

DESEMBER 2005 #4

OVERLEGGEN



- s. 2 **Tid for Bel Canto**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 «Aldri så galt ...»
Leder av Lars Eikvar
- s. 6 **Lægelig ledelse på administrativt nivå**
av Anna Birthe Bach
- s. 6 **Baumols sykdom**
av Hege Saltnes
- s. 9 **Gulatingslov og Romerrett**
av Jon B. Reitan
- s.10 **Prioritering, ansvar og myndighet**
av Helge Haarstad
- s. 12 **Den Gud gir et embete ...**
av Arve Kristiansen
- s. 14 **Seminar for avdelingsoverleger**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 16 **Rekruttering – markedspris eller ledelse**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 18 **Legeyrket fra mannsbastion til kvinnefront**
Konferanse
- s. 18 **Tariffkurs på danskebåten**
- s. 19 **Møte i Ofs ledernetverk**

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, TERJE KEYN,
EDITH STENBERG, JON GJÆRLØW,
UKJENTE KILDER.

LAY-OUT: ALLISON FLORIDA / FEBER

TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,

PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO

OPPLAG: 6600

FORSIDEN: KILDE SNORRE,

ILLUSTRASJON GERHARD MUNTHE



Stockholmsoperaen har i høst oppført *Salome* – dekadent og beryktet i Oscar Wildes litterære utforming og Richard Strauss' tonedrakt. Heftheten overskrider med god magrin hva vi til daglig opplever i norske sykehus. Besettelsens uttrykk er likevel relevant for en profesjon som lever av og med livets ukurante sider. Scenen er fotografert av Kungliga operans fotograf, Alexander Kenney, og viser Tord Wallström og Katarina Dalayman.

REDAKTØR

TID FOR BEL CANTO

Veldosert patos i yndig form –skjønnsang, for-
edlet siden renessansen, og knapt utfordret
som ideal før Wagner innførte valkyrier og
behov for mer bastante ytringsformer midt på
1800-tallet.

Bel Canto – også et objekt for karikatur. Selvhen-
ført, ikke bare med vinløv, men både druer, epler
og overmodne pærer i håret. Og navlebeskuende
passasjer i koloraturregisteret, mens et nødvendig
antall chiantiflasker titter fram fra naturskildringen
i bakgrunnen.

Selv om man mener hva man vil om formen,
er potensialet for lødig innhold ikke til å komme
forbi. Bel Canto er mediet for de store sujetter;
livet, døden og kjærligheten. Og tradisjonen lever
i beste velgående i operaens kjerneområder. Vår
nordiske distanse er nokså ulik dette – vi kommer
liksom ikke lenger enn til handelsstandens pseudo-
Bel Canto i alle julegater. Rett skal likevel være rett;
verken vår tidsalder eller vår beliggenhet på kloden
kan beskyldes for å ha innført guddommen som
markedsføringskraft.

Uansett vil sang som formidlingsform modulere
et budskap. Men minst like interessant er hva san-
gen gjør med sangeren: Den som synger fremstår
nesten alltid med en selvtilitt som vi andre vil mis-
unne ham eller henne. Og dette løftet oppstår enten
man er grautbass i det lokale kor, eller stiller foran i
offentlig rampelys. Omvendt gjelder, ikke minst, at
den forknytte sjel sjelden makter å frigjøre en god
røst.

De fleste av oss har følt tilfredsstillelse etter en
fysisk arbeidsøkt; vi kan reise oss i vår fulle lengde,
aksle oss og vise hvem vi er. Også sang er fysisk utfol-
delse; i fonering møtes kropp og psyke med fortettet
intensitet. Stemmebåndenes finmotorikk masseres
av åndedrettets kraft; energi forvandles til emosjonell

kvalitet. Alle korsangere vet av erfaring at man blir
lykkelig av å synge. Etter øvelsen går man hver til
sitt i et silder av endorfiner, med frigjort energi til
annen livsutfoldelse.

Som Bel Canto, er legers profesjonelle virksom-
het ramme for store spørsmål – livet, døden og av og
til selve kjærligheten. Vår kultur kan, som Bel Canto,
fremstå noe pompøs, og vi må tåle en og annen har-
selas. Gjennom studier og spesialisering ender le-
ger som regel likevel med et dannelses- og begreps-
fundament som gjør kreativt resonnement til et na-
turlig arbeidsredskap. Mange har energi til overs, og
blir i tillegg utøvere eller elskere av en eller annen
skjønn kunst – eller alminnelig livskunst. Slik vil de
fleste av oss gå skapende gjennom livet med hevet
hode – og evne til å ytre oss med klangfull røst.

Men vi virker i systemer – som må ledes. I vår tid
er ledelse å opprettholde struktur. Noen smykker
seg med kulturbygging som et viktig element. Selv
en grautbass forstår imidlertid at slike prosjekter er
meningsløse så lenge markedstenkingens historie-
løshet gjelder.

I enkelte profesjoner vil firkantede prosedyrer og
oversiktlige fasitsvar gi den beste mening. Her vil
en oppleve fremskritt ved å kunne flytte fokus fra
fag til organisasjon; etter å ha styrt fag etter kokebok
blir det spennende styre system etter kokebok.

Å konservere et system slik, krever naturligvis en
viss mangel på fantasi og frodighet. En sikrer både
virksomhetens funksjon og dens middelmådighet
– med mindre det gis rom for kreativ strategi. I
mange helseforetak er dette rommet i dag fiktivt;
lederens utfordring blir å overbevise sin stab om et
budskap som få tror særlig på – og som derfor i stor
grad slår feil.

Alt i barnehagen lekte vi hviskeleken; deltaker-
ne videreformidler et budskap som hviskes fra den

ene til den andre. Latteren runger når meldingen til
slutt viser seg forvrengt til det ugenkjennelige.

I spesialisthelsetjenesten hvisker vi i linjen.
Avdelingsleder skal gjenta klinikkjefen, som har
befestet foretaksdirektøren, som har konkretisert
regionsdirektøren, som har gjentatt veilederen til
forskrift, som har presisert forskriften, som har
utdypet lovteksten, som er resultat av Ot-prop'en,
som var stortingets bestilling, som var uttrykk for
en politisk intensjon – som gjenspeilte behovet hos
det norske folk.

Når lavste leder til slutt melder av, er det kon-
klusjonen på forvaltningens forknytte hviskelek.
Blottet for latter, Bel Canto, kreativitet, identitet,
entusiasme og endorfiner. Hva var egentlig bud-
skapet? Kultur kan det saktens bli – en kultur for
hykleri, resignasjon – og for gode sirkler i ny og ne.
Men leken appellerer ikke til kjernen i oss.

Er det rart at få leger føler seg tiltrukket av le-
delse? Det må være et tegn på sunnhet når vi ryg-
ger tilbake for fristelsen til å nå livets ultimate mål,
mumlet frem i sammenbitt budsjettkrise: Se, hele
denne organisasjonen og et lite lønnstillegg gir jeg
deg om du tar UTFORDRINGEN, gjør mine ord
til dine, og hvisker dem til dine venner så mange
ganger at de tror du har tenkt dem selv.

De fleste av oss vil føle at
vi har hørt om noe lignende
tidligere under vår dannelses-
reise. Derfor velger vi i ste-
det – intuitivt eller bevisst
– vår personlige variant av Bel
Canto som fortsatt livsfordriv,
med de endorfiner det med-
fører. Ja, så menn!



Espen Huldt-Nystrøm

Aldri så galt...?

Tidlig så vi at årets avtalerevisjon ville gi liten økonomisk uttelling. Vi fikk et godt gjennomsnittresultat ved forrige oppgjør. Mange overleger fikk likevel lønnsvekst nærmere 5 enn 15 prosent; de hadde grunn til å forvente at det skulle bli deraes tur nå. Men i forhandlingene måtte prinsipper settes foran penger; rettigheter vi alt hadde måtte forsvares. Hovedslaget sto tilslutt om reguleringsnivået for sosiale bestemmelser, som omfatter avtalefestede pensjonsrettigheter, utvidet rett til sykepenger utover folketrygdens ytelser, ulykkesforsikring med videre. Men også arbeidstidsordninger, og vår status som dagarbeidere med vaktjeneste var blitt angrepet på bred front underveis.

AV LARS EIKVAR



NAVO krevde sosiale bestemmelser flyttet til A2 for Legeforeningens medlemmer, og til B-delen for Akademikerne Helse. Bestemmelsenes innhold skulle bevares uendret. Begrunnelsen var «behovet for tilpasning til avtalestrukturen i NAVO generelt». Men Akademikerne Helse aksepterte ikke lokalt nivå som brukbart for disse bestemmelsene – som i tidligere hovedtariffavtaler for sykehusansatte alltid har vært forankret på nasjonalt plan. NAVOs krav ville medføre at foreningene ikke kunne forhandle fundamentale rettigheter i fellesskap, og ved det sentrale bord. Akademikerne Helse spilte inn et flertall alternative løsningsforslag, men NAVO tviholdt på sitt ultimatum.

I Legeforeningens sentralstyre var det helt fra høsten 2004 uenighet om *hvilket* nasjonale nivå sosiale bestemmelser burde reguleres på – i A1 med Akademikerne Helse som part, eller i A2 med Dnlf som part. Men vi var enige om at nivået måtte være nasjonalt, også for de andre foreningene.

Under NAVO har brudd og mekling blitt «hovedregel» i helseforetaksektoren. Akademikerne Helse har så langt unngått dette ved å utvise selvutslettende tålmodighet. Men etter 18 måneders innsats ble vi nå tvunget til å bryte forhandlingene. NAVO svarte med å stevne oss for arbeidsretten for «brudd på fredsplikten» – på grunnlag av hemmelige protokoller. De var inngått våren 2005 av Dnlf's president og av Dnlf's for-

handlingsdirektør som også var leder for Akademikerne Helse. Verken Legeforeningens eller Akademikerne Helses besluttede organer var kjent med protokollene. De ble av NAVO utlagt til å forplikte Legeforeningen til å overkjøre søsterorganisasjonene i Akademikerne Helse, og slik påtvinge dem en svekkelse av evnen til å ivareta sosiale bestemmelser i fremtiden.

Arbeidsretten frikjente Akademikerne Helse i saken 31. oktober. Vi var med dette i vår fulle rett til å bryte forhandlingene, og varsle streik ved plassoppsigelse. Partene møttes så hos riksmeklingsmannen.

NAVO har vist at de ikke respekterer Akademikerne Helse som motpart i arbeidslivet. NAVO har søkt å splitte sammenslutningen ved å kreve ulike foreningers rettigheter spredd på ulike avtalenivåer. Små organisasjoner velger NAVO å overse; er du jurist eller siviløkonom blir du nektet rett til å la dine interesser bli representert og ivaretatt sentralt. Helt grunnleggende rettigheter trues her: Retten til full lønn under sykdom, retten til en nasjonalt avtalefestet brutto tjenestepensjonsordning og retten til å være forsikret som arbeidstaker på de samme vilkår som andre ansatte i helseforetakene. Legeforeningen ble altså utfordret ved denne overenskomstrevisjonen. Var vi villige til å stå sammen med våre søsterorganisasjoner i Akademikerne Helse, og forsvare deres grunnleggende rettigheter som arbeidstakere?

Kravet om sentralt avtalte sosiale bestemmelser har fått bred støtte fra andre store aktører på arbeidstakersiden. Retten til å bli ivaretatt som organisert arbeidstaker, uavhengig av organisasjonstilknytning, har spesielt sterk legitimitet i offentlig eid og drevet spesialisthelsetjeneste og omsorgsvirksomhet. En arbeidskonflikt kan knapt være basert på et mer legitimt krav enn dette.

Så vant vi da også fram også hos meklingsmannen. Meglingsprotokollen sikrer videreføring av sosiale bestemmelser på A1-nivå for hele Akademikerne Helse. Problemstillingen er dessuten satt på dagsorden i 2006 – for hele helseforetakssektoren. Da har vi godt håp om å få satt dette på plass en

gang for alle, med en innretning på overenskomstene som er tilpasset de politiske rammevilkår norske sykehus er drevet under.

Men det økonomiske resultat av meklingen er kanskje det dårligste i moderne tid. Og i fordelingen av knappe midler rådet arbeidsgiver mange steder nærmest uhemmet, tross protester fra våre foretakstillitsvalgte; vi måtte dessverre slippe kontrollen på dette i meklingspillet. Men skjevheter i B-delsavtalene er utbedret flere steder, og enkelte kolleger har omsider fått sitt etterslep fra forrige gang korrigert.

Et rekordlangt forhandlingsløp har gitt alt som kunne, og særlig *ikke* kunne, forutsees. Trusler, utsettelse, splitting, manipulasjon, hemmelige protokoller, godt timet kampanjejournalistikk, og til slutt stevning og rettssak. Vi var kanskje for godtroende. Vi var kanskje for feige. Vi kunne kanskje ha satt foten ned før. Men så må man vite at man står godt nok der den settes.

Legeforeningens sentrale tillitsvalgte må nok gå i seg selv. President og forhandlingsdirektør gjorde en alvorlig feilvurdering, og har beklaget dette. Også andre må ta selvkritikk, selv om de ikke kunne forutse alt som skulle skje. Indre strid og mistillitserklæringer er uansett ikke forenlig med en vanskelig forhandlingssituasjon. Å stikke motsetninger under en stol er heller ingen farbar vei. Skal en president og et sentralstyre kunne ivareta det lovpålagte ansvar for å forhandle medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår, må all fraksjonsvirksomhet unngås. Avgjørelser må tas i det organ som har mandat til det. Og avgjørelser må respekteres når de er tatt.

Gjennom elendigheten er noe likevel oppnådd. Vi har fått bevisstgjøring av tillitsvalgte og medlemmer. Samarbeidet i Akademikerne er fornyet sentralt og lokalt. Og andre aktører har fått øynene opp for hvordan arbeidsgiveransvaret i helseforetak forvaltes.

Man må være to for å danse tango, heter det. Vår dansepartner har vist seg fram. Selv har vi etter hvert plukket opp ett og annet. Nå tar orkesteret en pause, men det spilles opp igjen til våren og ny vals følger. Da får vi se hvem som husker trinnene.

LÆGELIG LEDELSE PÅ ADMINISTRATIVT NIVEAU?

I den nordiske overlægeforening, Nordöl, er lægen som leder et tilbagevendende tema. Alle de nordiske overlægeforeninger, således også den danske, har arbejdet for at placere læger i ledende stillinger, også i rent administrative stillinger i sygehusvæsenet. Også i Danmark er lægelige ledere og klinisk arbejdende overlæger organiseret i samme forening. Hvordan retfærdiggør vi ønsket om lægelige chefer i rent administrative stillinger? Måske kan kun læger lede sygehusenes fagbureaukrati fordi den styring, der faktisk er nødvendig, ellers simpelthen vil blive modarbejdet.

AV ANNA BIRTHE BACH

I takt med udvikling af større funktionelle enheder og et stigende behov for økonomisk prioritering er der sket en bureaukratisering af hospitalsledelse. Produktionskernen består, på sin side, af højt uddannede, autonome fagfolk med en standardiseret men kompleks kunnen. Deres arbejde er baseret på selvstændig beslutning i situationen, og de arbejder således uafhængigt af ledelsen og til dels af hinanden. Det er en udfordring at udøve ledelse i et sådant system, der præges meget lidt af kontrol, men i stedet af koordinering af synspunkter, etablering af kontakter mellem enheder og med omgivelserne i bred forstand, og sikring af tilstrækkelig finansiering.

Ønskes en stærk styring, må der accepteres, at dette til dels sker på sundhedsfaglige præmisser. Den accept findes i dag til en vis grad hos sygehus-ejerne. Den faglige ydelse anerkendes som kerneprodukt i virksomheden; ejerne ser signalværdien i, at den øverste ledelse repræsenterer en af de stærke professioner, og værdien i, at den lægelige leder bibringer ledelsesfunktionen legitimitet overfor kollegerne. Klinikere på deres side stoler på, at ►►

Som lægelig leder træder man ud af praktisk fagudøvelse, og dermed ud af det faglige fællesskab. Foto: © Scanpix

BAUMOLS SYKDOM

AV HEGE SALTNES

Ikke hørt om den?

Har dere slurvet på doktorkolen, eller?

Neida, Baumol var ikke medisiner, men økonom. Han påpekte at tradisjonelle produksjonsbedrifter kan øke inntjening ved å øke produktivitet. Baumols sykdom eller kostnadssyken, er betegnelsen på hva som skjer med bedrifter som ikke kan øke produktiviteten uten å redusere kvaliteten på produktet. Sykdommen oppstår når effektivitetsforbedringer ikke lenger kan kompensere for økte lønnsutgifter.

Et eksempel: I 1787 komponerte Mozart strykekvintett i g-moll. For å spille kvintetten trengtes det i 1787 fem personer, to fiolinister, to bratsjister og en cellist. Idag trengs det fortsatt fem personer for å spille den, og fremføringen tar omtrent like lang tid som da. En økonom vil si at produktiviteten til klassiske musikere ikke har bedret seg over tid. Så mye for fremskrittet.

Og til vårt formål: Musikerne er ikke alene! En bilprodusent kan redusere antall timer som går med til å produsere en kvalitetsbil. Like enkelt er det ikke å effektivisere når man underviser i inte-

gralregning, steller sengeliggende pasienter, eller behandler psykiatriske pasienter - uten å forringe produktets kvalitet. Kvalitet koster tid, eksemplene er mangfoldige.

I tjenesteytende virksomheter er det ofte innersammenheng mellom arbeidsintensitet og produktets kvalitet. Hvis ansatte i slik virksomhet skal følge den reallønnsutvikling som vareproduksjonen driver fram, vil relativ pris for tjenester øke over tid. Resultatet blir stadig relativt dyrere produksjon av velferdstjenester i forhold til industriprodukter.

AKTUELT TEMA FRA OF-STYRET

Pasienters og pårørendes krav til kvalitet på tjenester i spesialisthelsetjenesten er så definitivt ikke svekket, tvert om. Pasientene er forbrukere, også i møte med oss, de finner seg ikke i «hva som helst». Myndighetskravene til kvalitet skjerpes også, både når det gjelder dokumentasjon, tilgjengelighet, samhandling, veiledning og forsvarlighet. Samtidig konfronteres vi med at våre lønninger stjeler mer og mer av budsjettene, og at dette påfører oss krav til økt produktivitet - som forringer kvaliteten på våre tjenester. Skal vi som ansatte i helsevesenet føle skyld for dette? ►►

en kollega i ledelse respekterer professionens autonomi i kraft af det fælles paradigme; de forventer, at ledelsen vil understøtte og inspirere den faglige udvikling.

Men som lægelig leder placeres man i et krydspres. Dels træder man ud af praktisk fagudøvelse, og derfor ud af det faglige fællesskab. Dels bliver man ikke accepteret som en del af det faglige fællesskab blandt administrativt uddannede ledere fordi deres paradigme er helt forskelligt fra lægers. Som akademisk forvaltningsmedarbejder skal man kunne tilpasse sig vekslende politiske arbejdsgivere og have evnen til at give deres politiske eller sociologiske vurdering et troværdigt præg. Som læge er man derimod opdraget i et paradigme, der i sit fundament er uforanderligt. Lægeløftet er flere tusind år gammelt, men det overlever smukt alle årene og alle tiders ideologier. Når man har levet med det i et langt arbejdsliv, farver det den lægelige leders beslutninger.

På grund af disse forskelle får den lægelige administrator rollen som oversætter og afkoder, og må acceptere, at den tryk, der findes i det professionelle tilhørsforhold, til dels ikke mere er til stede.

Krydspreset accentueres ved økonomiske prioriteringer som man må forsvare: Professionsudøveren stræber efter den perfekte løsning, medens ad-

ministratoren er tvungen til at se mulighederne i mindre optimale løsninger, der ideelt og totalt set kan fremme hele organisationens sag.

Netop i prioriteringssager har man som læge ligevel en stor fordel, fordi man er vant til at dokumentere med kendsgerninger. I en sag om faglig udvikling har man tilgang til internationale kontakter, der med en høj grad af troværdighed kan understøtte en sag. Har man brugt denne type argumentation, giver det legitimitet i professionen, og selvom der kan komme en politisk beslutning, der går imod indstillingen, accepteres afslaget lettere, hvis man har anvendt fagets metoder i sagsbehandlingen.

”Lægelig ledelse” er således ikke blot fagpolitik. Den lægelige administrator tilfører ledelsen den legitimitet, der er selve muligheden for at styre denne organisationsform. Som læge kan man tilføre sagsbehandlingen den stringens, der kendetegner fagets videnskabelige tilgang. Forvaltet rigtigt bliver den lægelige administrator netop brobygger i forhold til forvaltningen og det politiske niveau, og har i kraft af referencerammen i den faglige dialog mulighed for at bruge tillid som styringsmekanisme.

Man bør imidlertid ikke være blind for, at man som læge undertiden bliver gidsel i de igangværende omstillingsprocesser. I kraft af sin placering og sin profession kan man komme til at legitimere farlige

beslutninger, der ikke helt tåler faglig kritik, eller kan bestå onkelprøven: Den lakmusprøve, der vurderer, om man ville udsætte sin egen familie for en given behandling. En sådan situation skal naturligvis give anledning til meget personlige overvejelser i retning af, hvordan en uomgængelig beslutning bedst afbødes – udefra eller indefra.

Også de sundhedsfaglige tradisjoner har brug for udvikling. De er svære at påvirke, men det kan gøres – med lægelig ledelse. Og vi er godt i gang. Akkreditering vil – hvis den ikke overdrives – tilføre os en knivspids bureaukrati, der kan højne virksomhedens kvalitet og gøre livet lettere for fagets udøvere. Her tænker jeg på systemiseret brug af faglige rekommandationer.

Demokratistyringen kan styrkes ved, at alle medarbejdergrupper inddrages i beslutningsprocesserne og dermed får et organisatorisk ansvar og engagement. Typisk er yngre læger meget lidt involveret, fordi de er ansat så kort tid. De udgør imidlertid en ressource i retning af fornyelse af organisationen, som vi bør inddrage.

Kulturstyring i form af fælles værdier i relation til kvalitet, kundeservice, uddannelse og mediepolitik er også under udvikling. Her har den tiltagende markedsorientering givet os et nyt syn på forholdet mellem patienterne og os som leverandører af

sundhed. Der har været fortalere for New Public Management i sin rene form. Men vi kan med lægelige ledere også på administrativt niveau arbejde imod en organisatorisk modifikation, der afvejer økonomistyring og incitamentstruktur med patienthensyn, faglig udvikling, uddannelse og godt arbejdsmiljø.

LITTERATUR

Peter Kragh Jespersen, *Mellem profession og management*, Handelshøjskolens Forlag, 2005

Hanne Foss Hansen og Peter Neergaard, *Organisation og økonomistyring*, Samfundslitteratur, 1991



Anna Birthe Bach er anestesiolog, og siden 2003 Centerchef, Kirurgisk Center Ringkjøbing Amt, med ansvar for 950 medarbejdere og et budsjett på 400 mill. kr

En bilproducent kan reducere antall timer som trengs til å produsere en kvalitetsbil. Like enkelt er det ikke å effektivisere når man behandler psykiatriske pasienter

Kostnadssyke er ikke noens skyld. Det er kanskje derfor det kalles en sykdom. For å følge lønnsutviklingen ellers, vil et gitt volum helsetjeneste nødvendigvis koste mer i dag enn for ti år siden. Dette rammer arbeidsintensiv tjenesteytelse. Vi som produserer helsetjenester, og bidrar til verdige ram-

mer for hele befolkningsgrupper, skal sannelig ikke skamme oss eller føle skyld for økte kostnader, men i stedet være stolte av å produsere kvalitet.

Og inn i mellom bør vi låne øre til Mozarts strykekvintett i g-moll – spilt som i 1787!

REFERANSER:

James Surowiecki, *The New Yorker*,

«The financial page», 07.07.2003

Erik S. Reinert, «Tjenestesektoren i det økonomiske helhetsbildet», STEP rapport 1994

NOU 2005:06 *Samspill og tillit*

NOU 2000:21 *En strategi for sysselsetting*

og verdiskaping

JON B. REITAN UTVIDER VÅR HORISONT YTTERLIGERE:

GULATINGSLOV OG ROMERRETT

Overlegens redaktør var i 2005#3 bekymret for sykehustrellers rettssikkerhet, i hvert fall de som skulle sogne til Gulating, om ikke husbonden/sykehuseieren har iverksatt god kvalitetssikring. Da stilte gjerne slavene i Roma bedre: «Hvis nemlig din Slave har gjort Skade, saa maa Søgsmålet rettes mot dig, saalenge han er i din Magt». På den annen side var det risiko også den gang: «Af Slavers Misgjerninger, for eksempel naar de gjør sig skyldige i skadegjørende Handling ... gives Herren, naar han er dømt, Valget mellem at erstatte Skaden efter Vurdering eller at udlevere Slaven som Skadeserstatning». Tanken på å bli utlevert til den rasende pasient virker kanskje ikke særlig mer betryggende enn Gulatingslovens regler.

PRIORITERING, ANSVAR OG MYNDIGHET

AV HELGE HAARSTAD



Overlegers yrkesutøvelse har alltid vært preget av god yrkesetikk og faglig selvstendighet, samsvar mellom ansvar og myndighet har vært godt. Ansvar for fagmedisin uten medfølgende myndighet er selvsagt problematisk. Myndighet over raske og viktige faglige beslutninger kan være avgjørende for et nødvendig behandlingsresultat, nøling kan i verste fall bli fatalt for pasienten. Tradisjonelt har sykehusledelsene sett på overleger som ansvarlig- og myndiggjorte medarbeidere, og har utøvet liten kontroll med faglig virksomhet. Overleger har slik vært personlig ansvarlige for sine resultater.

Legers medisinske beslutninger innebærer prioritering av ressurser. Når skal en behandle, når skal en la være? Skal en velge kostbare løsninger, eller kan akseptable resultater oppnås med enklere midler? Slike valg vil ikke bare være basert på medisinsk kunnskap, men også på etikk og økonomi. For enkelte leger kan det føles vanskelig at økonomiske avveininger gis økende betydning. Vi har alltid ønsket å gi våre pasienter best mulig behandling, uten å måtte ta for mye hensyn til økonomien.

I sykehus er det uansett leger som legger premisser for ressursbruk. I medisinske spørsmål er samsvar mellom ansvar og myndighet oftest klar nok, men i prioritering av ressurser er samsvaret mer utydelig. Tross legers myndighet til å ta beslutninger med store økonomiske implikasjoner synes ansvaret for selve økonomien uklar, og samsvaret mellom ansvar og myndighet på dette området mangelfullt.

Legeforeningen hevder at leger bør lede sykehusavdelinger. Grunnen er ikke at leger nødvendigvis er bedre enn andre i personaladministrasjon eller budsjettarbeid. Men leger evner i større grad enn andre å sette medisinske valg og prioriteringer i sammenheng med økonomi. Slike valg er en integrert del av sykehusenes ledelsesmessige prioriteringer siden de har enorm betydning for de økonomiske resultater. Sykehusledelser på direktørnivå synes derfor i økende grad å erkjenne viktigheten av å ha leger som ledere.

Det er her interessant å minne om Rundskriv I-9/2002 fra Helsedepartementet, vedrørende ledelse i sykehus: «... det er en forutsetning at ansvarsforholdene og ansvarslinjene er klare – og at det er sammenheng mellom plassering av ansvar og myndighet». Og videre: «Det er viktig at det er klart hvem som skal fatte beslutninger i behandlingssituasjoner».

Likevel åpnet man for profesjonsnøytral ledelse av sykehusavdelinger. Derved oppsto det paradoks at noen ledere «...ikke kan gripe inn i og overprøve beslutninger som gjelder undersøkelse/behandling av den enkelte pasient». Hvor er da det ledelsesmessige samsvar mellom ansvar og myndighet? Det er kanskje naturlig at debatten om hvem som skal lede sykehusavdelinger etter hvert har stilnet noe i ikke-medisinske miljøer.

Likevel fins det mange sykehusavdelinger med ledelse uten medisinsk faglig bakgrunn. Årsaken vil oftest være legers manglede motivasjon for å ta på seg lederansvar. I praksis ender man da opp med 2-delt ledelse hvor «totalansvaret» ligger hos avdelingslederen, mens myndighet knyttet til ressursbruk ligger hos den medisinske faglig ansvarlige lege. Når en leder har totalansvar, men mangler reell myndighet over prioriteringer av største betydning for økonomien, sier det seg selv at styringsgrunnlaget blir betenkelig tynt.

Det er viktig at leger tar ansvar for ledelse i sykehusene. Bare leger kan ha ansvar og myndighet i forhold til medisinske spørsmål. Like naturlig er det derfor at en lege har ansvar for, og myndighet over, prioriteringer og økonomi. Legeforeningen bør arbeide for slik styring på avdelingsnivå – og på seksjons- og enhetsnivå. Trolig går vi mot en utvikling der ansvar og myndighet legges på et lavere nivå enn vi er vant til – rimelig nok siden selv «små» enheter kan ha budsjett på flere titalls millioner kroner. Legers ansvar bør være å sørge for at disse midlene forbrukes optimalt til pasientenes beste.

Helge Haarstad er styremedlem i Of og avdelingsjef ved Avdeling for Kreft- og hudsykdommer, St. Olavs Hospital.

DEN GUD GIR ET EMBETE ...

AV ARVE KRISTIANSEN

Styret i Of har i høst drøftet situasjonen rundt leger under spesialisering som konstitueres i overlegestilling. I tillegg til det rent utdanningsmessige, har saken både etiske, juridiske og faglige sider.

På mange små sykehus, og i enkelte fag på større sykehus, er rekruttering av spesialister tidvis en utfordring. Løsningen blir ofte konstituering i påvente av godkjenning som spesialist.

De som konstitueres er som oftest nesten ferdige spesialister. Ordningen kan under visse forutsetninger være en god løsning for alle parter; pasienter slipper å vente på behandling, sykehuset kan opprettholde aktiviteten, overlegene avlastes med vakter og legen som konstitueres får høyere lønn og status.

Konstituering kommer ikke i konflikt med utdanningen så lenge de formelle krav til utdanning er oppfylt.

Men utstrakt bruk av konstituering kan svekke det faglige nivået i avdelingen, og begrense avdelingens muligheter til å utføre sine kliniske oppgaver eller drive fagutvikling. Og av og til konstitueres leger med liten erfaring. Det kan være direkte uheldig; andre løsninger bør velges isteden.

UTDANNINGSMESSIGE SIDER

Konstituering trenger ikke å komme i konflikt med utdanningen. Så lenge de formelle krav til utdanning er oppfylt, blir tjenesten i vikariatet godkjent tilsvarende tjenesten i utdanningsstillingen. Slik en forstår spesialistreglene, er det ingen begrensning i hvor lenge en kan være konstituert.



Men krav til tjeneste og til avdeling må altså være oppfylt – så som antall utdanningsstillinger pr. overordnet lege, krav til strukturert undervisning, utdanningsplan for avdelingen, individuell utdanningsplan, deltakelse i vakt osv.

ETISKE BETRAKTNINGER

Men konstituering kan være problematisk, særlig når det foretas konstituering av leger med liten er-

faring. Tittelen «overlege», selv med «konstituert» foran, skaper forventninger om kvalitet. Pasienter forstår neppe titlenes nyanser, og i visse situasjoner kan de bli direkte villedet. Og når leger fra andre deler av helsetjenesten, henvender seg til avdelingen, må de kunne være trygge på at henvendelsen håndteres av en som behersker fagfeltet, eller at spesialist er trukket inn der så ikke er tilfelle. I motsatt fall kan det gå utover både avdelingens og profesjonens troverdighet.

Etiske regler for leger sier (Kap. III, § 4) sier at en lege bare må bruke titler og betegnelser som utdanningen og stillingen berettiger til, og ikke slike som kan gi et feilaktig inntrykk av kvalifikasjonene. Det kan være rettesnor, selv om bruk av titler ved konstituering ikke er konkret omtalt.

FORSVARLIGHET OG ANSVAR

Sentralt i helselovgivningen er kravet til forsvarlig virksomhet. Det er først og fremst et lederansvar at kravene til forsvarlighet er oppfylt. Der leder er spesialist innen angjeldende fagfelt, bør forsvarlighetsvurderinger være enkle når det konstitueres. Har leder annen bakgrunn, må det stoles på råd fra andre spesialister; ansvaret kan bli uklart.

Konstituering medfører økt ansvar. Den som konstitueres kan få for store oppgaver i forhold til sin faglige ballast, det kan bli en dyrekjøpt erfaring. Den som konstitueres har for øvrig selv ansvar for å si ifra, dersom han settes til oppgaver som går ut over kompetansen, som for eksempel deltakelse i bakvaksordning.

KRAV OG HENSYN VED KONSTITUERING

I henhold til arbeidsmiljøloven kan man benytte midlertidige ansettelsler: Det gjelder f.eks tilsetting

av arbeidstakere som ikke fyller et lovbestemt kvalifikasjonskrav. Tilsettingen er tidsbegrenset til 6 måneder ad gangen.

Vårt eget avtaleverk sier lite om konstituering. Konstituering bør kun brukes i tilfeller der spesialistkandidaten har kort tid igjen til fullført spesialitet. Men den enkeltes reelle kompetanse bør telle mer enn dette tidselementet.

Tittelen «overlege» skaper forventninger, selv med «konstituert» foran.

Konstitueringer kan gi grunnlag for misnøye blant resten av avdelingens utdanningskandidater. Beskyldninger om trynefaktor og kameraderi kan oppstå som en trussel mot avdelingens og renommé og arbeidsmiljø. Stillingene bør derfor utlyses internt så alle får muligheter til å søke. Den som konstitueres får større ansvar og bør følgelig ha høyere lønn. Tittelen må gjøre det klart at det dreier seg om konstituert overlege.

Avdelingens ledelse bør ha et særskilt øye på den konstituertes funksjon i stillingen, både av hensyn til pasienter, avdeling og den konstituerte selv.

Ved rekrutteringsvansker kan midlertidig omgjøring av overlegestilling til assistentlegestilling være en bedre løsning enn konstituering, særlig når de aktuelle kandidater har lang tid igjen til ferdig spesialitet. Slik unngås de fleste av de nevnte problemer.

...GIR HAN OGSÅ FORSTAND?

Neppe uten videre. Men som erfaring og kompetanse siger på, ender man forhåpentligvis der likevel.

REDAKTØREN OPPSUMMERER:
Seminar for avdelingsoverleger
 SORIA MORIA 8.–9. NOVEMBER

Of's lederutvalg arrangerte det årlige seminar for avdelingsledere på Soria Moria 8. og 9. november. De tradisjonelle regionale seminarer var i år slått sammen til ett. Seminaret sto i kvalitetsarbeidets tegn. Deltakerne fikk innholdsrike oversikter over helsebyråkratiets struktur og logikk.

GUNNAR BOVIM er viseadministrerende direktør ved St.Olavs Hospital, og professor ved NTNU. Han viste epidemiologien som ligger bak forventet behov for helsetjenester i fremtiden. Eldrebølgen gir økt cancerforekomst, økt helbredelsesrate – og eksplosiv økning av medikamentkostnader. Livsstil gir økende fedme med metabolske og kardiovaskulære

konsekvenser – som også håndteres mer effektivt med moderne teknologi.

FRODE MYRVOLD er avdelingsdirektør i Helse- og Omsorgsdepartementets (HOD's) eieravdeling, med ansvar for overordnet styring av spesialisthelsetjenesten. HOD's organisering, departementets overordnede føringer, og prinsippene for styring ble prenentert. Utgiftene til spesialisthelsetjeneste vil i år ligge rundt 55 milliarder kroner. Økningen siden 2001 har vært 28 % i kroner; korrigert for prisstigning mv er økningen rundt 10 %. Svære budsjettunderskudd i 2003 og 2004, i størrelsesorden 2 milliarder kroner på landsbasis, synes å bli halvert i år.

Måles ventetider ser det ut som man har fått valuta for pengene. Imidlertid er effektivitetsmålinger en utfordring. En ting er gode makrotall for tilgjengelige ressurser. Å karakterisere prosessen i form av systembygging og organisering kan også gjøres nokså meningsfullt. Verre er det å finne gode makromål for selve produktet (indre effektivitet) – verken ventetider, antall behandlinger eller antall avtalebrudd dekker helheten særlig godt, og sier mer om kvantitet enn kvalitet. Rent vanskelig blir det å estimere hva slags effekt, og hvilken grad av verdiskapning (ytre effektivitet), som faktisk kommer ut av å pumpe et høyt antall milliarder kroner inn i spesialisthelsetjenesten. Dualitetene kvalitet/kvantitet og målbar kvalitet / ikke målbar kvalitet er tydeligvis like utfordrende som før. Men det jobbes med saken.

LARS E HANSEN er helsedirektør og ansvarlig for Helsetilsynet – som er hjemlet i Lov om helsetilsyn. Sykehusreformen og de nye helselover har skjerpet både systemkrav og forsvarlighetskrav. Utfordringen til Helsetilsynet har økt tilsvarende. Dets funksjon blir tydeligere; tilsynets integritet og troverdighet vektlegges for å opprettholde en uavhengig og konsistent myndighetsutøvelse.

God praksis oppstår når man agerer i et «veiledningsrom» for å unngå uforsvarlighet. God praksis hviler også på rasjonell ressursbruk, man må derfor også operere i et «prioriteringsrom». Departementets bestillerdokument beskriver, og setter krav til RHF'enes systemer og opplegg. Systemrevisjon (tilsynets egne team undersøker at aktivitet og resultat oppfyller lovmessige krav), kartlegging (virksomheter sender inn data) og verifikasjon (stikkprøver) er tilsynets vektøy for å følge opp RHF'ene i så måte.

Av 39 tilsyn i voksenpsykiatrien i 2003, ble det gitt 34 merknader for brudd på myndighetskrav. Dårlig kjennskap til regelverket lå ofte bak bruddene, spesielt til nyere bestemmelser vedrørende pasientrettigheter.

Ved tilsyn i somatiske poliklinikker i 2003 ble de fleste pasienter undersøkt av spesialist innen 30-dagersfristen. Man fant likevel liten kjennskap

til lovverket når det gjaldt ansvarsforhold for overholdelse av frister, tilbakemelding og presisering av fritt sykehusvalg ved lang ventetid, innhenting av supplerende informasjon, og plikt til tilbakemelding etter konsultasjonen.

Tilsyn ved to poliklinikker i 2003 og 2004 viste nærmest identiske mangler. Tilsynet stiller derfor begrunnede spørsmål om hvordan RHF'er ser sitt ansvar for at organisasjonen evner å lære av viktige funn og anmerkninger. Kanskje gir dette en utfordring for bestillerdokumentet også.

Helsetilsynet er ikke i tvil om at sykehusene ikke er lærende organisasjoner. Verken egne eller tilsynets erfaringer nyttiggjøres i nevneverdig grad. Lederskapet synes å være viktigste hinder for dette.

BENTE MIKKELSEN er viseadministrerende direktør i Helse Øst. Hun gikk sin sedvanlige parademarsj gjennom regionens verdigrunnlag, intensjoner og resultater. Sett fra toppen er utvilsomt HRØ vinner på systemtenkning og kontroll; man behersker tydeligvis både ventetidene, behandlingskapasiteten og budsjettkontrollen.

Mikkelsen viste regionens strategi for kvalitet, og var krystallklar på lederansvaret i den sammenheng. Kvalitet skal sikres både i oppbygging av systemet og i pasientbehandlingen – og kvaliteten skal dokumenteres. Konseptet matcher helsetilsynets bestillinger langt på vei.

Et system for internkontroll knyttes opp mot ISO-sertifisering. Effekten skal følges ved internrevisjoner. Slik sikres kvalitet på kvalitetsarbeidet. Mikkelsen fremhevet også her standard for lederskap som en grunnleggende premis.

Avviksbehandling er en viktig del av kvalitetsarbeidet. HRØ legger tydelige føringer også her. Arbeidsgrupper er nå i gang med utredning av risikovurderinger, avviksbehandling og internrevisjoner.

Oppsummeringsvis bygger god praksis på gode systemer. Fokus på dette må ligge i alle administrative og kliniske nivåer. Standardiseringer og nasjonale kvalitetsregistre er også viktige verktøy. Og helt til slutt – for tredje gang med store bokstaver, og oppløftende for en gammel tillitsvalgt: *Utfordringen ligger i ledelse.*

REDAKTØRENS JULEREFLEKSJON

Rekruttering – markedspris eller ledelse

Vi lever for tiden med omstillinger i flere helseforetak, fortsatt mangel på ulike spesialister og små ressurser til å honorere fremragende faglig innsats med. Rekruttering seiler opp som en av de største strategiske utfordringer for de gamle senralsykehusene. Men rekrutteringssvikt lar seg ikke alltid måle; telling av hoder forteller ikke hva som er inni dem. De riktige hodene må beholdes, eller hentes inn – i en konkurransesituasjon. Diskusjonen er interessant, den berører både lønnsdannelse, ledelse og faglighetens kår.

HELSEFORETAKET HF

I Helseforetaket HF er spesialiteten K nede for telling akkurat nå. Foretakets taktiske grep har ikke strukket til. Av fire spreke spesialister og en erfaren assistentlege, står man nå med to spesialister, hvorav en innleid pensjonist.

Det viser seg videre at man nylig har gitt slipp på både en G-spesialist og en K-spesialist – på grunn av uenighet om lønn og tjenestested. Samtidig ga man slipp på en ektefelle, ettertraktet som Y-spesialist.

Psykiatrien i Helseforetaket HF er, som i de fleste andre HF, underbemannet. Man har greid å fylle opp noen nye spesialisthjemler, men et titalls gamle står fortsatt ledige.

Helseforetaket HF var en gang nasjonal vinner i kostnadseffektivitet. Særlig laboratoriefagene tyn-

ges av dette. Årsakene er knyttet opp mot historiens onde sirkler, og ulike andre faktorer – som mangel på spesialister på nasjonalt og nordisk nivå, nedslitt medisinsk teknisk utstyr, og markedsmekanismer knyttet til lønnsdannelse. De ledige hjemler blir bare flere – en fagsjef går over i privat laboratorium, og en annen tung fagbærer forsvinner til almenpraksis. Med dette er støtten til K-spesialistene borte, men de er jo nærmest borte selv også – vil det komme nye?

Også en god håndfull andre spesialister i sin beste alder har trukket seg ut i løpet av det siste året.

Administrasjonen i Helseforetaket HF undrer seg ikke over dette, og syns egentlig de har god kontroll. Dekningssvikten er tross alt ikke mer enn rundt 10 %. Tillitsvalgte diskuterer med vinderen, siden ledelsen «forventer en viss turnover», siden ingen vet om 10 % er lite eller mye, og siden det tross alt ikke er vist at behandlingstilbudet er svekket.

KULTUR OG ARBEIDSMILJØ

Arbeidsmiljøets og kulturens sammenheng med bemanningssituasjonen gir et løst grunnlag for dialog med en arbeidsgiver i budsjettpanikk. Ikke desto mindre er både bemanning, kultur og arbeidsmiljø relevante for trivsel, og avgjørende for foreta-

kets ry som arbeidsplass. Det er påfallende at noen avdelinger beholder både kompetansen og entusiasmen innenfor eksisterende økonomi.

KVALITET

Verktøy til systematisk måling av faglig kvalitet fins knapt. Diskusjonens vinner er den som eier retten til å definere sannheten. Retten viser seg, ikke overraskende, å være arbeidsgivers styringsrett. Kvalitetsargumenter holder seg på synse-nivå inntil faglige kvalitetsindikatorer og et funksjonelt avvikssystem er oppe og går.

Når et flertall kompetente spesialister trekker seg, bør det forårsake ettertanke i systemet.

ØKONOMI

Om akuttpsykiatri er det sagt at helsereformen har gitt desentralisering av ansvar, men samtidig sentralisering av myndighet. Heller ikke i somatiske avdelinger henger ansvar for drift forutsigbart sammen med reell myndighet over knapp økonomi. Rekruttering gir derfor utfordringer som krever bred forståelse utover det pengemessige.

LEDELSENS ROLLE

Når et flertall kompetente spesialister trekker seg, bør det forårsake ettertanke i systemet. Noe ligger bak når flere velger å forlate sin svært spisse funksjon, eller foretrekker å reise 14 mil daglig framfor å bli i miljøet.

Vi, fotfolket, blir bekymret når kolleger i strategisk viktige fagfelt trekker seg ut i flokk. Slike observasjoner kan ikke bortforklares. Det oppleves i sammenheng med budsjettfokus og funksjonsfordelinger – som heller ikke kan bortforklares. Og det oppfattes i lys av hvordan ledere møter sine staber.

De som trer ut kan bli svært synlige uten å være mange. Bekymringen de utløser dekker kanskje mer enn et faktisk trusselbilde. Men den oppstår hos reflekterende arbeidstakere som til dels er dypt frustrerte over rammene rundt faglig kvalitet. Det

er et betydningsfullt signal, selv om bekymring i sitt vesen er subjektiv og uten høy presisjon.

Åpenbart eksisterer kilne grensesnitt mellom behandlingskvalitet og legers personlige fordeler. En våken leder glemmer ikke sin ministers ord: De grådige legene er alltid ute igjen. Etter mer penger og flere puter under armene. Likevel: Våre 6000 kolleger driver et av verdens beste, og på forhånd mest kostnadseffektive spesialisthelsetjenester sammen med 5000 leger under spesialisering. Lønnsnivået for norske overleger synes ikke å utmerke seg i noen retning internasjonalt.

Antar vi at vårt lønnsnivå er moderat, at vi allerede er fleksible og gjør en god jobb, og at offentlige fordommer virker demotiverende og forsurrende, ser vi ledelsens utfordring i rekruttering. Har de sett den selv?

Vi er alle enige om at kliniske oppgaver og utfordringer, mulighet for faglig oppdatering, utvikling og forskning, avdelingenes prestisje utad, arbeidsmiljø og lønn er blant de viktigste virkemidler for å rekruttere. I svensk sykehusvesen skjer legers lønnsdannelse oftest ved nyansettelser.

Enkelte administratorer har genuin glede av å irritere seg over oss i den forbindelse. Husk da at alle andre rekrutterende virkemidler enn lønn avhenger av god ledelse. Ledere som unndrar seg på grunn av lite penger og grådige leger, stiller sitt manglede talent i et patetisk lys. Dette bør være et ubehagelig faktum for dem som strever med rekruttering, og særlig for dem som samtidig elsker å hate oss. Ledere fra vår egen profesjon som fomler med sin rolle unntas ikke fra kritikken.

Noen avdelinger beholder både kompetansen og entusiasmen innenfor eksisterende økonomi.

Vi skulle slippe å fortelle dem det. For likevel å bidra positivt til deres nyttårsforsett, kan det antydes at det, i tillegg til kroner, handler om overordnede omtanke, og om underordnede verdighet og verd. En nøkkel til rekruttering er kanskje å dyrke gjensidigheten i folkeskikk, fokus og forutsigbarhet.

KONFERANSE

Soria Moria 27. april 2006

LEGEYRKET FRA MANNSBASTION TIL KVINNEFRONT?

En legepopulasjon i endring
Det blir stadig flere kvinnelige leger
i Norge og i andre vestlige land.
Hvordan påvirkes fag og helse-
tjeneste?

ARRANGØR:

Legeforeningens Likestillingsutvalg

For mer informasjon
kontakt Ragni Skille Berger i
Legeforeningens sekretariat

E-POST:

ragni.skille.berger@legeforeningen.no

TELEFON:

23 10 91 77

TILLITSVALGTE!

Sett av 26.-28. januar 2006



TARIFFKURS PÅ DANSKEBÅTEN

(Oslo-København-Oslo)

Tillitsvalgte og landsrådsrepresentanter blir igjen invitert av Of til tariff-kurs på Danskebåten. Det er sendt ut invitasjoner med program til den enkelte.

Merk tidsrommet, sett av tid. Send påmelding så raskt som mulig; enklest per e-post: edith.stenberg@legeforeningen.no. De største sykehusene kan sende 2-3 tillitsvalgte, vara-hovedtillitsvalgt eller medlemmer av tillitsvalgtutvalg.

Konferansen vil evaluere de omsider avsluttede forhandlinger. Både frustrasjon og eventuell positiv erfaring vil være relevant for forestående mellomoppgjør og for vårt videre tvangsekteskap med NAVO. I OVERLEGEN 2005 NO1 står et referat fra forrige møte, det ligger også på våre nettsider www.overlegeforeningen.no

MØTE I OFS LEDERNETTVERK

Ofs ledernetverk hadde møte 9. november 2005 på Soria Moria. Hensikten var å evaluere ordningen med etablering av nettverk for å se om det er grunnlag for å videreføre arbeidet.

Nettverket består av erfarne ledere med medisinsk spesialistbakgrunn som har sagt seg villige til å være samtalepartnere for kolleger i lederstillinger. Nettverket er et uformelt konsept i Ofs regi og administreres av Ofs lederutvalg og sekretariat. Ledernetverket er ikke ment å erstatte den juridiske bistand man ellers innhenter fra Legeforeningens sekretariat. Legeledere møter erfaringsmessig utfordringer i tilknytning til medisinsk ledelse

som det kan være ønskelig å diskutere med en erfaren, uholdt kollega. Det kan være et behov for å drøfte vanskelige tema før de tas opp i avdelingen eller med overordnede, eller generelle problemstillinger knyttet til lederposisjonen i en stadig mer presset hverdag.

Deltakerne i nettverket er uavhengige samtalepartnere som formidler sine personlige synspunkter og gir uforbindtlige råd – om ønskelig med oppfølgingsamtaler. Kontakten med den enkelte kollega skjer fortrolig og primært gjennom telefonsamtaler eller e-post.

Ledernetverkets konklusjon er at tilbudet bør videreføres.

FØLGENDE LEDERE KAN KONTAKTES DIREKTE:

- Jon Haffner** Sykehuset Buskerud HF, kirurgi
tlf. 90 09 48 16 jon.haffner@helse-sor.no
- Fred A. Murer** Helgelandssykehuset HF, indremedisin,
tlf. 75 12 57 27 / 90 97 22 65 fred.a.murer@rasyk.nl.no
- Stein Tore Nilsen** Helse Stavanger HF, gynekologi
tlf. 51 51 80 05 stn@sir.no
- Otto W. Steinfeldt-Foss** Helsetjenesten v/UiO / privat praksis, allmennmedisin, psykiatri, samfunnsmedisin
tlf. 22 55 42 88 / 40 20 00 19 ottost@extern.uio.no
- Einar S. Hysing** Rikshospitalet HF, anestesi
tlf. 23 07 36 94 / 41 52 54 12 enar.hysing@rikshospitalet.no
- Helge Skard Dokka** Sørlandet sykehus HF, psykiatri
tlf. 37 01 44 26 / 48 02 77 83 hsdokka@onlin.no
- Lars Holst-Larsen** Helse Fonna HF, Haugesund, indremedisin
tlf. 52 73 25 41 / 90 78 07 58 lars.holst-larsen@helse-fonna.no
- Torunn Alveng** Nordlandssykehuset HF, Bodø, psykiatri
tlf. 75 50 10 12 torunn.alveng@nordlandssykehuset.no
- Borghild Roald** Ullevål Universitetssykehus HF, patologi
tlf. 22 11 89 24 b.b.h.roald@medisin.uio.no
- Kjell Wigert** Akershus Universitetssykehus HF, barne- og ungdomspsykiatri
tlf. 67 91 2400 kjell.wigert@ahus.no
- Hans Petter Fundingsrud** Universitetssykehuset i Nord-Norge, pediatri
tlf. 77 62 63 44 / 77 66 92 41 hansfu@online.no, hans.petter.fundingsrud@unn.no

For nærmere opplysninger om nettverket og for navn på øvrige medlemmer av nettverket, kontakt Ofs sekretariat:

Signe Gerd Blindheim

tlf. 23 10 91 58 / 90 97 85 08 signe.gerd.blindheim@legeforeningen.no

Edith Stenberg

tlf. 23 10 91 57 / 90 19 90 73 edith.stenberg@legeforeningen.no

Ta også kontakt med Ofs sekretariat dersom du er interessert i å delta i nettverket!

B-BLAD

Returadresse:
Norsk Overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

