

eller leger i spesialisering. Det er ikke riktig at arbeidsgiver står «nokså fritt» til å definere hvilke kvalifikasjoner som er mest ønsket. Snarere tvert imot krever kvalifikasjonsprinsippet at det gjøres en saklig vurdering av hvilke kompetansekrav og øvrige kvalifikasjoner som kan vektlegges (3). I Juristforbundets drøfting av problemstillingen heter det blant annet at ansettelsesmyndigheten skal foreta en sammenlignende vurdering av samtlige søkeres utdanning, yrkeserfaring og personlige skikkethet for å finne frem til den av søkerne som er best kvalifisert til den konkrete stillingen. Videre er et viktig hensyn bak kvalifikasjonsprinsippet å sikre at forvaltningen rekrutterer de personene som har den beste kompetansen til å løse de oppgavene som skal utføres. Kvalifikasjonsprinsippet har i tillegg en viktig funksjon når det gjelder likebehandling, forutsigbarhet og saklighet i ansettelsesprosessen. Dette er naturlig nok viktig for den enkelte søker, men også for samfunnets tillit til det offentlige.

Det mest oppsiktsvekkende i debattartikkelen (1) er imidlertid at sentralstyremedlemmene Hamandsen og Christiansen trekker inn oppvekststed som et kriterium for ansettelser i sykehus. En slik uttalelse slår bena under det arbeidet vi tillitsvalgte gjør for å sikre rettferdighet og saklighet i ansettelsesprosesser i sykehus. Hvis teksten nok «bærer ... preg av Legeforeningens politikk» (som det står under interessekonflikter) må jeg be om en nærmere forklaring fra Legeforeningens ledelse. Det å vektlegge jobbsøkers oppvekststed vil kunne være direkte diskriminerende, og hører ikke hjemme i Legeforeningens verdissyn eller kompetanse, slik jeg kjenner foreningen.

De interesserte anbefales å lese Arve Skjærvøs glimrende masteroppgave fra det juridiske fakultet ved UiO fra 2007 med tittelen «Kvalifikasjonsprinsippet ved tilsetninger i offentlige stillinger» (4).

Elisabeth Olstad
elisabeth.olstad@gmail.com

Elisabeth Olstad (f. 1975) er foretakstillitsvalgt for Yngre legers forening ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hamandsen K, Christiansen MH. Gode ansettelsesforhold i sykehus gavner alle. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1016–7.
2. Sivilombudsmannens årsmelding (SOMB) 2005, side 22. <https://www.sivilombudsmannen.no/getfile.php/Filer/%C3%85rsmelding/arsmelding2005.pdf> [5.6.2015].
3. Kjølsvold M-S, Wægger RT. Ansettelser i offentlig sektor. Juristkontakt 2012. www.juristkontakt.no/Tema/Ansettelser-i-offentlig-sektor/ [5.6.2015].
4. Skjærvø A. Kvalifikasjonsprinsippet ved tilsetninger i offentlige stillinger. 2007. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/21361> [5.6.2015].

K. Hamandsen & M.H. Christiansen svarer:

Dette er et samlet svar til innleggene fra Anja Fog Heen v/Turnusrådet, Legeforeningens sjefsadvokat Frode Solberg og foretakstillitsvalgt for Yngre legers forening ved Universitetssykehuset i Nord-Norge Elisabeth Olstad.

Vi mener helt klart at faglige kvalifikasjoner bør ligge til grunn for ansettelse. Dette kunne vi åpenbart formulert tydeligere. Vi ønsker å takke Turnusrådet for en nyttig presisering, og vi er enige i at lokal kunnskap er noe annet enn lokal tilhørighet. Som presisert av advokat Solberg, kan arbeidsgiver i enkelte tilfeller ha grunn til å legge vekt på lokal tilknytning. Lokal kunnskap og tilknytning håper vi utelukkende blir brukt som tilleggskriterium i de tilfeller hvor det er særlig utfordrende å skille mellom to søkere på andre kriterier. Kompromisser på bekostning av faglig bakgrunn kan potensielt skade en avdeling i det lange løp. Vi mener det er rimelig å anta at behovet for å vektlegge lokal tilhørighet tilhører sjeldenhetene.

I vår artikkel skriver vi: «Kvalifikasjonsprinsippet skal gjelde». Vi mener altså ikke at det er veiledende hvorvidt kvalifikasjonsprinsippet skal benyttes. Det vi mener er det veiledende, er hvordan kvalifikasjonsprinsippet kan brukes. Arbeidsgiver må ha noe frihet

til selv å vurdere hvilke søkere som passer best for avdelingen. Vi argumenterer derfor ikke for økt styring i denne typen vurderinger. Selv om lokal tilhørighet kan tas inn i vurderingen, mener vi det ikke er et relevant kriterium. Vi vet, derimot, at det blir vektlagt som om det er det.

Dagens Medisin hadde i februar 2014 en spørreundersøkelse blant 19 helseforetak i Norge hvor man spurte hvilke ansettelseskriterier de vektla. «Lokal tilhørighet» var ett av disse (1). I distriktstillinger ble lokal tilhørighet vektlagt mer enn både forskerutdanning og publisert forskning, og i en samlet oversikt over ti helseforetak som rekrutterte til distriktstillinger var lokal tilhørighet rangert fra «ganske relevant» til «helt avgjørende» blant 80 % av respondentene. Det fremstår for oss som at lokal tilhørighet er et kriterium som i søknadsbasert turnus har blitt brukt i mye større grad enn hva vurderingen fra Solberg tilsier er akseptabelt. Vi ønsker at vektleggingen av lokal tilhørighet skal reduseres både i søknadsbasert turnus og ved implementering av faste stillinger for leger i spesialisering. Vi håper Elisabeth Olstads bekymringer dempes av dette svaret, samt Frode Solbergs redegjørelse for Legeforeningens syn.

Kristian Hamandsen
hamandsen@gmail.com
Marit Halonen Christiansen

Kristian Hamandsen (f. 1984) er turnuslege ved Akershus universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marit Halonen Christiansen (f. 1979) er lege i spesialisering ved Stavanger universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Mer om DM-undersøkelsen. Dagens Medisin. 20.2.2014. <http://www.dagensmedisin.no/artiklar/2014/02/20/mer-om-dm-undersokelsen/> [8.6.2015].

Re: Ambulansepersonell i Norge – alene utenfor sykehuset?

Boken «Samhandling i prehospitall arbeid» av Halvor Norby er anmeldt i Tidsskriftet nr. 9/2015 (1). Hvordan er det mulig for en lærer i avansert ambulansemedisin med paramedicstudenter fra hele landet å ikke beskrive hva som skjer i praksis? Det er gått seks år siden Nordby, Zakariassen og undertegnede utfordret hverandre vedrørende samhandling i Tidsskriftet på bakgrunn av en studie om ambulanspersonell og legevaktleger (2). I mellomtiden har Erik Zakariassen publisert sin PhD om legevaktlegers deltagelse i akutte oppdrag utenfor sykehus (3) og tematikken er holdt levende i mange sammenhenger.

Den nye Akuttmedisinforskriften (4) krever nå at legevaktlege alarmeres og kan rykke ut umiddelbart. Det ikke tenkt at legen skal jobbe helt alene. I tillegg er kravet om trening i samhandling tatt med videre fra forrige akuttmedisinforskrift. Kommuner og helseforetak skal legge til rette for at de akuttmedisinske tjenestene får trene på samhandling. Forskning fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gjort både med utgangspunkt i registreringer fra lokal lege og ambulanspersonell (5) og fra AMK (6), viser at også akuttmedisin er kompleks medisin: mest eldre, fullt bevisste mennesker med mange ulike indremedisinske lidelser. Moderne akuttmedisin krever derfor sammensatt kompetanse og teamarbeid, en type medisin som Primærhelsetjenestemeldingen (7) beskriver at trengs utenfor sykehus.

Når teamledelse, kommunikasjon, rolleforståelse og oppgavefordeling trenes lokalt, får vi tjenester som sammen jobber med

>>>

å forstå hva som er optimal ressursbruk for sin befolkning. Da vet man bedre når ambulansen kan gjøre jobben nesten alene og på hvilken måte de trenger den brede legekompentansen med i loopen. Da kan man trene på samarbeid med legevaktsykepleiere som skal forberede stabilisering av pasienten på legevakta, og innse når tur innom legevakta blir en forsinkelse. Slik kan man også involvere legevaktsentral og AMK for å bedre informasjonsflyten og varsling, og gi god forvaltning av både kommunale og helseforetakenes ressurser.

Trener tjenestene på samhandling med simulerte eller virkelige pasienter i stedet for med dukker, kan man tenke seg at tilbakemeldingene fra disse i debriefingene gjør samhandlingen enda mer pasientvennlig, brukerorientert og egnet til å bygge opp om de akutt syke og skaddes egne mestringsmekanismer. Disse mulighetene ligger implisitt i forskriftskravet om trening i samhandling. Det synes jeg en lærebok om samhandling må støtte opp om.

Helen Brandstorp

helen.brandstorp@uit.no

Helen Brandstorp [f. 1970] er leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Zakariassen E. Ambulansepersonell i Norge – alene utenfor sykehuset? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 872.
2. Førland O, Zakariassen E, Hunskaar S. Samhandling mellom ambulansarbeider og legevaktlege. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1109–11.
3. Zakariassen E. Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine. Doktoravhandling. Universitetet i Bergen, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/4312?show=full> [5.6.2015].
4. FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. [akuttmedisinforskriften]. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231> [5.6.2015].
5. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738–42.
6. Zakariassen E, Burman RA, Hunskaar S. The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway—a prospective population based study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2010; 18: 9.
7. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> [23.6.2015].

Re: Ut med foretaksmodellen?

Jeg støtter Hege Gjessings synspunkter på foretaksmodellen (1), men jeg vil foreslå at man går enda lengre i forenkling av vår sykehusforvaltning og -drift. Foretaksmodellen bør avskaffes, men sykehusdriften bør fortsatt være statlig. De regionale helseforetak bør avskaffes og erstattes av ett «Statens helseforetak» eller sykehusdirektorat. Nivåene mellom kan fjernes og hvert sykehus sortere direkte under foretaket/direktoratet. Hvert sykehus får sin egen administrasjon og fullt ansvar for egen drift innenfor de faglige og økonomiske rammer som gis av staten. En slik modell mener jeg vil gi betydelig redusert byråkrati og frigjøre milliarder til drift av sykehusene.

Lokalisering av sykehus bør skje på grunnlag av en nasjonal sykehusplan som angir hvor vi skal ha sykehus og hvilke spesialiteter som bør være på de ulike sykehus basert på geografi, reiseavstand, nødvendig befolkningsgrunnlag for et sykehus og for ulike spesialiteter og kvalitetskrav. Sykehusstrukturen må bygge på en nivåmodell slik det har vært tidligere. Stortinget skal vedta planen og er bevilgende myndighet, direktoratet/foretaket fordeler rammene til hvert sykehus ut fra sykehusets vedtatte ansvar og oppgaver. Sykehusets drift finansieres av disse rammene samt stykkprisfinansiering. Sykehusdirektoratet/foretaket skal i tillegg bl.a. ha ansvaret for etablering og drift av et felles IKT-system, eller i alle fall utarbeide kravspesifikasjon til eventuelle ulike leverandører, slik at alle sykehus kommuniserer med hverandre.

Dette er forslaget mener jeg innebærer en betydelig forenkling og rasjonalisering, men det er kanskje for enkelt for en byråkratisk tankegang?

Frode Veian

frodvei@online.no

Frode Veian [f. 1943] er spesialist i samfunnsmedisin og pensjonist. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

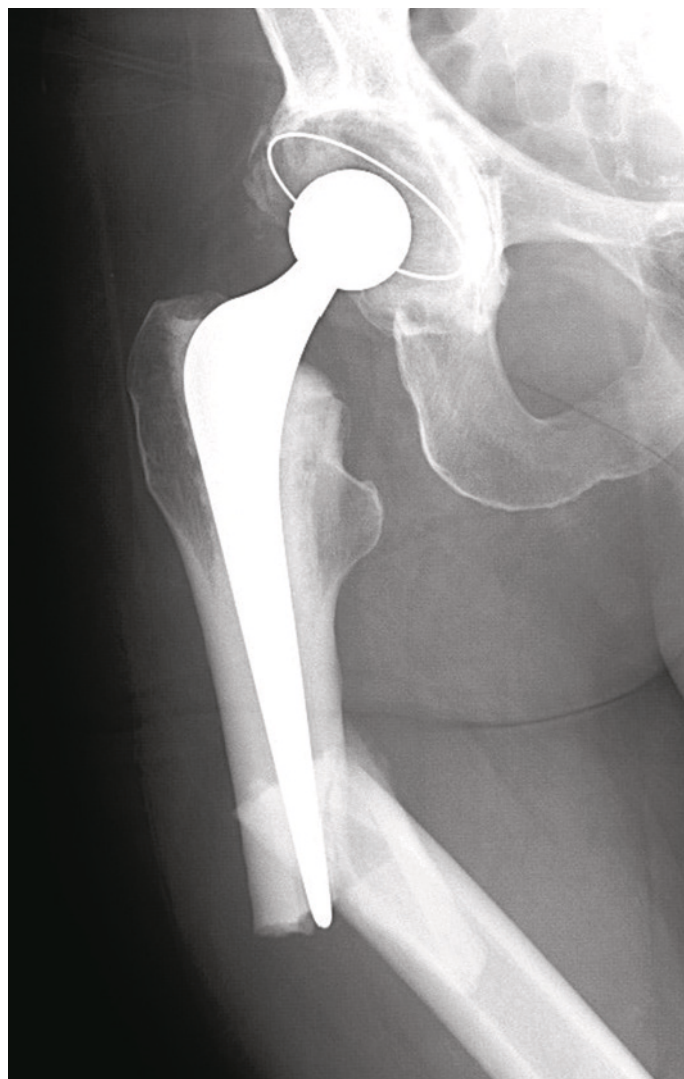
1. Gjessing H. Ut med foretaksmodellen. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 995.

K. Skoglund & O. Hjortdal svarer:

I Tidsskriftet nr. 10/2015 har Fink Eriksen en kritisk kommentar til vår artikkel *Femurfraktur og kjeveleddsdestruksjon etter bruk av bisfosfonater* som ble publisert i Tidsskriftet nr. 2/2015 (1). Eriksen er uenig i både vår diagnose og konklusjon.

På grunn av plasshensyn i Tidsskriftet fikk vi ikke med det bilde materialet og den teksten som ligger til grunn for vår vurdering. Artikkelen var opprinnelig forsynt med ni figurer/bilder. Dette ble av redaksjonen redusert til to.

Når det gjelder femurfrakturene hos vår pasient, supplerer vi her med et preoperativt bilde av høyre femur som oppfyller krite-



Figur 1 Periprostetisk fraktur, høyre femur. Frakturlinje 90 grader på en fortykket lateral cortex (kriterium på atypisk fraktur)

>>>