsvarlig helsetjeneste er et sterkt virkemiddel. Bare unntaksvis er det nødvendig å bruke dette. I de fleste tilfeller retter virksomhetene opp forholdene etter å ha mottatt et varsel om pålegg.

Situasjonen i Måsøy kommune var på mange måter helt spesiell. Det er svært uvanlig at et offentlig organ som en fylkes-

kommune setter seg utover regelverket ved ikke å sørge for at de uforsvarlige forholdene blir rettet opp. Fylkeskommunen ble da også senere dømt for forsettlig å ha unnlatt å yte befolkningen nødvendig helsehjelp.

Berit Olsen peker på et vanskelig spørsmål: Burde den uforsvarlige helsetjenesten vært stengt? Helsetilsynet vurderte seriøst å gjøre dette. Vår konklusjon om ikke å stenge tjenesten var ikke et spørsmål om myndighetsutøvelse kontra kvalitetsrådgivning, men en vurdering av hva som var den mest hensiktsmessige måten å utøve myndighet på, og hva som var mest hensiktsmessig for befolkningen. Måsøy kommunen opprettet sin egen ambulansetjeneste, og dette var med på å bedre situasjonen for befolkningen. For oss var det ikke et poeng å be fylkeskommunen stenge en uforsvarlig ambulansetjeneste, når kommunen også opprettet en supplerende tjeneste som vi ikke hadde grunn til å tro var uforsvarlig.

Vi synes at det var prisverdig at kommunelege Britt Iren Skeide meldte fra om forholdene i Måsøy. Dette er i tråd med helsepersonelloven § 17, som sier at helsepersonell av eget initiativ skal melde fra om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

I ettertid er saken et eksempel på at det kan være nødvendig at tilsynsmyndighetene har flere virkemidler. Regjeringen har nå bedt Stortinget ta stilling til om vi også skal ha anledning til å illegge tvangsmulkt. Finnmarks-saken viser at det kan være behov for et slikt virkemiddel.

Oslo

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Petter Schou
fagsjef
Statens helsetilsyn

Akademikerne versus næringslivet?

13.6. 2002 uttalte tidligere president i Legeforeningen, Hans Petter Aarseth, til Dagens Næringsliv at Norge må tåle industriell nedbygging fordi politikerne ønsker å bygge ut offentlig tjenesteyting (1). Det hele handler om lønnsoppgjøret og konsekvensene for kronekurs, rentenivå og arbeidsplasser.

Jeg syntes det var litt trist å lese Aarseths uttalelser. Født og oppvokst som jeg er i en av landets mest industritunge regioner – som også bidrar tungt til landets eksportinntekter – har jeg kanskje andre følelser for den konkurranseutsatte næringens betingelser enn en forhenværende president fra hovedstaden. Etter mange år som Oslo-boer er det i hvert fall mitt inntrykk at østlendinger i liten grad har forståelse for at det å skape verdier er noe annet enn det å forvalte dem.

Aarseths uttalelse får meg til å lure på hva nåværende president og sentralstyre mener

om saken. Er det slik at Legeforeningen ser nedbygging av eksportrettet industri som en akseptabel konsekvens av foreningens virksomhet?

Oslo/Stavanger

Jon Henrik Laake

Litteratur

1. Tranøy T. Synes NHO-sjef sutrer. Dagens Næringsliv 13.6.2002.

H.P. Aarseth svarer:

Jeg trodde ikke jeg skulle oppleve at Jon Henrik Laake beklager at norske langtidsutdannede i offentlig sektor, deriblant leger, får et godt lønnsoppgjør. For det er jo det han gjør i sitt debattinnlegg. En rekke økonomiske virkemidler er tatt i bruk for å styrke offentlig tjenesteyting. I en situasjon med mangel på arbeidskraft må det få konsekvenser for sysselsettingen i industrien. Dette er ikke noe nytt, men har skjedd systematisk i flere tiår. Det som kanskje er å beklage er at vi ikke har vært flinke nok til å utvikle nye industriarbeidsplasser som gir større avkastning, jf. mangelfull forskning og utvikling, særlig i privat sektor. NHO burde satse mer på det enn å forsøke å beskytte eksisterende industri fra konkurranse.

Som Jon Henrik Laake er også jeg spent på om den nye ledelsen i Legeforeningen vil legge større vekt på å hjelpe industrien enn å slåss for legers lønn.

Oslo

Hans Petter Aarseth
leder Akademikerne Kommune

rettelse

Nye nasjonale retningslinjer for malariaprofylakse

Nina Husom

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1727

I Tidsskriftet nr. 17/2002 presenteres nye nasjonale retningslinjer for malariaprofylakse. Riktig nettadresse for heftet i full tekst skal være: www.fhi.no/publ/rapporter/2002-2-malaria.html

Når tilsynssak blir politietterforskning – pressens rolle

Ottesen S

Må jeg dø i smerte?

Pasientens lidelse – legens valg? 250 s, ill. Oslo: Aschehoug, 2002. Pris NOK 299 ISBN 82-03-22751-1

I 1998 slo Bærum-saken om lindrende sedering ned som en bombe i det onkologiske og palliative miljøet i Norge. Bokens forfatter Stig Ottesen, anestesilege og leder for Kreftomsorgsavsnittet ved Bærum sykehus, ble anmeldt av sin nærmeste kollega for 11 mulige tilfeller av aktiv dødshjelp.

Boken vil være av interesse for alle som arbeider innen onkologi eller palliativ medisin. Siden Bærum-saken ble oversendt politiet for etterforskning uten at Statens helsetilsyn hadde trukket noen konklusjoner, vil boken også være av stor interesse for alle som arbeider innen det medisinske fagfeltet. Sistnevnte skyldes at saken ble sterkt fokusert av Aftenposten, som kritiserte Helsetilsynets saksbehandling som klønete og preget av inhabilitet. Saken ble henlagt av statsadvokaten først i mai 2001.

Lindrende sedering innebærer at man ved å bruke bl.a. midlet dormicum, «sover ned» pasienter med uutholdelige, behandlingsresistente smerter. Behandlingen er beskrevet i større medisinske lærebøker.

I boken forteller Ottesen om hvordan han, som anmeldt og etterforsket, og hans familie levde med Bærum-saken i tidsrommet fra sommeren 1998 og til henleggelsen forelå knappe tre år senere. Det kommer klart frem hvordan lekkasjer til pressen, dens vinkling av saken og hans egen taushetsplikt ble den største belastning og frustrasjon. Etter mitt syn er forfatteren rimelig balansert i sin fremstilling av saken. Gjennom gripende pasienthistorier gir han i tillegg leseren innblikk i problemer og utfordringer hos alvorlig syke og døende kreftpasienter. Videre får leseren kunnskap om smertebehandling og de forskjellige aspekter av lidelse hos den aktuelle pasientgruppen.

Det kommer tydelig frem hvor viktig det er med klare retningslinjer/handlingsplaner i det kliniske arbeid, og da spesielt innen områder hvor behandlingen kan være omstridt. I ettertid har Helsetilsynet utarbeidet retningslinjer, *Sedasjon i terminal fase ved kreftsykdom*, og Den norske legeforening har utgitt retningslinjer, *Lindrende sedering til døende*.

Boken er svært engasjerende. Pressens

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 18, 2002; 122