

OKTOBER 2005 #3

# OVERLEGEN



- s. 2 **Trellen er alltid skyldig**  
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **Kollegialitet og solidaritet**  
Leder av Lars Eikvar
- s. 6 **Alfa-ulven må si det er ok!**  
av Inger Lise Fjellanger
- s. 9 **Nytt styre i Norsk Overlegeforening**
- s. 12 **Faget i foreningen**  
av Hans Petter Næss
- s. 14 **Pasienttryggleik**  
av Geir Sverre Braut
- s. 16 **Akuttläkare inte det bästa för patienterna**  
av Marie Wedin
- s. 18 **Forhandlinger – hjerne eller ryggrad**  
av Josef Kleven, Haagen Thorne og Tor Tønnessen
- s. 20 **Kompetanse uten lønn, eller lønn uten kompetanse?**  
av Thomas Böhmer
- s. 22 **Program for seminar i avdelingsledelse**

UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,  
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.  
TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50  
INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/  
OVERLEGEFORENINGEN  
REDAKTØR: ESPEN HULDT-NYSTRØM  
E-POST: ehuldt-n@frisurf.no  
FOTO: ESPEN HULDT-NYSTRØM,  
EDITH STENBERG, SISSEL DREVSJØ,  
JON GJÆRLØW, UKJENTE KILDER.  
LAY-OUT: ALLISON FLORIDA / FEBER  
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,  
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO  
OPPLAG: 6200  
FORSIDEN: KILDE SNORRE,  
ILLUSTRASJON GERHARD MUNTHE

# GULATINGSLOVI

Gerhard Munthe utviklet sitt «rytmiske kunstsyn» rundt 1890; det avfødte ornamentikken til Snorreutgivelsen fra 1900. Sammen med Erik Werenskjold utgjorde han tyngepunktet i utsmykkningen av verket.

Gulatingsloven fantes i muntlig overlevering fra 800-tallet, minst. De eldste skriftlige fragmenter kan være fra Olav den Helliges tid. Muligens var norrøn jus primitiv, men praktisk i sin tid; i teksten er hedensk kultur, sunt folkevett og kristen ideologi sammenvevd. Kristendomsbolk i revisjonen av 1164 viser romerkirkens potensiale: Gud og våpenmakt hånd i hånd; en tradisjon vestlige guds-eiere stadig håndhever forbilledlig.

Livet i norrøn kultur hadde utvilsomt sin sjarm. Vi har lengtet tilbake i minst 150 år. Til økologisk mat, masse frisk luft og mosjon. Og til atletiske forfedre og ferme formødre i fri dressur, med lakonisk humor og hverandre på eng og i lof. Ålreit, noen hoder falt for sverd i ny og ne, en og annen pinglete jente døde i barselseng, og tannverk forekom daglig. Men stort sett må det ha vært eventyrlig moro.

Nå var forfedrene biologisk aldeles som oss. De hadde samme grunnleggende behov, samme potensiale for intelligens, og samme evne til å skape surr og konflikter. Men sagalitteraturen viser et regulert samfunn. Vi forstår det knapt til bunns, men oppfatter umiddelbart verdien av slektskap, vennskap og private allianser.

Fravær av offentlige institusjoner var totalt. Analfabetismen var integrert i samfunnet, arkivstoff ble ikke skrevet, men husket. Trellskap var et gode – for den som ikke selv var trell. Og fribåren mann som var hestefør og ølfør kunne stilles til ansvar for sine handlinger.

Ulvljotsloven ble nedtegnet rundt 930 som den første skrevne lov på Island. Den refererer til sitt norske forbilde, Gulatingsloven<sup>\*)</sup>. De eldste nedtegnelser kalles «Olavstekst» etter Olav den Hellige. En revisjon fra 1164 er godt dokumentert. Vel hundre år senere tok Magnus Lagabøter det store grep i norsk lovverk og innførte Landsloven i 1274. Den gjaldt deretter i over 400 år.

Olavsteksten er tuftet på praktisk sans og sunt bondevett i et medmenneskelig perspektiv, kristent eller ei. Men i vurderinger av *skyld* møter vi også en annen, kanskje genuint førkristen, logikk.

\*) Gulatingslovi. Umsett frå gamalnorsk av Knut Robberstad. Det Norske Samlaget, Oslo 1952

Mannhelgebolk, sier i paragraf 5: No går fire menn på veggen, og ein av dei vert mannsbane der, og drep ein av reisefelagene sine; då er den mannsbane som står åleine med si utsegn. Er ein træl med dei på ferdi, då er han mannsbane um dei vil skulda han for det.

Og i paragraf 6: Det er no òg at tri menn går saman på en veg, då drep ein av dei ein annan; då lever to att og kvar segjer den andre den skuldige, då er dei begge banemenn. No søkjer den eine av dei Tinget, men ikkje den andre, då er den banemann som flyr tinget.

La oss si det er primitivt; i alle fall fjernt fra dagens årsaksbundne tenkesett. Det norrøne prinsipp har naturligvis fungert i kraft av datidens kulturelle kodeks som var noe helt annet enn vår – i sin tid så selvfølgelig at den aldri ble nedtegnet. Nå fremstår den fragmentarisk og uklar.

Boten var vesentlig. Men som grunnlag for å fordele skyld synes årsaksforhold lite viktige; tilbakestående tenkning for oss. Den som intet hadde å skjule, sto imidlertid trygt fram; i tråd med almen barnepsykologisk innsikt i dag.

Da som nå kunne situasjoner være delikate. Uhell forekom. Den drepte var kanskje en niding som etter kulturelle normer «objektivt sett» burde fjernes, selv om illsinte slektninger måtte forlange bot – i all rettferdighet.

Da som nå var det derfor behov for å forankre juridiske vurderinger objektivt; logikken er bare uforståelig nå. Sverdene satt løst; en særlig stabiliserende effekt hadde det nok å fordele ansvar for juridiske vurderinger på flest mulig hoder. Tingmennene hadde dette ansvaret – selv om krangel i ølhus kunne løses rettsgyldig av ølhusmennene der og da.

I dag lever vi lenger og kjedeligere. Sverd skal henge på veggen og øl nytes ikke i arbeidstiden. Arkivering skjer i bøker og datafiler, og hukommelse for nyheter og samfunn varer heldigvis bare en ukes tid.

Godt er det, så enkelt som det er å henge ut noen i pressen. Men det setter i det minste alt på sin rette plass, så vi kjenner oss trygt tilbake ved det gamle – det riktig gamle, så å si. Med respekt for moderne forvaltnings gode sider, må det derfor være tillatt å peke på et slektskap med det vi tror vi har forbedret oss fra på tusen år.

Ja, saken er nettopp forbedring – på to områder. Skjerpet sikkerhet i spesialisthelsetjenesten hemmes av at noen har gått glipp av et millenniums juridiske forbedringer. Erstatning ved skade er, naturlig nok, fortsatt viktigst. Men noe mer overraskende: Årsaken til at feil skjer synes fortsatt ofte irrelevant.

Dokumentasjon viser at feil særlig oppstår der en husbond ikke har iverksatt god kvalitetssikring. Men i sykehusene får trellene fortsatt svi når det går galt. Fribårne administrerende ingeniører og økonomer kan la være å prioritere systemlæring og sikkerhet på avdelingsnivå i sine foretak. Når pasienter deretter skades er det billig, effektivt og i tråd med gjeldende retts- og forvaltningspraksis å peke på trellen - som er opplært til at han i utgangspunktet er skyldig. Som trell må han sky tinget uansett, selv om moderne lønns-slaver ikke mister livet, men bare selv tilliten og sitt gode navn og rykte etter en ukes mobbing i media. Hvem vil tilskynde sin egen avretting?



Tusen års forbedring har sånn sett ikke engang gitt oss status quo, men et prinsipielt tilbakeskritt. På tide å røske opp rottene.

Med høstlig hilsen

Espen Huldt-Nystrøm

# Kollegialitet og solidaritet

AV LARS EIKVAR



**S**amfunnsliv er samhandling mellom mennesker – slik også i vår andedam, spesialisthelsetjenesten. Vi samhandler med pasientene og pårørende, kolleger i samme spesialitet og på tvers av spesialiteter. Vi er også avhengige av medarbeidere i andre helseyrker – ja, egentlig av samarbeid med alle helsevesenets ansatte, i og utenfor helseforetak.

Tettest samhandler vi gjerne med kollegene. Basert på et felles verdigrunnlag fordeles oppgaver og ansvar i pasient-behandlingen ved hjelp av formelle og uformelle spilleregler. I feltet mellom felles kultur, kompetanse og respekt oppstår *kollegialitet*, som bør kunne bidra til velfungerende helsetjenester og god samhandling oss imellom – til pasientenes beste. *Solidaritet* er et mye mer omfattende begrep, som likevel kan være relevant i dagens helseforetak der kollegialitet ikke alltid er tilstrekkelig til å møte utfordringene.

Helseforetaksreformen og finansieringen av den setter vår solidaritet og kollegialitet på stadig nye prøver. Rammvilkår endres uforutsigbart. Krav til sikkerhet og god praksis høynes. Kravene til effektivitet og økonomisk drift skjerpes. Muligheter for rasjonalisering og innsparing ettersøkes med lys og lykte. Kostnadsreduksjoner har fått en egenverdi i seg selv; de har for enhver leder blitt det ultimate

kriterium for å høste anerkjennelse ovenfra. Noen ser dessverre ikke lenger enn dette.

Spesialistutdanningen er ett område der både administrasjonene og vi kan være kortsynte. Selv om utdanning er lovpålagt, mener sykehusadministratorer først og fremst at dette medfører betydelige merkostnader. Tid og ressurser til spesialistutdanning synes derfor å bli ofret tidlig når kravene til effektivitet øker. Men både i kollegialitet med våre yngste, og i solidaritet med morgendagens pasienter, må vi se spesialistutdanningens plass, selv når det medfører redusert aktivitet og effektivitet i administrasjonenes målestokk.

Men perspektivet er mye videre. Scenarier som tidligere syntes søkte, er ikke lenger så uaktuelle. For eksempel har det blitt relevant å spørre om hensiktsmessigheten ved spesialitetsstrukturen. Det er ikke lenger akseptert av alle at det skal være plass til alle fagområder innen vårt eget land. Og hvilke spesialiteter skal bemanne de minste sykehusene? En akuttmedisinsk spesialitet kan kanskje erstatte behovet for kirurger og indremedisinere i vaktordninger. Geriaterne kunne kanskje dekke de fleste indremedisinske oppgaver i enheter som grenser til primærhelsetjenesten. Men ser administratorene samtidig behovet for kvalitet i tjenestene, og for å holde en helhetlig spesialitetstruktur i hevd?

Og på de større sykehus: Kompliserte og dyre vaktordninger kan tenkes erstattet av nettopp en erfaren akuttmedisiner som stabiliserer pasienter av alle slag, inntil man får tilkalt spesialist til de få pasienter som ikke kan vente til neste dag. Men er det da pasientenes behov eller finansieringsordningene som styrer spesialistfordeling og bemanning?

Selv om mange av disse forslagene er basert på manglende innsikt og erfaring, fremmes de med økende styrke. Av og til *kan* ting gjøres med mindre bruk av personell og ressurser; slike forutsetninger

har medført nedbemanning av andre yrkesgrupper i norske sykehus, særlig av ikke medisinsk personell. Situasjonen kan imidlertid bli aktuell for vår egen profesjon også. I hvilken grad er vi forberedt på det – som enkeltpersoner og som kolleger?

Fast avtale om utvidet arbeidstid har lange tradisjoner på norske sykehus; mange av oss yter i dag et betydelig antall ekstra arbeidstimer. Slikt arbeid fordeles stort sett jevnt mellom kollegene i samme avdeling, og gir både økt inntekt og bekreftelse på at ens innsats er verdsatt. Men behovet for legearbeid kan plutselig bli definert lavere. Vår egen og pasientenes uunngåelige reaksjon vil være til liten nytte overfor arbeidsgivers styringsrett. Kanskje bør vi først som sist reflektere over mulighetene vi har ved å gi avkall på noe ekstra arbeid og inntekt, for å redusere risiko for at kolleger sies opp og vårt eget fagmiljø utarmes.

Vi opplever i økende grad at ressursbruk sees i sammenheng, og at behov innen ulike funksjoner og fagområder settes opp mot hverandre. Et økende problem er administrative grep som ødelegger enkelte spesialisttjenesters tilgjengelighet i en helhet; noen ganger vil det være viktigere å løse dette, enn ressursproblemer innen eget fagområde. Samtidig vet vi at kvalitet i behandlingen krever god samhandling mellom oss. Som kolleger blir vi slik utfordret mer enn tidligere i avveininger mellom eget behov og situasjonen for andre spesialiteter.

Det er en lovpålagt målsetning at pasienter får likeverdig tilbud innen samme omsorgsnivå, uansett sted. Dette forutsetter avklaring av hvilke tilstander som skal behandles ved den enkelte avdeling, og hvilke som skal henvises videre. Disse avklaringene må også legges til grunn for ressurstildelinger. Innsparingspresset som til en hver tid foreligger, burde fordeles uten å skape unødige skjevheter i behandlingstilbud eller arbeidsvilkår i de ulike

foretak. Vi vet imidlertid alle at slik er det ikke. Både av kollegialitet og solidaritet burde vi kunne vi bidra til en bedre ressursfordeling.

Leger har alltid vært motivert av konkurranse og prestasjon. Dette er kanskje det viktigste grunnlaget for utvikling og forbedringer av tilbudet i norske sykehus. Men denne type fokus har også potensiale til å svekke evnen til å se kollegenes behov. Muligheter for å nå fram med krav om økte ressurser til spesielle områder, vil imidlertid neppe svekkes hvis en bredere faglig front stiller seg bak. Et naturlig utgangspunkt for et samlet kollegium er derfor å se behandlingstilbudet som en helhet, og stå bak dem som trenger ressurser mest. Denne prioriteringsøvelsen er noe mer avansert enn hva vi ellers opplever i den kliniske hverdag. Vi må imidlertid innse vårt ansvar både som enkeltleger og som kollegium: Pasientene skal sikres best mulig tilbud – *med de ressurser som er tilgjengelig*.

Nasjonale fagmiljøer kan bidra til rettferdig prioritering og ressursfordeling ved å definere klarere normer for spesialistbemanning av avdelinger. Samtidig skal både bemannings- og rammvilkår være tilstrekkelige for spesialistutdanning, etterutdanning, utvikling av eksisterende, og implementering av nye behandlingstilbud – og ikke minst deltagelse i forskning, undervisning og pasientveiledning.

Normer for ressursbruk vil ikke bare kunne gi et mer likeverdig og forutsigbart tilbud til pasienter, men vil også styrke vår sak når ressursene er for små i forhold til oppgaver og utfordringer. Begrunnelsene må være slik at de blir forstått, akseptert og støttet i de brede lag av sykehusmedisinen. Ved solidarisk og kollegial utvikling av normer for ressurstilgang i spesialisthelsetjenesten, vil profesjonen kunne forsvare behandlingstilbudet på tross av økonomifokus og administrativ uforutsigbarhet – og i takt med utviklingen i medisinen.

Ny jungellov for uønskede hendelser:

# ALFA-ULVEN

av Inger Lise Fjellanger

# MÅ SI DET ER OK!



*Karakteristikken «ensomme ulver i flokk» er brukt om legegruppen. Blant ulver er flokktilhørighet avgjørende. Alfa-ulvens lederegenskaper er avgjørende for flokkens sunnhet, vekst og overlevelse. Dominans, hierarki og rangering gjelder blant flokkens medlemmer; man har beskyttelse mot ytre fiender, men blir ikke forskånet for intern straff. Vi kjenner oss igjen. Men den medisinske jungel er i sterk endring, og kampen for tilværelsen stiller krav til kvalitet som vi skulle tatt inn over oss for lenge siden.*

Som arbeidsmedisiner og mangeårig bedriftslege på sykehus, har jeg reflektert over legers egne rolleforventninger, over omgivelsenes krav, og over bedømmelsen av oss. Flere flotte forbilder bidro gjennom utdanningen med viktig og nyttig innhold til faglig standard og forventninger overfor min generasjon av leger. Opplæringen var solid; i dag gjør mange studiekolleger fremragende faglig innsats og karriere. Men samfunnet er i kontinuerlig bevegelse; det som var riktig i går, er endret i morgen.

Dagens pasienter og pårørende gir oss utfordringer som skjerper oss positivt. Et blick fremover forteller at morgendagens pasienter kan stille enda flere spørsmål, være enda bedre orientert om egen diagnose og behandlingsmuligheter, kreve enda flere svar, bedre kommunikasjon, og ha enda lavere toleranse for medisinsens iboende usikkerhet. Fremtidens pasienter kommer ikke lenger til oss for å leges, men for å bevares. En årlig legesjekk kan bety måling av alle organfunksjoner – og grundig vurdering av genkartets risikofelter. Omtrent alle kreftformer og de fleste hjerte- og karsykdommer kan kureres gjennom genetisk terapi.

Samtidig fokuseres uønskede hendelser, og håndteringen av dem, sterkere. Kvalitetssikring, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet står på agendaen, mens vi så vidt har startet forberedelsene til å erkjenne vesensforskjellen mellom person- og systemfeil. For ikke å snakke om å etablere nok kollegial åpenhet og tillit til å kunne lære av feil, eller løfte system og rutiner opp som viktigste problem-

felt når uønskede hendelser skal håndteres og forebygges effektivt.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er kritisk avhengige av forankring i ledelsen. Effektivt arbeid med forbedringer handler her som ellers om bevissthet og fokus på måloppnåelse.

Luftfartens suksess med rapporteringssystemer har satt gullstandard for kvalitetsforbedring. Resultatene henger sammen med å kunne rapportere uten disiplinære konsekvenser. En registrering av avvik må dessuten omfatte alle uønskede hendelser, også dem uten alvorlige konsekvenser. Meldeskjemaer må være tilgjengelige og enkle. Meldinger må følges opp med tiltak. Helsetjenesten har all grunn til å kopiere dette, men har knapt gjort systematiske forsøk.

Våre forventninger til egen rolle er interessant i denne sammenheng. Riktig nok er den ufeilbarlige

**Luftfarten har satt gullstandard for kvalitetsforbedring. Sentralt står suksessen med frivillig rapportering.**

lege i allmektig posisjon sannsynligvis forlatt som ideal. Men likevel kan tradisjon og historie fortsatt være plagsomt tilstede. «Den flinkeste i klassen» velger fortsatt ofte legeyrket. Konkurrans- og prestasjonsinstinktet er fortsatt fremtredende. I utdanning og fagutvikling etableres fortsatt forventninger om at man alltid skal kunne ta avgjørelser. Våre lærere er de beste og dyktigste, spydspissene innen ulike fagområder, som ikke alltid har et like naturlig fokus på egne feil.

Fra forelesningssalen sendes vi ut i sykehushverdagen; vakt første dag er ikke uvanlig. På papiret har man en veileder – med et arbeidspress som bekrefter det illusoriske i oppgaven. Og så møter man erfarne kolleger; de vektlegger at man nå har oppdatert breddekunnskap som man senere vanskelig kan matche. Krav til egen innsats blir derfor høye

når karrieren stakes ut; forventninger om å mestre alt, uten å avsløre faglige sprekker, meisles inn. Øvrig helsepersonell forventer en lege som alltid er faglig beredt, og som ukomplisert og empatisk kommuniserer med pasienter og pårørende.

**Risiko er knyttet til system, ikke til individ.**

Legeidentiteten er en sterk identitet – og vi stoler på den. Angst for å gjøre feil får ingen verdi i denne rammen. Men hva er verre enn angsten for ikke å strekke til? Og hva har da større verdi enn angsten?

Vi trekker på smilebåndet av muligheten for en rolle som «usikker lege». Men vi får stadig mindre å gjemme oss bak; dagens medisinske studenter må erkjenne egne og andres forventninger parallelt med fagets innebygde usikkerhet. Ber man om hjelp for ofte, er man inkompetent. Og går man ut over sin kompetanse taper man ansikt og all respekt. Man skal mestre, ha alle svar, og vise handlekraft – nærmest uansett rammebetingelser og arbeidsbelastning. Trygghet krever åpenhet – kanskje en umulighet i samhandling med angsten for å feile.

Dynamikken i vår profesjonelle ulveflokk kan være ubarmhjertig. Hverdagen kan være så belastende at uønskede hendelser oppstår. Daglig står vi i dilemmaer som truer både pasienter og oss selv. Følger vi ikke flokkens kodeks mister vi status, eller blir direkte utfrosset. En blir selv et bytte i kampen for å overleve. Når byttedyr settes i fart blir de svake avslørt. En famlende lege blir lett synlig – og et enkelt bytte.

Profesjonsflokkens overlevelse har ligget både i beskyttelse mot ytre fiender, og utøvelse av intern straff. Beskyttelsen gir trygghet, men også en flokkkultur som ikke alltid styrker troverdigheten. Straffen gir disiplin til flokkens menige, men hemmer kreativiteten og evnen til objektiv vurdering. Strate-

gien fungerte tidligere, men terrenget har forandret seg. Hva nå?

Krav til kvalitetssikring og forbedret pasient-sikkerhet setter nye krav i kampen for profesjonstilværelsen. Vi skal fortsatt være sentrale premissleverandører i helsetjenesten. Vår påvirkningskraft kan være sterkere enn vi selv er klar over, men det bør ikke være et mål i seg selv å gjøre stramme, kompetente og dyktige konkurransemennesker bløte og formløse.

Med litt polering kan legeidentiteten skinne sterkere, og det kan bli rom for et nytt språk hvor formen preges av at feil forekommer. I dette rommet utløser uønskede hendelser ikke først og fremst straff, men læring. Risiko knyttes til system, ikke til individ. Kort sagt: Feil unngås og situasjoner reddes fordi intelligensen omfatter *både* faget og kulturen det virker i. Da må flokkkulturen baseres på trygg samhandling – i stedet for på fryktsomhet i spennet mellom ytre trusseler og intern justits.

I et moderne helselandskap er derfor alfa-ulver viktigere enn før. De må fortsatt slåss for faget; og dessuten for flokkens medlemmer. Det vil nok kreve en ny styrke og trygghet når vi skal ledes inn i usikkert terreng.

**Uønskede hendelser må ikke først og fremst utløse straff, men læring.**

Blir vi ledet og motivert til å styrke kunnskap og innsats innen kvalitet, kan vårt prestasjonsinstinkt sette fart i et viktig utviklingsområde. Det vil medisinsk miljø profitere sterkt på. Da må alfa-ulver kunne si at det er OK for individer å feile, fordi det fins tilgjengelige og trygge systemer som konstruktivt forvandler erfaring til effektive forbedringstiltak. Alternativet er å fortsette som selvcentrerte fagpersoner, med personlig stor risiko for å vikle oss inn i nedbrytende selvforsvar.

## Nytt styre i Norsk Overlegeforening

En valgperiode i Legeforeningen går fra 1. september og varer i to år. Norsk Overlegeforening (Of) valgte nye styremedlemmer på årsmøtet i Tønsberg i april. Valgkomiteen hadde gjort gagns arbeid; det nye styret er kompetent og bredt sammensatt. Det trådte i funksjon 25.08, da Of-styret konstituerte seg i Ribe.



**LARS EIKVAR** fortsetter som leder av Of tross (eller på grunn av) utallige utfordringer i forhandlingene med NAVO. Disse har strukket seg over mer enn halve valgperioden – og strekker seg fortsatt. Det gjør Lars også. Han er spesialist i medisinsk biokjemi, dr. med., og seksjonsoverlege på Ullevål. Han har lang fartstid fra Ylf. På kort varsel steppet han inn som leder av Of i 2002. Siden har han også sittet i Dnlfs Sentralstyre og i foreningens sentrale forhandlingsdelegasjon. Ingen mulige sider ved et problem, eller fornuftig løsning av dem, unnslipper Lars.

**HANS-PETTER NÆSS** er ny i Of-styret, og nestleder. Han er spesialist i gastroenterologisk kirurgi, og har mastergrad ved «Ole Berg»-skolen. Til daglig er han overlege ved kirurgisk avdeling ved SiV i Tønsberg, etter et mellomspill som avdelingsoverlege ved sykehuset i Sandefjord. Også Hans-Petter er gammel Ylf'er – med 4 år i styret hvorav to som leder og Sentralstyremedlem. Han har senere blant annet sittet i Landsstyrets valgkomite, i Spesialitetsrådet, Forhandlingsutvalget, og Organisasjonsutvalget. Han har ledet Norsk kirurgisk forening, og har representert norsk kirurgi i UEMS. Fra første





**SIGRUN SOLBERG** er nyvalgt i Of-styret. Hun har vært avdelings-tillitsvalgt for Ylf, og siden for Of i mange år, og har sittet flere år i Ylf's og Of's landsråd – samt 4 år i Sentralstyret. Videre skilte hun med tidligere styreverv i Norsk kirurgisk forening og ledelse av Hordaland Legeforening. Sigrun har aldri vært i tvil om at foreningens «sjel» ligger i fylkesavdelingene, der alle yrkesforeninger samles om den totale legevirkosomhet i et fylke. Ved siden av sin kliniske virksomhet med rehabilitering på Haukeland, leder hun for tiden Regionsutvalg Vest. Sigrun stiller med godt trykk og klar tale – uvurderlig i et styre som nødvendigvis strever med uklarheter og forbehold nå og da.



**HELGE HAARSTAD** er avdelingssjef for kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital – og spesialist i onkologi, indremedisin og blodsykdommer, samt dr. med. og førsteamanuensis ved NTNU. Han har ledet Sør-Trøndelag Legeforening, men har senere vært av dem som har talt for å nedlegge fylkesforeningene. Nå sitter han i Regionsutvalget i Helse Midt-Norge. Som tidligere HTV gjorde han hederlige avtaler for kollegene etter statlig overtakelse av sykehusene. Helge følger med fra det gamle Of-styret; han har rimeligvis særlige interesser i forhold til sykehusledelse.



**ARVE KRISTIANSEN** er oftalmolog i spesialistpoliklinikken ved Hålogalandssykehuset i Harstad, og har samtidig en deltidsstilling innen habilitering. Han er Of's representant i Dnlf's tariffutvalg for almenpraksis og privat spesialistpraksis. På foreningssiden har han fartstid som HTV ved sitt foretak, og som ansattes representant i foretaksstyret. Også Arve følger med fra det avtroppende Of-styret.



**HEGE SALTNES** er nykommer i styret. Hun er spesialist i psykiatri og overlege i Psykiatrien i Vestfold (PiV), akuttseksjonen. Bak seg har hun flere år som HTV for psykiaterne i fylket. Fortsatt synes hun det er morsomt å være tillitsvalgt, det kan henge sammen med at hun som en av få HTV'er halte i land en brukbar avtale ved B-delsforhandlingene i sommer. Den kompetansen kan Of vanskelig å si nei takk til, og får slik gleden av å høste av hennes entusiasme.



**DAG RIEVE KRISTIANSEN** er overlege ved ØNH-avdelingen, Ålesund Sykehus. Som HTV her, har han vært landsrådsrepresentant for Of, og har gjennomført B-delsforhandlingene i 2003. Det siste året har han sittet som ansattes representant i styret i Helse Midt-Norge.

**SIRI TAU URSIN** fikk sitt engasjement i Of-styret fornyet i april. Men in absentia. For ikke å si i Australia, der hun videreutdanner seg i helseledelse fram til februar 2006. Siri er anestesilog, med arbeidssted på Stavanger Universitetssykehus. Hun ble også valgt som medlem av Sentralstyret i mai i år. Hun har fartstid fra Norsk Anestesiologisk forenings kvalitetsutvalg. Siri rakk HTV-oppgaven under overenskomstforhandlingene i 2002-3, før ledelsen så hva som bodde i henne. Senere har hun blant annet vært konstituert klinikkisjef, og kommer tilbake som avdelingsoverlege.



**ANNY SPYDSLAAUG** er vararepresentant i styret, og fungerer som styremedlem i Siris fravær. Anny er gynekolog og var hovedtillitsvalgt frem til 1/9-05. Men det var på Ullevål, så hun er fast i grepet.



#### **SEKRETARIATET: *Don't change a winning team!***

Of's sekretariat er det gode gamle, men Of deler det med forhandlingsavdelingen. **SIGNE GERD BLINDHEIM** og **EDITH STENBERG** er et vinnerlag, når det gjelder kompetanse, effektivitet, kontinuitet og motivasjon. Norsk overlegeforening, Dnlf's største underbruk med sine 6000 medlemmer, er vitalt avhengig av dem. Of er opptatt av både å beholde dem og støtte dem, i en tid da omorganiseringer og politisk huskestue kan gjøre forholdene en smule uhyggelige.



#### **OF'S MEDLEMSBLAD «Overlegen»**

**ESPEN HULDT-NYSTRØM** har vært bladets redaktør i vel to år. Han er almenutdannet som spesialist i barnesykdommer og anestesi. Redaktøren er overlege på anestesivdelingen, samt HTV, på sykehuset i Arendal. Hans fascinasjon for desimaler er stadig avtagende, og siden det er like fint å leke som å jobbe, tar han en ny periode som redaktør. «Overlegen» vil derfor fortsatt fremstå som et tidsskrift for sykehuslegers profesjonskultur, med fokus på rammene for fagutøvelse. Som før vil bladets ambisjon ikke være å stadfeste sannheten, men å få kollegene til å spørre etter den.



# Forventninger, roller og ressurser **Faget i foreningen**

*Fagligheten i Legeforeningen skal prioriteres. Vår legitimitet i samfunnet styrkes best gjennom solid faglig profilering. Utover dette virker faglighetens rolle ikke spesielt gjennomtenkt. Et prioritert felt uten klare oppgaver, eller fordeling av roller og ressurser er mildt sagt et problem. For å ta foreningens utfordringer utad, må vi håndtere frustrasjonene innad. Det står altså også om foreningens troverdighet i fagmiljøene, hos våre mest kompetente og innflytelsesrike medlemmer. Nedenfor beskrives rammene for faglighetens plass i foreningen; en ser behov for klarere oppgaver og roller, samt mangelen på prinsipper for ressursfordeling til nødvendige oppgaver.*

Legeforeningen i Norge er ganske unik, med fagforening og faglige foreninger under samme hatt. Mange har ment at yrkesforeningene har fått en altfor dominerende rolle i forhold til faget. Organisasjonsutvalget foreslo å styrke fagligheten i foreningen, og landsstyret fulgte opp med konkrete vedtak. Det er vedtatt at det skal være obligatorisk medlemskap i en spesialforening; sekretariatet skal innrettes for å ivareta dem. Fortsatt er det et stykke vei å gå før foreningen og fagmiljøene blir en godt fungerende enhet. Overlegeforeningen bør og skal ha en sentral rolle i denne prosessen. Våre medlemmer er spesialister i sykehus og utgjør dermed den overveiende andelen av medlemmene også i spesialforeningene.

## SPESIALFORENINGER OG SPESIALITETSKOMITEER – LITT HISTORIKK.

Spesialforeningene oppsto som frivillige foreningsledd, uavhengig av fagfeltets størrelse og status. Det har ikke vært krav til organisasjonsstruktur innenfor hovedspesialitetene. Spesialforeningene har da heller ikke hatt økonomisk støtte fra moderforeningen; de har krevd inn sin egen kontingent.

Legeforeningen har 62 spesialforeninger. Disse har til sammen hatt 10 plasser i landsstyret, men har ikke hatt noe samlende forum i foreningen. «Spesialforeningenes fellesutvalg» har i praksis hatt

ett møte i forkant av hver nye landsstyreperiode, der eneste tema har vært valg av de 10 representantene til landsstyret. Fra 2005 er dette 12 representanter.

I Legeforeningen representeres fagene ellers av spesialitetskomitéene. De er oppnevnt av sentralstyret i henhold til generelle bestemmelser om spesialistutdanning, og skal fungere i «nært samarbeid med spesialforeningene». Spesialitetskomitéene utfører Legeforeningens delegerede forvaltningsoppgaver knyttet til spesialistutdanningen; deres virksomhet finansieres derfor av foreningen via utdanningsfondene. Utdanningsavdelingen i sekretariatet er deres base.

**Spesialforeningene burde spille en overordnet faglig rolle, men har ikke nødvendig ressursmessig grunnlag.**

Spesialitetskomitéene har ingen andre oppgaver enn dem som angår videreutdanning. Spesialforeningene burde derfor spille en overordnet faglig rolle, men kan ikke sies å ha hatt nødvendige ressursmessig grunnlag. I flere spesialforeninger har følelsen av tilknytning til moderforeningen vært svært lav; spørsmål om dannelse av frittstående medisinske selskaper har dukket opp fra tid til annen.

## AKTUELLE ENDRINGER

Landsstyret har nå vedtatt at medlemskap i en spesialforening skal være obligatorisk. Dette må innebære at ressurser fordeles til spesialforeninger og sekretariat på en rettferdig måte.

Mange spesialforeninger fungerer meget godt, men variasjonene er store. Særlig har de store hovedspesialitetene utfordringer, både i forhold til mange «underforeninger», og til mer overordnede oppgaver. Organisasjonsutvalget foreslo opprettelse av et «fagstyre» som skulle være et slags rådgivende organ for sentralstyret i fagsaker. Dette er foreløpig ikke blitt noe av.

**Spesialitetskomitéenes oppgaver angår bare videreutdanningen.**

## VIDERE FREMDRIFT

Endringene som nå skjer, skal ikke primært ha som mål å holde Legeforeningens ulike organisasjonsledd samlet, selv om det også er viktig. Det primære må være å skape bedre vilkår for spesialforeningene slik at de kan gjøre en god jobb. Legeforeningen vil tjene på å ha velfungerende spesialforeninger; den blir da en bedre aktør i forhold til helsevesen, samfunn og politikere. Dette forutsetter både spesialforeninger som kan legge premisser, og tilhørende sekretariatsressurser som kan befordre kommunikasjon begge veier i dette systemet. Jeg ser for meg at foreningen kan formidle og utvikle idéer og initiativ om alt fra kunnskapsbasert helsepolitikk til folkeopplysning.



# PASIENTTRYGGLEIK

## ei utfordring for det faglege leiarskapet

av Geir Sverre Braut

**N**il nocere – ikkje skade – har vore eit grunnleggjande prinsipp for medisinsk arbeid opp gjennom tidene. Klinikarar frå ulike profesjonar har som eksplisitt og implisitt mål alltid hatt å vere til hjelp og gagn for pasienten, og på ingen måte medverke til at pasienten får det verre enn vedkommande i utgangspunktet har det. Såleis verkar det umiddelbart ganske underleg at omgrepet *pasienttryggleik* (pasientsikkerhet, patient safety) har blitt eit moteord i vår tid.

Likevel er det grunn til fagleg ettertanke kring fenomenet pasienttryggleik. Like så vel som det uomtvistelege i at helsepersonellet har pasienten sitt beste som mål, er det påvist at mange pasientar blir påført skadar gjennom ytinga av helsetenester. Mange av desse skadane må karakteriserast som betydelege, også jamført med den sjukdom eller skade pasienten blir behandla for. Og ikkje minst – mykje tyder på at ein stor del av slike hendingar kunne vore hindra. Her ligg det sjølv sagt eit potensiale for fagleg utvikling.

Ikkje berre det. Når ein seier at potensialet ligg i fagleg utvikling, fell ein gjerne ned på individretta/pasientretta forskning av klinisk art. Det er vel og bra, men det underslår at årsaksforhold også kan ha organisatoriske årsaker. Dette har ein røymsler for innanfor andre sektorar, og det er rimeleg å tru at det også er slik innanfor helsetenesta. Forsking av nyare dato tyder også på det.

Nærare teoretisering kring organisatoriske årsaker til ulukker har ikkje minst briten James Reason gitt eit sterkt bidrag til gjennom boka *Managing the risks of organizational accidents* (1997).

Målet med denne korte teksten er å peike på nokre moment som det kliniske leiarskapet (les: avdelingsoverlegen) kan løfte fram for å sikre at ein

nødvendig debatt om pasienttryggleik får godt og tydeleg ankerfeste i dagleg, klinisk arbeid.

### ORGANISATORISK LÆRING

Det kan alltid diskuteras om organisatorisk læring eigentleg eksisterer. Likevel er det eit påfallande funn gjennom verksemda til Statens helsetilsyn, både inn mot helseføretak og kommunar, at verksemdene i liten grad har ei systematisk tilnærming til å lære av eigne og andre sine erfaringar. Dokumentasjon på dette kan ein til dømes finne i samlerapportane frå dei landsomfattande tilsyna med vaksenpsykiatrien og fødeinstitusjonane.

**Verksemdene har i liten grad ei systematisk tilnærming til å lære av eigne og andre sine erfaringar.**

### LÆRING AV EIGNE FEIL

Første element i etablering av ein kultur for pasienttryggleik vil difor vere at ein etablerer ordningar der ein systematisk og planlagt leitar etter, og følgjer opp erfaringar frå pasientar, pårørande og tilsette i eigen organisasjon. Dette er faktisk eit krav etter § 4 bokstavane d og e i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Av omsyn til tryggleiken er det ikkje nok å vente til ein får ei alvorleg hending, eller pådreg seg ei klagesak.

### LÆRING AV ANDRES FEIL

Neste element vil vere å ta omsyn til erfaringar som andre verksemdar har gjort, eller som er dokumenterte av utanforliggjande organ. Kjelder til dette kan i tillegg til vitenskapleg litteratur vere rapportar frå til-

syn gjennomført i liknande verksemdar her i landet eller i utlandet. Slike rapportar er i stor grad nettpubliserte. Internettetsida [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) har oversyn over internasjonale tilsynsorgan. (Eit godt døme er [www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk).)

Årsrapportane frå meldesentralen over mottekne meldingar etter § 3-3 i spesialisthelsetenesteloven, og oppsummeringar frå Norsk pasientskadeerstatning (NPE), er og kjelder til kunnskap som i mine augo godt kan nyttast meir. Eg ser godt at det kan vere mange grunnar til at oppslutning om meldesystemet etter § 3-3 ikkje er så stor som den burde ha vore, ikkje minst ei frykt for at meldingane skal nyttast som grunnlag for reaksjonar mot den einskilde. Debatten om det skal eg ikkje ta her. Den pågåande gjennomgangen av meldeordningane kan kanskje føre til at meldingsiveren aukar noko.

### RISIKOINFORMERT PRIORITERING

Effektivt skadeførebyggjande arbeid må leggje systematiske vurderingar av risiko til grunn. Ein må prioritere den innsats som gir mest reduksjon av sannsynlegheit, og størst verknad på konsekvensar av uønskte hendingar. Teoretisk sett kunne intervensjonar for å redusere risiko vore fastsette med grunnlag i ei eller anna form for risikoanalyse. Då kunne ein gjerne kalla det *risikobasert* prioritering.

Men i klinisk kvardag kan ikkje tiltak berre bli styrte av risiko for uønskte hendingar. Ulike krav i lovgjevinga knytte til øyeblikkeleg hjelp, prioritering, fagleg forsvarleg verksemd, pasientmedverknad og ikkje minst rettskrav for pasientane på ulike former for tenester, gjer at prioritering blir ei balansering av ulike omsyn, som i verste fall kan vere motstridande. Difor trur eg at det beste ein kan få til er eit *risikoinformert* tiltakssett med sikte på å redusere sannsynlegheit for, og konsekvens av uønskte hendingar.

Dette krev at kompetente klinikarar er i stand til å analysere eigen aktivitet med sikte på å avdekkje svikt- og skadepotensialet, og å seie noko om kor stort det er; altså ei fagleg fundert risikoanalyse. Denne kan etter mi vurdering ikkje gjerast utan at klinikarar med både brei og djup kompetanse innanfor kvart aktuelt fagfelt deltek i systematiske analyseprosessar. Prosessen kan gjerne ta utgangspunkt

i modellar frå andre sektorar, i alle fall første gongen ein gjer det. Ein grei, om enn noko teknisk prega modell, er publisert av Luftfartstilsynet ([http://www.luftfartstilsynet.no/Publikasjoner/RA-Veileder\\_v1\\_o.pdf](http://www.luftfartstilsynet.no/Publikasjoner/RA-Veileder_v1_o.pdf)). Slike prosessar har eg sett lite eller inkje til i norsk medisin fram til no. Det skal bli spennande å sjå kva spesialitet som først kjem ut med ein analyse av risiko for pasientskade innanfor sin spesialitet.

**Faglege årsrapportar bør syne svikt som blir oppdaga, og nemne kva fagleiinga gjer for å oppdage og korrigere dei.**

### PRIORITERING ER Å GJERE FAGLEG GRUNNGITTE VAL

For å vere fagleg leiar, må ein vite kva som skal gjerast før noko anna – gjerne ut frå prosessar som omtala ovanfor, kombinert med genuin fagleg kunnskap. Men når noko blir gjort *først*, blir noko anna gjort *sist*. Berre i lys av det ein ikkje har gjort, kan det stå respekt av det ein gjer. Årsrapportar med fagleg innhald bør etter mi meining både seie noko om kva ein har lukkast med, og gå inn i det ein ikkje lukkast med, og det ein har unnlate å gjere. Vidare tykkjer nok eg at årsrapportar også bør innehalde oversyn over svikt som blir oppdaga, og nemne kva fagleiinga gjer for å oppdage og korrigere dei.

### LEKSE I SKADEFOREBYGGING FOR DEN KLINISKE LEIAREN

Eit svennestykke i pasienttryggleiksarbeid for kliniske leiarar kan vere å gjennomføre ein handlingsplan med desse elementa:

- Få fram erfaringar frå pasientar, pårørande og tilsette.
- Finn erfaringar frå andre liknande verksemdar (tilsynsrapportar, meldesentralen m.v.)
- Gjer risikovurderingar av eiga verksemd som seier noko om kor sviktpotensialet finst.
- Skriv årsrapport og gjer greie for kva ein måtte unnlate og korleis ein avdekkjer og følgjer opp avvik.



Sverige de siste 15 år: Antallet akuttstuskehus er redusert med 22 %. Antallet somatiske senger er redusert med 55 %. Innsparingsbehovet er høyere enn før, mens arbeidsmiljøet har blitt dårligere, forskningen mindre prioritert, kvaliteten i møtet mellom pasient og lege bekymringsfull, og evnen til å ivareta kompetanse sterkt truet. Neste ledd i kvalitetsforringelsene kan vise seg å bli Nærstuskvård, et grensesnitt mellom indremedisin og primærhelsetjeneste. Det kan nok ha rasjonelle elementer. Men når det konkretiseres synes det mer basert på helsevesenets enn på pasientenes behov. Og som om dette ikke er nok: Man innfører en ny kategori spesialister, «akuttleger», en hybrid med uklare kompetanse og uklare oppgaver. De skal overta spesialistenes oppgaver i akuttmottakene; der oversvømmes man av pasienter med enkle lidelser som primærnivået ikke har kapasitet til å håndtere. Les Marie Wedins betraktning – og bidra til at våre egne pengetellere ikke får tukle vekk gode tilbud til norske pasienter! -red

# Akuttläkare inte det bästa för patienterna

*Hur ska vi ställa oss till planerna på att inrätta akuttläkare runt om i landet?*

Vid en hearing om akuttläkare på SÖS i maj i år sades att det är mer effektivt att en sorts läkare tar hand om alla patienter som kommer till akut-mottagningen. Det är ett argument som är lätt att sälja till administratörer och politiker.

De oppfatter akuttläkare som ett praktisk alternativ for å kunna spare in jourlinjer og lägga ner sjukhus på ett politisk acceptabelt sätt, som i Norrköping och Motala där en akutläkarlinje skall ersätta kirurg- og ortopedjour nattetid.

Problemet är bara att akuttläkare utan spesialistutbildning i kirurgi eller ortopedi inte kan ersätta spesialistakuttsjukvård i dessa spesialiteter!

## MER RISKABELT

Akuttläkarnas oklara kompetens ger också bekymmer i andra jourlinjer. Jag är som ortoped utbildad att vara bakjour till ortopeder eller spesialister under utbildning inom ortopedi.

När jag som ortopedbakjour får en telefonfrågan från en akuttläkare med oklar kompetens är dette mer riskabelt for mig og for patienterna än om frågan ställs av en yngre kollega i min egen spesialitet där jag känner kunnskapsområdet og vet

att vederbörande utbildas og handleds på kliniken og därmed är välbekant med spesialiteten og klinikkens rutiner.

**...ett praktisk alternativ for å kunna spare in jourlinjer og lägga ner sjukhus på ett politisk acceptabelt sätt...**

## SATSNING PÅ FEL PATIENTER

Att storsatsa på akuttläkare kan även innebära prioriteringar av fel patientgrupper. De nuvarande planerna i Skåne att rekrytera 40 akuttmottagningsläkare till Lund, 14 akuttläkare till Helsingborg og 40 akuttläkare till Malmö medför, om det verkställs, en egentlig prioritering av prioriteringsgruppe 3, dvs patienter med akuta ej livshotande sjukdomar som egentligen skall tas om hand i primärvården og i den spesialiserte, tidbokade öppenvården.

Rekryteringen till Lund oppgavs vid hearingen i maj medföra en initialkostnad på 15-20 millioner kroner under fyra år. Dessa pengar kunde göra stör-

re nytta i en nyrekrytering av läkare till primärvården og till psykiatrin. Sverige har idag drygt 60 akuttsjukhus og kommer å behöva reducera antalet av såväl kompetens- som kvalitetsskäl.

Dagens akuttmottagningar är överbelamrade på grund av brist på tillgänglighet inom primärvården, vilken tvingar patienter å søka akuttsjukvård fastän de inte behöver det akuta omhändertagandet.

**En akuttläkare med oklar kompetens är ... mer riskabel for mig og for patienterna än ... en yngre kollega i min egen spesialitet som är välbekant med spesialitetens rutiner.**

Framtidens akuttmottagningar skall reserveras for dem som behöver den spesialiserte akuttsjukvården emedan den vanlige människans vanlige sjukdomar bör tas om hand i primärvården og i nærstuskvården där ett utvecklat samarbeite mellom primärvård og internmedisin kan äga rum.

Enligt vår gemensamt beslutade prioritetsordning skall livshotande sjukdomar prioriteras, lik-som vård av gamle, barn og patienter med nedsatt autonomi.

## PRIMÄRVÅRDENS UPPGIFT

Det har också sagt at införandet av en akuttläkarspecialitet är ett bra sätt å møte den växande gruppen äldre, multisjuka patienter. Dette är snarare primärvårdens oppgift og styrke og familjeläkare, gärna med akutmedisin som tilleggskompetens bör forstås vara knutna till nærstuskvårdsmottagningarna på sjukhusen.

Ett annat argument for införandet av akuttläkare är att en fast läkarstab innebär bättre arbeidsmiljö for övrig personal på akuttmottagningen. Dette kan åstadkommas på enklare sätt.

ST-läkare kan det första halvåret av sin utbildning stationeras på akuttmottagningen, få en tillhörighet, en säkerhet i handläggningen av akuta patienter og en kontinuitet i de efterfølgende utbildningsmomentene på operation og vårdavdelning.



## PROBLEM ATT ARBETA UTOMLANDS

Införandet av en akuttläkarspecialitet i Sverige skall även ses ur ett internasjonelt perspektiv. Du måste som svensk läkare vara säker på att din spesialitet ger dig möjlighet å arbeite i hela Europa. Har du en spesialistkompetens som är internasjonelt acceptert kan du det. Spesialiteten akutmedisin finns idag bara i England, Irland og på Island.

I dag är det næstan klart å akutmedisin blir en tilleggsspecialitet.

På Södersjukhuset, där begreppet akuttläkare lanserades først, började man å utbilde till en ny basspecialitet i akutmedisin, vilket idag lett till problem og avhopp. Karolinska sjukhuset anstälde också akuttläkare år 2002, men med målet å akutmedisin skulle vara en tilleggsspecialitet till internmedisin. Ett synsätt som visat sig fungera bättre i verkligheten.

Men det råder fortfarande oklarhet om vad en akuttläkare är, vad en akuttläkare skall göra og huruvida akuttläkare skall finnes.

av Marie Wedin

Artikkelen sto første gang i *Sjukhusläkaren* nos 2004.

Kommentarer fra kantina:

# FORHANDLINGER – HJERNE ELLER RYGGGRAD



av Josef Kleven, Haagen Thorne  
og Tor Tønnessen

«Hvordan det går med forhandlingene? Nei ... å ja, du mener forhandlingene? Ja de, nei, de har da vel holdt på nokså lenge, de, også var det noen greier med NAVO og Ylf, jeg veit neimen ikke lenger. Jo, sosiale avtaler! Det var sosiale avtaler, det sto i Dagens Næringsliv, og så måtte presidenten gå, men det hadde han visst gjort alt. Og så var det Akademikerne, og forhandlingsdirektøren, stak-

kars, måtte også til pers. Hvorfor måtte forresten de avtalene være hemmelige? Det kommer vel i avisa når alt er over; fire pasienter igjen, klokken er kvart på tre. Send inn neste, da!»

Med respekt for utfordringene i foreningens indre gemakker: Vi ute i foretakene begriper svært lite.

Kortene må sikkert holdes tett for at forhandlere skal kunne manøvrere. Men så tett – og så lenge? Tåka er så tjukk at vi bare må slutte å lure på hvorfor. Jamen bra vi har pasientene.

Likevel: Hvis Legeforeningen vet hva den vil, får den stå for det, da. Landsstyret vedtok å regulere

sosiale bestemmelser likt for alle – altså på sentralt nivå. Det lå også i kortene at vi skulle stå sammen med resten av Akademikerne. Vi her ute skjønner ikke hvorfor det ikke er grei skuring. Og hvis ikke det er grei skuring lurer vi på hva vi i såfall mener.

Kanskje vi mener at vi er så utsatt for hets og mobbing at vi ikke orker mer, og derfor må unngå konfrontasjon uansett. Og la resten av Akademikerne seile sin egen sjø. Men hvis vi mener dette, burde noen fortelle oss at det er det vi mener.

Forhandlingsjefens ståsted må sikkert avhenge av hva motparten kan gi; vi vet jo aldri, det er det

## KRONOLOGISK FORLØP

**MAI 2004:** Sentral enighet om å utsette forhandlingsstart fra mai til august for å skille dem i tid fra andre forbund.

**HØSTEN 2004:** A1-forhandlinger. 3 måneders uenighet om plassering av sosiale bestemmelser. Arbeidstakerne vil ha dem sentralt.

**DESEMBER 2004:** A1 avsluttes. Sosiale bestemmelser skal plasseres av sentrale parter etter at B-delsforhandlinger er avsluttet.

**JANUAR 2005:** A2 starter med to måneders uenighet om tvister etter forhandlingene for to år siden.

**MARS 2005:** Tvistesakene bilagt, enighet om å avsette en sum til kompensasjon.

**MARS – MAI 2005:** Diskusjoner om blant annet arbeidstidsvern i Dnlf.

**12 MAI 2005:** NAVO stiller betingelser for å åpne B-delsforhandlinger; det skrives tre protokoller. Den ene er offentlig: A2 forhandlingene avsluttes – A1-protokollen fra desember bekrefte; plassering av sosiale bestemmelser skal fastlegges i Fase III. Samtidig underskrives to hemmelige protokoller: Dnlf's president forplikter Dnlf til å regulere sosiale bestemmelser i A2. Akademikerne forøvrig forpliktes av Dnlf's forhandlingsdirektør, som også er Akademeikerne Helse's forhandlingsleder, til å regulere dem på B-delsnivå, altså lokalt.

**26 MAI 2005:** Mistillitsforslag mot presidenten i Dnlf fra Ylf på grunn av uenigheter om forhandling av arbeidstidsvern. Landsstyret uttaler at foreningen skal ta vare på medlemmene i så måte. Det vedtas samtidig at sosiale bestemmelser må ligge på sentralt nivå. Det uttrykkes også at øvrige Akademikere må ha dem sentralt regulert. Mistillitsforslaget ble frafalt.

**JUNI 2005:** Lokale forhandlinger starter i foretakene, 16 av 28 foretak bryter.

**AUGUST 2005:** Lokale parter som er i brudd møter foretaksvis til drøftinger hos NAVO sentralt – uten synlig resultat.

**SEPTEMBER 2005:** NAVO viser de hemmelige protokollene. Dnlf's forhandlings-direktør går. Og forhandlingene fortsetter ...

som er forhandlinger. Så hva annet kan vi vente, enn at presidentens vurdering vaier i takt med arbeidsgivers styringsrett, der den blafrer i den markedsliberale brisen.

Men er det forhandlinger da? I mange lokale foretak var det i hvert fall ikke forhandlinger, men administrativt diktat. Prosessen gikk ut på å være enig med arbeidsgiver, eller bryte monologen. Personlig har vi ikke forhandlet sentralt, men både lokale forhandlinger og sentral framgang tyder på at prinsippet er gjennomgående.

NAVO har vist både hva de vil og kan, nå etter 18 måneder. Få tillitsvalgte vi snakker med, vurderer NAVO som en seriøs motpart. Spillet er toppet med å presse fram hemmelige avtaler som er stukket under madrassen. NAVO har en seier inne, og kan lene seg tilbake - nye utgifter utsettes, og Legeforeningens posisjon rakner hos deres egne medlemmer, mens skinnforhandlingene fortsetter å trekke ut.

NAVO's mantra er at sykehus skal drives som andre fabrikker, tjene penger som andre fabrikker og gi lønn etter produksjonresultat som andre fabrikker. Sist, men ikke minst skal lønn og overenskomster skapes lokalt, der pengene tjenes. Dette er deres ryggrad. Vi trodde at ideologien i det minste var avkledd av våre sentrale tillitsmenn.

Forresten følger ikke motparten sin egen ideologi, en gang. Resultatet av tidligere lokale oppgjør skulle liksom ligge til til grunn for årets. Det samme skulle vår effektivitet, som ledelsene har skrytt av i media. Men ved de lokale forhandlingsbord nektet motparten å diskutere fordi detaljer alt var fastlagt i NAVO. Pragmatiske løsninger ble brått uaktuelle, da lokal arbeidsgiver fikk bistand fra NAVO. For ikke å snakke om lønn etter resultat: Kolleger ved foretak som har regnskapsmessig overskudd hadde ikke mer å hente, enn hvem som helst. I ett foretak hadde legene oppfylt forpliktelsen i en innsparingsavtale om redusert bruk av vakansvakter – uten at arbeidsgiver gadd å holde sin del av avtalen. Men foreningen fortsetter å forhandle. Og de forhandler og forhandler.

Kanskje skal det være sånn. Men da vil vi vite hva vi vinner. Vi ute i foretakene vil vite hvorfor det er lurt å godta motpartens forretningside. Vi vil vite hva vi oppnår ved å godta arbeidsgivermonologen. Og hvilke strategiske tanker som ligger bak å signere reduserte rettigheter i en tid da det er satt stopper for lønnsvekst, og New Public Management har en eneste agenda: Vekk med arbeidstakerinflytelsen. Hvor fører det oss når vi selger yngre legers arbeidstidsvern (selv om graden var ubetydelig), og retten til likeverdige sosiale bestemmelser

for de andre Akademikerne (selv om ingen av dem er våre egne)?

Har forresten noen tenkt over 20 måter å tape en forhandling på? Vi skulle likt å vite hvordan Dnlf tror at foreningen heretter står hos Akademikerne, særlig 11 000 sykehusleger – og hvorfor.

Vårt lønnsoppgjør blir denne gang knøttlite uansett, knapt nok til å opprettholde kjøpekraften. De som kom brukbart ut sist, gjør det igjen. Vi andre kan leve verdig av vår lønn både en og to tariffperioder til. Og det bør vi. Helseministerens og Aftenpostens prosjekt er å bevise at leger er ultimater grådige, og derfor ødelegger sykehusbudsjettene. Det er en riktig god løgn som gir oss et elendig grunnlag å gå til krig på. I et slikt klima får vi aldri nye rettigheter.

Men vi kan forsvare dem vi har. Spørsmålet til slutt blir da om foreningen skal svelge alle de ekle kamelene fordi Avtale går foran alt, også venner og ære. Eller om vi i beste Yngve Haagensen-stil skal si at dette gidder vi ikke lenger, til hælvet med lønnsoppgjøret, men prøv å plukke av oss rettigheter og se hva som skjer.

Det er ikke godt å vite hva som er verst. NAVO har for sin del en slags ryggrad. Om vi mangler vår, kan en glitrende hjerne prøve å kompensere for det. Noen har trodd tror at det kunne bli et vellykket stunt.

## FORHANDLINGER

NAVO: Norsk arbeidsgiverforening for virksomheter i offentlig tjeneste. Legeforeningens, og Akademikerne Helse's sentrale forhandlingsmotpart. Sammenlutningen omfatter blant annet spesialisthelsetjenesten, Telenor, Posten, Den Norske Opera, med flere.

A1 (FASE 1): Akademikerne forhandler med NAVO om helt overordnede elementer.

A2 (FASE 1): Dnlf ved Sentralstyret forhandler med NAVO-helse om generelle forhold for alle leger.

B (FASE 2): Dnlf ved foretaks- eller hovedtillitsvalgte forhandler med det enkelte helseforetak om presiseringer av, og tillegg til A2.

«SLØYFEN» (FASE 3): Sentrale parter konfirmerer det totale forhandlingsresultatet, evt avklarer gjenstående uenigheter, før overenskomstene kan tre i kraft.

## SYNSPUNKT OG DEBATT

### Kompetanse uten lønn, eller lønn uten kompetanse?

av Thomas Böhmer

I 2003 foretok man omfattende omlegginger av sykehuslegers lønnsforhold. Det har gitt lønnsøkning for alle. En målsetning var at lønn ikke skulle reduseres når man gikk ut av vaktordning på grunn av alder. Tidsskriftet 2004, nr 12, side 1678, angir at foreningen tar «... sikte på å legge til rette for å honorere kompetanse, ansvar, medisinsk kvalitet og effektiv drift av helseforetakene. Dette arbeid er ikke

fullført, men Legeforeningen bør bidra til å oppnå de ønskede resultat – både sentralt og ved de enkelte foretak.» I «Overlegen», mars 2005, er lønnsforholdene igjen tatt opp.

Hvordan oppleves lønnsresultatet for en seksjonsoverlege/professor II med mer enn 40 års virksomhet i sykehusmedisin ved et Universitets-sykehus?

Overleger ved samme avdeling kan i dag ha samme uketimetall, men 15-års forskjell i erfaring. De med minst erfaring går i vakter og har derfor avspasering i tillegg til at sykehusstillingen gir nesten 250 000 mer i lønn. Man honorerer ubekvem arbeidstid og effektiv drift som forutsatt. Men ikke erfaring og kompetanse! Drift blir viktigst til tross for at forskning er en av sykehusenes, og særlig universitetssykehusenes fire oppgaver! Den som tar ekstra helgevakt får ekstra betalt, men den som skriver en forskningssøknad får det ikke.

I de siste 5-10 år har det vært en aktiv holdning til å forhandle lønn ved tilsetning. Denne liberalisering av lønnsfastsettelsen har særlig yngre nyansatte nytt

godt av. Den som allerede er ansatt har ikke kunnet endre sin lønn tilsvarende.

Økende lønnsforskjeller på dette grunnlag bidrar ikke til felleskap innad i avdelingene. Det kan derimot gi grobunn for uønsket konkurranse og motsetningsforhold, ugunstig for et samarbeidsklima som er avhengig av gjensidig tillit. Selv om man har erkjent skjevhetene, er lønnsmidlene for begrensede til å rette dem opp – og viljen i Legeforeningen for liten. Det burde være mulig å se på det enkelte helseforetaks totale lønnsnett for leger og refordle den slik at *alle* målsetninger man ønsket å vektlegge, ble vurdert.

*Innlegget er noe forkortet.*

## PÅMINNELSE. INVITASJON TIL SEMINAR FOR AVDELINGSOVERLEGER OG ANDRE LEGER MED LEDERANSVAR

*Soria Moria Hotell- og konferansesenter, Oslo 08. – 09. november 2005.*

Legeledere står sentralt i kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten. Forutsetningen for hensiktsmessig utøvelse av lederskap er god dialog med andre ledere på faglig og administrativt nivå, med RHF-ledelse og med fremtidens spesialister; leger under utdanning.

Overlegeforeningens lederutvalg arrangerer derfor seminar i avdelings-ledelse. I år er de tradisjonelle, regionsvise seminarer slått sammen til ett landsdekkende. Seminaret dekkes fortsatt av av kvalitetssikringsfond II.

### SEMINARET HAR SOM MÅLSETTING:

- Å fokusere praktisk utøvelse av avdelingslederrollen.
- Å knytte kontakt mellom legeledere og ledelsen i regionale helseforetak.
- Å bidra til oppbygging av ledernetverk mellom legeledere.
- Å ha god dialog med fremtidens spesialister representert ved representant for Ylf.

Helseforetakene er svært unge, organisasjonene har knapt satt seg. I nær fremtid vil kravet om strukturendringer og funksjonsfordeling forsterkes. Betydningen av dialog om fagets betydning sett fra ulike ståsteder, øker da tilsvarende. Lederne av medisinske enheter er en svært utsatt gruppe som presses både ovenfra og nedenfra.

Se program på neste side. Det bes om at påmelding på slipp eller e-post sendes Ofs sekretariat snarest.

*Med vennlig hilsen*  
Norsk overlegeforening

## PROGRAM FOR SEMINAR I AVDELINGSLEDELSE 8. -9. NOVEMBER 2005. SORIA MORIA KURS- OG KONFERANSESENTER.

*(Det tas forbehold om justeringer av programmet)*

### TIRSDAG 8. NOVEMBER 2005

- 17.30-18.00 Registrering/kaffe.  
18.00-18.15 Åpning og orientering om lederundersøkelsen v/ leder i Ofs lederutvalg Einar S. Hysing.  
18.15-20.30 **ORGANISERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN I OSLO OG KONSEKVENSENE FOR KVALITETEN PÅ HELSETILBUDET I LANDET FORØVRIG.** v/ adm. direktør Tor Berge Helse Øst RHF og adm. direktør Bjørn Erikstein Helse Sør RHF. Plenumsdiskusjon.  
20.30 Middag.

### ONSDAG 9. NOVEMBER 2005

- 08.30-09.30 **KVALITET I LEDERROLLEN.** v/HR direktør Bente Mikkelsen Helse Øst RHF  
09.30-09.45 Pause  
09.45-12.00 **UTØVELSE AV AVDELINGSLEDERROLLEN/FORHOLDET TIL STYRINGSRETTE MED UTGANGSPUNKT I:**
  - Fagledelse/personalledelse på avdelingsnivå. v/avdelingssjef.
  - Fagledelse og kvalitet i spesialistutdanningen. v/leder i Ylf Per Meinich

10.30-11.00 Kaffepause/utsjekking av rom.  
11.00-12.00 **UTØVELSE AV AVDELINGSLEDERROLLEN- FORTS.:**
  - Ledelse og fag – legens rolle som leder av sykehusavdeling. v/jurist og førsteamanuensis Bente Ohnstad, Høgskolen i Lillehammer. Plenumsdiskusjon.

12.00-13.00 Lunch  
13.00-15.00 **ØKONOMI OG KVALITET I SPESIALISTHELSETJENESTEN.** v/ representant fra Sosial- og Helsedepartementet. v/ direktør Lars Hansen, Statens Helsetilsyn v/viseadministrerende direktør Gunnar Bovim, St. Olavs Hospital. v/ avdelingssjef. Plenumsdiskusjon.  
15.00-15.15 **OPPSUMMERING/AVSLUTNING.**



Sendes Norsk overlegeforening, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo, fax 23 10 91 50, eller mail til: edith.stenberg@legeforeningen.no

- Ja, jeg melder meg til seminar i avd. ledelse på Soria Moria 08.-09. november 2005.  
 Ja, jeg ønsker overnatting på hotellet fra 08.-09. november 2005.  
 Ja, jeg ønsker å delta på middagen 08. november kl. 20.30

Navn:

Tittel:

Sykehus:

E-post:

**B-BLAD**

Returadresse:  
Norsk Overlegeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

