

MARS 2004 #1

OVERLEGEN



- s. 3 **En slags samurai**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 5 **Lojalitet i foretaksreformens tid**
Leder av Lars Eikvar
- s. 7 **Svikt ikke forskningsfokus og utviklingsarbeid!**
av Håvard Skeidsvoll
- s. 9 **Dagen derpå**
av Anna Birthe Bach, Mogens Hüttel og Erik Kristensen.
- s. 11 **Lim i en våknende organisasjon – kursvirkosomhet som stimulering**
av Eilif Natrud, Kolbjørn Forfang, Borghild Roald
- s.15 **Of's tariffkurs på Danskebåten**
av Espen Huldt Nystrøm
- s.22 **Bånn i B-bøtta**
av Espen Huldt Nystrøm
- s. 23 **Kvinner og barn først**
Av Ole Bjørn Kittang

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, JON GJÆRLØW,
UKJENTE KILDER.

LAY-OUT: JOHANNE HJORTHOL / FEBER

TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,

PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO

OPPLAG: 6200

FORSIDEN: THE ACTOR ICHIKAWA DANJURO VII AS A SAMURAI WARRIOR (SURIMONO - WOODBLOCK PRINT), KUNISADA, UTAGAWA (1786-1864)/ FITZWILLIAM MUSEUM, UNIVERSITY OF CAMBRIDGE, UK, / WWW.BRIDGEMAN.CO.UK



En skulle ikke se helt bort fra samuraiene. Disse japanske føydalherrer kom til makten på 1100-tallet og beholdt den i nær 700 år. Nesten like imponerende som kirken i Europa, bortsett fra at kirken utøvet sin makt via åndelige dogmer og folks fantasi. Og ett og annet bål, sant nok. Samuraienes metoder var enklere. Man arvet retten til å bære to sverd. Samt til å avkorte hvem som helst med en hodehøyde, forutsatt at vedkommende hadde stirret en inn i øynene. Det må bli resultater av slikt.

På den annen side var samuraiene bundet av en lojalitet hinsides det vi klarer å oppfatte som meningsfullt. En urlgende dreier seg om 47 edsvorne menn som hevnet sin herre; han var tvunget til å begå harakiri som straff for å ha fornærmet en høy embedsmann. De 47 herreløse samuraier drepte derfor embedsmannen, overga seg så til øvrigheten for å ta sin straff, og ble beordret til å begå harakiri - som de gjorde forskriftsmessig. Slik ble de eksempler til etterfølgelse i århundrer.

Et samfunn basert på en slik moralkodeks burde være en intellektuell utfordring for de fleste. Flere hundre års varighet gir mistanke om at kulturen likevel kan ha hatt gode, funksjonelle sider. Vi kan neppe evaluere relativ betydning av trussel, straff, lojalitet, ære og belønning i en slik kultur. Men det må ha vært et sterkt lim til stede; tanken om at samuraiene satt trygt i kraft av noe mer enn sine sverd, er fascinerende.

Vitsen med den avsindige tanke å stille flere hundre års samuraivelde opp mot norske overlegers posisjon, er naturligvis at samuraienes innflytelse var te og rakk, mens vår skranter etter noen tiår – tross innsats fra samfunnets beste hoder, og til tross for

En slags samurai

Troskap til et alment akseptert og overordnet prinsipp, det være seg rått eller subtilt, er en kime til integritet. Og dermed til troverdighet overfor både fiender og venner.

at vi som medisinerer er mer kompetente enn noen gang. Hva gjorde samuraiene riktig – i tillegg til at de hugde ned for fote?

Slik kan dåren spørre. Shintoismen har sikkert historisk rekord i krav til lojalitet – som vi finner eksotisk. Men troskap til et alment akseptert og overordnet prinsipp, det være seg rått eller subtilt, er en kime til integritet. Og dermed til *troverdighet* overfor både fiender og venner. Hvor vanvittig det kan synes er vi i samme terreng, selv om vårt overordnede prinsipp ikke er makt/underkastelse, men menneskeverd/solidaritet.

Vår medisinske kompetanse rekker til å utøve og utvikle faget. For å implementere dette må vi i tillegg vite hva vi skal være overfor alle som er med å trekke lasset; slik innsikt er en nødvendig ramme for den gode gjerning. Gjerningens forankring ligger likevel et helt annet sted; vi forvalter en rettighet. Det krever *troverdighet* – ingen selvfølge for profesjonen i dag.

Kultur er lite målbart. Det er umulig å si hvor mange konsultasjoner med ryggen mot pasienten og øynene på skjermen – eller hvor mange strykninger i operasjonsprogrammet på grunn av dårlig preoperativ utredning – som trengs før pasientene som gruppe føler seg utenfor vårt fokus.

Bedre blir det ikke når holdninger og adferd, som vi må forbedre, svekkes når andre setter dem under systematisk press. Å være enhetlig leder med dårlig økonomi krever sterk ryggrad for å unngå varig forkrøpling; det dreier seg om retten til å definere det forsvarlige. Politikere tør ikke ta i dette, de beslutter økonomiske rammer og lukker øynene. Mange administratorer skjønner at de ikke kan bestemme forsvarlighetens grenser selv, men nøyer seg likevel

med å nikke oppover i systemet. Svarteper havner hos legeledere som må velge mellom pasienter og budsjett, eller mellom samvittighet og jobb. Valget var kanskje enkelt for Hippokrates. Men i dag hjelper mange av oss til med å skubbe profesjonsetikken mot en tåkelagt skrent, og vi kan ikke se når det blir bratt. Tåler vår troverdighet dette; har vi vurdert gevinst mot risiko når vi gambler med lojaliteten?

Å leve slik kan være det minste av de foreliggende onder. Men mangel på etisk refleksjon kan være en strategisk bommert som svekker oss, selv om vi oppnår posisjoner på kort sikt. Ingen offisielle organer synes å ha brydd seg om dette; snarere tvert imot, kan en si, når det for eksempel oppfattes at vår president legger statsbudsjettet på pasientenes skuldre og foreslår økte egenandeler.

Vi må passe lojaliteten; den må ikke tilsløres. Klassiske profesjonsidealer er langt fra utgått på dato og må være synlige blant dem vi forvalter rettigheter for. Vil vi levere premisser kreves det at vi er tydelige både i det faglige og i det etiske landskap. Strategisk er det like viktig som å manøvrere nær maktens tinder. Etter fire hundre års samuraistyre la forresten Tokugawa om fra sverd til penn, mens shintoidealene ble beholdt – og samuraivelde varte 250 år til.



Med hilsen

Espen Huldt-Nystrøm

LOJALITET I FORETAKSREFORMENS TID

AV LARS EIKVAR

Dagsrevyen hadde for en tid siden et innslag om norske legespesialister som ble rekruttert til stillinger i staten Pennsylvania i U.S.A. Angivelig kunne det enkelt rekrutteres 100 spesialister til slikt arbeid, og man undret over konsekvensene for norske pasienter dersom dette ble en realitet. Sentralstyremedlem Einar Hysing i Den norske lægeforening uttalte i samme innslag at dette ikke representerte noen dramatisk endring av forholdene.

Historisk sett har en betydelig andel av norske leger studert og arbeidet utenfor Norge. I perioder har hver tredje norsk lege fått grunnutdanningen i utlandet. Også spesialisering har vi hentet utenlands, særlig i andre nordiske land, men også ellers i Europa og i U.S.A.. Her har både spesialistkandidater og ferdige spesialister deltatt i forskning og metodeutvikling, og de har brakt med seg kompetanse som manglet her hjemme. Disse bidrag til vår samlede kapasitet og kompetanse er helt avgjørende for kvaliteten på våre spesialisthelsetjenester.

At enkelte av oss i perioder har søkt seg til utlandet, har ikke vært noen trussel for norske pasienter, men et nødvendig bidrag til å styrke behandlingstilbudene på våre sykehus.

Medisinsk kunnskap preges nå av samme globalisering som andre samfunnsområder. Trolig vil norske leger tilbringe en større del av sin karriere i utlandet i framtiden. Dessuten har Norge i mange år nytt godt av en netto tilgang på leger og legespesialister fra utlandet, spesielt fra Norden. Ved et framtidig legeoverskudd i Norge, vil flere av våre nyutdannede søke arbeid i utlandet. Svenske kolleger rapporterer allerede at et økende antall norske leger er under spesialisering der. Den samme utviklingen hadde vi i en periode fra midten av 1980-tallet, da det både var relativ mangel på utdanningsstillinger i Norge, og behov for flere leger ved sykehusene i vårt naboland. I 1990-årene var utviklingen stikk motsatt, med en sterk økning av sykehuslegestillinger i Norge og et visst overskudd av nyutdannede

leger i Sverige, slik at strømmen av nyutdannede og av spesialister snudde. Også fra Danmark, Finland og Island har vi i denne perioden fått et viktig tilskudd av legeressurser; samtidig har gitt disse legene fått muligheter for spesialisering.

Endrede arbeidstidsbestemmelser i EU og en økende uro i den offentlige spesialisthelsetjenesten i flere europeiske land har skapt etterspørsel etter legearbeidskraft i for eksempel Storbritannia og Tyskland. Den virkelig store mangelen på leger og spesielt spesialister finner man imidlertid i de deler av verden der manglende politisk vilje, svak samfunnsmessig organisering eller lav økonomisk bæreevne står i veien for en forsvarlig helsetjeneste. Globalisering av medisinen per se bedrer neppe situasjonen der. Økt transit av leger over landegrensene og økende kommersialisering av legetjenester vil trolig forsterke overføringen av leger fra den tredje verden til de vestlige land.

Høy kapasitet og kompetanse innen norsk spesialisthelsetjeneste har ikke kommet gratis. Staten, sykehuseierne og Legeforeningen har i samarbeid tilrettelagt for en systematisk oppbygging av spesialistutdanningen etter nasjonale behov i sykehusene. Vi har derfor utdannet langt de fleste av våre spesialister selv og viser en betydelig «sjølvbergingssevne». Dette har samtidig knyttet spesialistene tettere til sykehusstrukturen og bidratt til at vi generelt er meget lojale mot egen institusjon.

Men i reportasjen kommer det også fram at vi er bekymret for utviklingen på våre sykehus. Støyt rundt våre tjenester og negativ oppmerksomhet i media, kombinert med generelt stadig trangere økonomi gir grobunn for en økende mistrivsel hos mange av oss. Dette er ikke et særnorsk fenomen, men har lenge blitt omtalt i internasjonal medisinsk litteratur. Vår lojalitet med egen arbeidsplass kan svekkes vesentlig hvis en slik utvikling ikke snur. Rekruttering og ivaretagelse av profesjonen trues ved dette;

et økende behov for sykehusspesialister i utlandet bedrer neppe situasjonen.

Arbeidssituasjonen for leger på norske sykehus må være slik at legene føler sin innsats verdsatt, først og fremst ved at den medisinske diagnostikk og behandling som pasientene kommer for å få, settes i sentrum for all planlegging og prioritering. Foretaksreformen har egentlig lagt til rette for å møte fremtidens utfordringer, gjennom klare styrings signaler og tilstrekkelig frihet til å organisere virksomheten ut fra lokale behov. Men hittil har økt fokus på budsjettkontroll og innsparinger bare forsterket den negative stemningen på sykehus. Spesielt ugunstig var signalene fra helsedepartementet om «frysing» av aktiviteten. Intet er mer egnet til å desillusjonere norske sykehusleger enn dette. Uten et minimum av handlingsrom for forbedringer vil troen på det meningsfulle behandlingstilbud gå tapt hos mange av oss. Det ville virkelig være en trussel for pasientene.

Spesialisthelsetjenesten må kunne utvikles gjennom så vel lokale som nasjonale initiativ. På få områder i samfunnet ligger spisskompetansen hos utøverne lavt i hierarkiet, som hos oss. En slik fordeling forutsetter imidlertid at vi har en høy grad av ansvarsfølelse og lojalitet overfor pasienter og eier. Men det fungerer ikke uten at våre oppdragsgivere på sin side har vilje og tillit til å gi nødvendig handlingsrom.

Det kreves aktiv innsats fra *begge* parter for å oppnå gode vilkår for vårt arbeid i pasientenes tjeneste. Sykehuseier bør oppfatte at medisinske spesialister opererer i en dynamikk som strekker seg lengre enn statsbudsjettet for i år. Tid og anledning til å hente ny kunnskap og erfaring både ved eget sykehus og andre institusjoner er nødvendig, med tanke på medisinsk så vel som organisatorisk utvikling. Bare da kan vi fortsette å yte den beste service for pasientene •

Svikt ikke forskningsfokus og utviklingsarbeid!



av Håvard Skeidsvoll

Årets oppsummering av helsereformen, viser at den ikke har vært en faglig reform så langt. Selv om den teoretisk sett fokuserer på forskning og utvikling, kan kvaliteten på våre tjenester relativt raskt svekkes i det nåværende økonomiske klima; det bør det ikke herske tvil om for oss, våre administratorer eller sykehuseieren.

Kunnskapsvolumet innen medisiner øker i et akselerende tempo og fører oss mot stadig mer nisjepreget aktivitet - spesialisering på kvist- eller støvbærernivå.

Mange politikere, administratorer – og fagfolk langt inn i egne rekker – avfeier dette som faglig jåleri. Naturligvis må det ikke herske tvil om viktigheten av et felles faglig fundament; det må ikke reises tvil om at medisinen behøver felles grunnutdanning, eller at generalisten har en selv-sagt plass med sin tydeligere helhetsprofil. «Problemet» er at

pasienter, pårørende, våre politikere og ledere – kort sagt alle – forlanger medisinsk yrkesutøvelse på høyde med det ypperste når det virkelig gjelder. Og «det gjelder» alltid når vi selv eller våre nærmeste blir berørt.

I et helsemarked basert på konkurranse ser vi forskjellen mellom virksomheter der oppdatert medisin praktiseres, og der man bedriver gårdsdagens medisin. For å bruke næringslivets formulering vil det dreie seg om å være «out of business». Vi kan være brennsikre på at pasienten etterspør «best

practice» der diagnostikk og behandling foregår, og at vi blir sammenlignet med det beste fra helsestilbydere internasjonalt. Dette er ingen uønsket utvikling.

Vi har lenge visst at norsk forskning har ligget på bunn i forhold til land vi liker å sammenligne oss med, inklusive våre nordiske naboer. Dette gjorde gjennomgående lite inntrykk på våre tidligere eiere. Men vi bør ikke lenger være bekjent av at vårt nærmeste naboland satser 3 ganger mer enn vi på forskning per innbygger. Medisinsk kunnskap er et

internasjonalt felleseie; medisinsk kunnskap vil i større grad enn økonomi, bygninger og organisasjon være det viktigste konkurransefortrinn. Der man i dag ikke oppdaterer seg og driver egen utvikling og forskning, risikerer man å få lite å gjøre i morgen.

Eierskapsreformen har medført en ny giv der forskning og utvikling er flyttet opp på prioriteringslisten. Flere helseregioner arbeider med forskningsstrategi, har opprettet stillinger knyttet til dette, og begynt å fordele stipend- og utviklingsmidler til aktive miljøer. Dette er nye toner.

Men nye toner løser ikke problemene uten videre. Vi har på mange sykehus argumentert med at løpende forsknings- og utviklingsarbeid må tas inn i ordinær arbeidstid. En farbar vei kan også være fordypningsstillinger for overleger, svarende til D-stillingene for leger under spesialisering.

ta ut avtalefestet tid, dels fordi noen lokale avtaler ikke tar med hele den avtalefestede lønnen, og dels fordi vikarressursene er utilstrekkelige.

Fordypningstid, som mange sykehus hadde avtalefestet for over-

faglighet som er nødvendig for å opprettholde tilbudet til befolkningen. Vi må ha klart for oss at nasjonale samfunnsinteresser står på spill, og vi bør etterlyse overordnede føringer. Det er også verd å minne om plikten og de formelle krav til arbeidsgiver og

... Det synes å være sammenheng mellom produktivitet og godt avdelingsmiljø, tydeligst i avdelinger med sterkt fokus på forsknings- og utviklingsarbeid.

leger, er falt bort mange steder i forbindelse med eierskifte og ny overenskomst. Arbeidsgiver hevder gjerne at fordypningstid må avtales mellom den enkelte avdelingsleder og legene. Både legeledere og profesjonsnøytrale ledere mangler imidlertid tilstrekkelig trykk til å kjøre forsknings- og utviklingsprogram, når dette settes opp mot trange budsjett og

arbeidstaker om å vedlikeholde kompetanse; det kan vises til rettsavgjørelse som slår fast dette.

Vi må regne med at alle søkere til legestillinger vil sette større krav og betingelser til forsknings- og utdanningsforhold. Slike rammer utgjør et konkurransefortrinn i kampen om de beste søkerne. I flere undersøkelser synes det å være sammenheng mellom produktivitet og godt avdelingsmiljø – som samarbeidsklima og entusiasme. Effekten synes større i avdelinger med sterkt fokus på forsknings- og utviklingsarbeid enn i avdelinger som ikke satser på dette. Nær kontakt med relevante akademiske miljøer er derfor viktig, og må pleies og videreutvikles. Fag- og kvalitetsutvikling gjennom systematisk lokalt arbeid forutsetter holdningsendring hos alle aktører og må sikres gjennom både sentrale og lokale avtaler. Det tar tid å vende ei slik skute, vi øyner noen holdningsendringer, og har ingen tid å miste.

Overenskomster på lokalt nivå tenderer til å sparke beina under den faglighet som er nødvendig for å opprettholde tilbudet.

Slike tiltak oppfattes imidlertid som kostnadskrevende.

Overlegepermisjonen har vært fruktbar med tanke på fagutvikling, både for foretak og den enkelte lege. Det har vært viktig at den var forankret i sentrale avtaler. Men mange kolleger har hatt store problemer med å

produktivitetskrav. Resultatet ser vi flere steder; kompetansemidler og fordypningstid blir noe av det første som salderes i budsjettdiskusjoner – selv om alle skjønner at «gevinsten» er høyst kortvarig.

På denne bakgrunn ser vi at overenskomster på lokalt nivå tenderer til å sparke beina under den

Fredag den 9. januar kom Strukturkommissionens bud på en ny forvaltningsstruktur. Betænkningen er ikke mindst foranlediget af ønsket om en ændret organisering af sundhedsvæsenet. Er der behov for det? Hvilke problemer søger man at løse med en ny forvaltningsstruktur?

Overlægeforeningen har via et nordisk samarbejde samlet erfaringerne fra vore nabolande. Ved mødet i den nordiske overlægeforening juni 2003 diskuterede man forskelle i organiseringen af sundhedsvæsenet i de nordiske lande.

Foranlediget af Overlægeforeningens formand Erik Kristensen blev det besluttet at iværksætte et fælles analysearbejde for at beskrive de erfaringer, man har gjort i vore nabolande. Norge, Sverige, Finland og Danmark har som fælles træk idealet om den fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, og sundhedsvæsenet er helt overvejende skattefinansieret. Men her hører lighederne også op.

I det følgende gives en kort beskrivelse af de 4 nordiske modeller. På baggrund heraf peger Overlægeforeningen på nogle vigtige forudsætninger for en vellykket reform i Danmark.

Den finske model.

446 kommuner står for driften af den primære sundhedstjeneste med 250 helsecentre til en population på 5,1 mill. mennesker. Med henblik på sygehusrift har kommunerne organiseret sig i helsedistrikter, der i dette samarbejde finansierer sygehushæsenet. Der er således tale om 446 driftsherrer.

Den finske sundhedsstyrelse er afskaffet. Der er således ingen formel faglig koordination, og der er store forskelle i økonomisk og fagligt potentiale imellem helsedistrikterne.

DAGEN DER PÅ

Artikelforfattere: Anna Birthe Bach, Mogens Hüttel, Erik Kristensen, den Danske Overlægeforenings bestyrelse.

Artikkelen var første gang publiceret i Ugeskrift for Læger 2003;123:345-347.

NORGE:

... DRG-afregningsprincipperne omgås med nogen kreativitet ...

SVERIGE:

... køber-sælger-modell i sygehushæsenet har ikke kunnet styre økonomien, men har givet et stort bureaukrati ... resulteret i produktion for egen vinding, uden forståelse for helheden...

Der er lovkrav vedr. ventetider på behandling til forskellige niveauer (3 dage, 3 uger, 3 måneder med maks. 6 måneder på specialistbehandling).

90'ernes lavkonjunktur udsultede ikke mindst sygehusriften og ikke mindst psykiatri. Finland yder Europas laveste andel af bruttonationalproduktet til sundhedsvæsenet. Alle med indsigt i funktionen konstaterer, at manglen på økonomiske midler og manglen på faglig og forvaltningsmæssig koordinering påvirker kvaliteten i negativ retning.

Den svenske model.

Sygehusriften organiseres og finansieres af 6 sygehushregioner. Man har siden midten af 80'erne

FINLAND:

... det er tale om 446 driftsherrer ... og ingen formel faglig koordination.

arbejdet med køber-sælger-modeller i sygehushæsenet. Man er netop nu ved at forlade dette princip, der ikke har kunnet styre økonomien, men har givet anledning til et stort bureaukrati. Køber-sælgermodellen har været anvendt i 13 af 21 svenske län i stort set lige så mange variationer. Det har vist sig, at de län, som har køber-sælgermodellen udviser et større underskud end län uden dette købmandskab. Det har endvidere været karakteristisk, at modellen har resulteret i produktion alene for egen vinding, men uden forståelse for helheden.

Den nuværende organisation har således ikke kunnet håndtere den udtalte mangel på økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet, og der foregår for tiden et kommissionsarbejde, der sigter på en mere hensigtsmæssig organisering i lighed med de danske bestræbelser.

Den svenske overlægeforening (Sjukhusläkarföreningen) har et forslag til reorganisering, der sammen med tilførsel af økonomiske midler kunne øge kvaliteten og tilgængeligheden:

–Højt specialiseret behandling med statslig finansiering

–Specialiseret behandling med landstingsfinansiering

–Nærsvkjvård på kommunalt finansieret niveau

Den norske model.

Pr. 1.januar 2002 overtog den norske stat ejerskabet til hospitalerne og overlod driften til 5 regionale virksomheder (bestiller funktionen), der herefter køber tjenesterne fra hospitalerne. De regionale virksomheder ledes af ikke-politiske bestyrelser.

Afregningen foregår efter DRG-model, og der er nu lagt op til konkurrence mellem de enkelte hospitaler og mellem disse og private klinikker.

Efter 1 års drift viser der sig diverse vanskeligheder: –Der er et meget stort underskud på sundhedsbudgettet.

–Regnskabsprincipperne diskuteres (er der pyntet på tallene for at legitimere den nye struktur?)

–DRG-afregningsprincipperne omgås med nogen kreativitet. Ved gennemgang af journaler og afregninger ses tendenser til manglende sammenhæng mellem de kliniske ydelser og de anførte takster i op til 40% af tilfældene)

–Sammenlægning/nedlægning af sygehuse giver måske ikke højere effektivitet

Den danske model.

Siden 1995 er sygehusriften forestået og finansieret af de 14 amter og Hovedstadens Sygehushæsen, H:S, idet der dog tilføres årlige bloktilskud fra staten. Disse har i 90'erne fået karakter af politisk

styringsinstrument, idet de er blevet øremærket til kræftplan, hjerteplan, ventetidsgarantier osv.

Frit sygehusvalg (1993), introduktion af funktionsbærende enheder (1998), DRG-afregning(2000) og 2 måneders behandlingsgaranti(2002) har på forskellig måde modificeret amternes organisering af sundhedsvæsenet og incitamentet til interamtslige alliancer.

I den nuværende amtslige organisation er der principielt ingen formaliserede faglige styringssystemer, idet specialerådene har meget forskellig indflydelse på udviklingen. Der er sporadisk involvering af brugersynspunkter med hensyn til drift (H:S).

Konklusion.

Der er i de øvrige nordiske lande gjort nogle erfaringer, der ikke indbyder til gentagelse. Overlægeforeningen opfordrer til, at man inddrager disse erfaringer i etableringen af en ny forvaltningsstruktur. Overlægeforeningen ser en regionalisering som en forudsætning for en fortsat faglig udvikling af det danske sundhedsvæsen. Uanset hvilken form for regionalisering man vælger, vil vi pege på nogle elementer, der bør være bærende i en ny struktur:

- **Et kommende regionalt samarbejde bør styres af folkevalgte. På denne måde fastholdes et direkte ansvar i forhold til borgerne.**
- **Ansvar og kompetence bør følges ad, og skatteudskrivningen bør derfor ligge hos den myndighed, der driver sygehusvæsenet.**
- **Det er alle involveredes pligt, at vi får den bedst mulige behandling for de penge, der investeres. Der skal ikke spekuleres i sygehusdrift, og sygehuse skal derfor fortsat drives som non-profit-organisationer.**
- **For at undgå gråzoner med mulighed for ansvarsforflygtigelse, skal de praktiserende læger, psykiatrien og det somatiske sygehusvæsen organiseres under samme myndighedsbeføjelse.**
- **Vi ser muligheden for en landsdækkende koordinering af sygehusvæsenet som en meget væsent-**

lig fordel ved en ny struktur. Sundhedsstyrelsen bør derfor styrkes i faglig henseende og tillige organiseres som en central politisk uafhængig sundhedsmyndighed med planbeføjelser.

- **På baggrund af en landsdækkende koordinering kan den præhospitale indsats tilrettelægges, så antallet af akutberedskaber kan reduceres.**

Vi håber, der også bliver basis for en landsdækkende IT-strategi med elektroniske patientjournaler, som også patienten har adgang til, ligesom koordinerede indkøbsstrategier kunne give økonomiske fordele. Bag det hele ligger ønsket om, at der nationalt tilbydes et ensartet fagligt behandlingstilbud på internationalt niveau.

KONKLUTION:

... de øvrige nordiske lande (har) gjort nogle erfaringer, der ikke indbyder til gentagelse ...

Den danske model, som den i dag fungerer, præsenterer sig ganske godt ved internationale sammenligninger. Der er imidlertid et klart potentiale for forbedringer.

Overlægeforeningens medlemmer, der er ledere på flere niveauer i sundhedsvæsenet, ser frem til at bidrage til, at der etableres en model, der bruger udlandets erfaringer og inddrager de nye muligheder for incitamentsstruktur og faglig udvikling, der kunne give et endnu bedre sundhedsvæsen.



Tilbageblik på Overlegeforeningens kurs i ledelse og aktuell helsepolitik 1988-2001:

LIM I EN VÅKNENDE ORGANISASJON -Kursvirksomhet som stimulering

Of i sin nåværende form er et forbausende ungt skudd på Legeforeningens stamme. Tanken om å utvikle vår helsepolitiske orienteringsevne var sterk kost for moderforeningen, men Of-entusiastene overvant den sentrale skepsis. Of's kursvirksomhet tok utgangspunkt i problemstillinger på makronivå og ga direkte kontakt med nasjonale helsemyndigheter. Var vår horisont og legitimitet større før driftsfokus og pengesorger for alvor trakk lua ned over øynene våre? Forfatterne dokumenterer en viktig del av Of's historie.

-Red

Overlegeforeningens historie er historien om en liten sekt for spesielt interesserte som utviklet seg til å bli en stor og sentral aktør i Den norske lægeforening. Årsakene til dette er mange. Vi vil her fokusere på kursvirksomheten, som vi mener har spilt og spiller en betydelig rolle for foreningens liv og suksess.

Foreningen ble stiftet i 1961 og godkjent som spesialforening under navnet Overordnede Sykehuslegers Forening (OSF). Den hadde liten tilslutning og verken prestisje eller innflytelse blant overlegene eller i Legeforeningen generelt. Foreningens første og mangeårige sekretær, Øivind Christensen (daværende økonomidirektør i Dnlf), beskrev den trange fødselen i forbindelse med 35 års jubileet: Tross årskontingent på beskjedne kr.10,- hadde foreningen etter 2 års intens vervingsaktivitet bare 375 medlemmer. Foreningens navn ble skiftet til Norsk overlegeforening (Of) i 1988.



av Eilif Natrud, Kolbjørn Forfang og Borghild Roald

Temaer fra Røroskursene – med fokus på ledelse:

- Profesjonell ledelse
- Helsefarlige ledere
- Overlegers makt, posisjon og sosiale intelligens
- Bruk og kast av ledere
- Ledelse og lagspill
- Hvorfor er det så få kvinnelige leger i lederstillinger i sykehus?
- Ledelse av komplekse organisasjoner
- Medisinsk faglig utvikling; en utfordring.
- Konflikt og konfliktarbeid i sykehuskulturen
- Søkelys på småsykehusene
- Medisinsk etikk
- Prioriteringer i helsevesenet
- Psykiske problemer hos leger
- Avdelingenes ansvar som helseopplysere
- Personvern på godt og vondt
- Kvalitet i norsk medisinsk forskning
- Den elektroniske journal
- Spesialistutdanningen i støpeskjeen
- Medisinsk journalistikk
- Privatisering av helsevesenet i Norge
- Omsorg ved livets slutt
- Klinisk kommunikasjon
- Teknisk utstyr i sykehusene
- Seniorpolitikk for sykehusleger
- Vil turnustjenesten overleve?

PÅ MIDTEN AV 1980-TALLET ØNSKET OF'S STYRE Å KOMBINERE ÅRSMØTENE MED KURS. Legeforeningens sekretariat satte seg i mot dette av prinsipielle årsaker. Det ble også prinsipielle diskusjoner sentralt da man ønsket å ta opp helsepolitiske emner. Mange fant det vanskelig å akseptere at Fond I skulle finansiere kurs med politisk innhold. Det var også motstand mot forslaget om å legge kurset til Røros. Daværende avdelingsjef for kursvirksomhet i Dnlf ville av forskjellige grunner at alle kurs skulle legges langs Bergensbanen.

I 1987 fikk Of likevel grønt lys. Styret kunne planlegge det første kurset i foreningens regi, finansiert via Fond I. Formann Rasmus Svihus og de øvrige styremedlemmene (Magne Aandahl, Arnt Jakobsen, Eilif Natrud, Jan Pape, Rolf Schøyen, Tone Sparr og Arne Trippestad) fungerte som kurskomité med Eilif Natrud som kursleder.

Det første Røroskurset ble holdt i november 1988, i forbindelse med årsmøtet i Of. Det ble en braksuksess. Samtlige 180 hotellrom på Røros var leiet for å få plass til alle interesserte; likevel oppsto det venteliste. Kurset ble derfor gjentatt i april 1989. Det var tydelig at kursopplegget dekket et savn etter helsepolitisk informasjon og et diskusjonsforum i overlegegruppen. Styret i Of besluttet å arrangere



to årlige kurs: Røroskurs hvert år i mars måned og kurs i forbindelse med årsmøtet i november. Årsmøtene med kurs har vært holdt på ulike steder i landet. Det har vært hevdet at stedene ble valgt ut fra styremedlemmenes bosted! Kursene ble først kalt Of's administrasjonskurs. Fra 1995 er de, mer korrekt, benevnt Overlegeforeningens kurs i ledelse og aktuell helsepolitikk.

ETTER DET FØRSTE, VELLYKKEDE, RØROSKURSET BLE KURSVIRKSOMHETEN TATT INN I FORENINGENS LOVER.

Ansvar for de to årlige kurs ble lagt til en egen kurskomité som skulle bestå av tre individuelt valgte medlemmer samt en representant fra Of's styre. Den første kurskomiteen ble valgt i 1989. Fra da av og til siste årsmøtekurs i 2001 var Eilif Natrud leder og Kolbjørn Forfang medlem. Ellen Hagemo var medlem av komiteen fra 1989 til 1991. Fra 1991 til 2001 var Borghild Roald kurskomiteens tredje medlem. Representantene fra Of's styre har vært henholdsvis Åge Enoksen, Rita Kolvik og Anne Larsen. Samlet hadde kurskomiteen et stort og mangefasettert nettverk. Den betydelige kontinuitet med stadige gjenvalg ble av komiteen tolket som en tillitserklæring og bekreftelse på vellykkede kurs. Komitemedlemmene tok også gjenvalg fordi arbeidet med kursene både var inspirerende og hyggelig.

Kursenes innhold

I 1988 startet det første Røroskurset med 45 minutters innledning ved helsedirektør Torbjørn Mork om aktuelle helsepolitiske spørsmål. Innlegget ble etterfulgt av plenumsdiskusjon med spørsmål og svar. Dette ble senere standardstart. Innlederen var alltid en sentral aktør i helse-Norge, oftest helsedirektøren eller en embetsmann fra departementets helseavdeling. Mork kom alltid da han var helsedirektør. Innslaget var populært og ga god oppdatering om aktuelle helsepolitiske problemer samt planer i kongeriket.

Kursene ble videre bygget opp rundt 3–4 hovedtemaer, hvert belyst av tre-fire foredragsholdere med ulikt ståsted. Kurskomiteen la stor vekt på god kontakt med foredragsholderne på forhånd, med tydelig klargjøring av hva som ble forventet. Vi argumenterte uhemmet med at kursene representerte en enestående sjanse til å møte 100–150 innflytelsesrike og helsepolitisk interesserte norske overleger, og at den følgende diskusjonen ville være til stor, gjensidig nytte. Plenumsdiskusjonene var således en viktig del av kursopplegget. Vi fikk sjelden nei på forespørselen om å delta med foredrag.

Røroskursene i mars og årsmøtekurset, også kalt høstkurset, utviklet seg etter hvert litt ulikt. Tematisk var Røroskursene mer preget av ledelsesproblematikk (se tekstboks 1) enn årsmøtekursene. Professor Ole Berg ved Senter for helseadministrasjon var en velkom-

Temaer fra Årsmøtekursene – med fokus på helsepolitikk

- Nødvendige data for utforming av helsepolitikken
- Konsulentfirmaer i sykehus
- Målstyring i institusjons-helsetjensten
- Ressursforvaltning og ressursprioritering
- Pasientrettigheter
- Bygger vi fremtidens sykehus?
- Samarbeid mellom profesjonene i sykehus
- Poliklinisering av institusjonshelsetjenesten
- 100 år med kvinnelige leger
- Pasienters rett til å velge behandlingssted
- Tilpasning til EU
- Klagesaker fra pasienter i sykehus
- Ansvar og rettsvern for leger
- Kvalitetssikring: keiserens nye klær?
- Har Norge ressurser nok til å drive et forsvarlig helsevesen?
- Norsk psykiatri fremtid: Hva er galt med norsk psykiatri?
- Legemiddelindustri og klinisk medisin: Smøring eller nødvendig etterutdanning?
- Kommunikasjonsveiene i sykehus
- Har vi egentlig legemangel i Norge?
- Aktiv dødshjelp
- De nye helselovene
- Funksjonsfordeling mellom små og store sykehus
- Skal alternativ medisin inn i offentlige sykehus?
- Innsatsstyrt finansiering: quo vadis?
- Sykepleierutdanning – utdanning til hva?
- Statseide sykehus organisert i foretak: Hvordan blir det?



men gjenganger. I 8 år hadde Røroskurset en fast programpost med søkelys på viktige institusjoners rolle i forhold til sykehusene.

SØKELYSET BLE SATT PÅ ROLLEN TIL FYLKESHELSESEJEFEN, FYLKESLEGEN, SJEFLEGEN, SYKEHUSSTYRET, POLITIKERNES STYRING, FYLKESLEGEN SOM TILSYNSMYNDIGHET, AVDELINGSOVERLEGEN OG SYKEHUSDIREKTØREN. I årene 1997, -98, -99 og -01 ba vi profilerte personer kåsere over temaet: «Hva livet har lært meg om ledelse og ledere.» Først ut var tidligere leder av Arbeiderbevegelsens arkiv og ordfører på Røros, Arne Kokkvold. De påfølgende foredrag av Kåre Willoch, Grete Faresmo og Thorvald Stoltenberg representerte store høydepunkter. Høstkursene fokuserte ofte på mer helsepolitiske og organisatoriske emner (se tekstboks 2).

Røroskursene gikk mandag til onsdag, mens høstkursene gikk over 3 halve dager, med årsmøtet etter lunsj andre dag. På Røros ble det derved noe mer tid til rådighet. Andre dag ble det derfor lagt inn lang lunsjtid som kunne brukes til kulturelle og sosiale arrangementer som omvisning i Røros med den legendariske guide Leif Hagen, kirkekonserter i Bergstadens Ziir, alternativt en skitur. Det ble etter hvert også tradisjon at kurskomiteen og Of's styre i forkant av kurset møttes til diskusjoner og tradisjonell Rørosmiddag på Eilifs hytte på Rismoen, like sør for Røros. Det ga grobunn for god kommunikasjon.

Kursene ble planlagt 5-8 måneder før de ble holdt. Kurskomiteen forsøkte hele tiden å forutse hva som kom til å være aktuelle problemstillinger ved kurstidspunktet. En rekke ganger var vi meget heldige! Det ble også lagt vekt på at kursdeltagerne skulle få møte profilerte og spennende personligheter fra så vel egen profesjon som fra næringsliv, universitet, offentlig administrasjon og politikk. Dette resulterte ofte i gode plenumsdiskusjoner.

I 13 ÅR FRA 1988 TIL 2001 DELTOK TIL SAMMEN 1600-1700 OVERLEGER I DENNE KURS-VIRKSOMHETEN. Vi mener at kursenes fokus på ledelse og helsepolitikk har vært viktig og oppslutningen tyder på stor interesse for emnene. Som en fagforening i helsesektoren er det viktig at så vel Of's medlemmer som ledelsen har god innsikt i landets helsepolitikk. Problemstillinger rundt ledelse og helsepolitikk er dessuten en felles plattform der overleger fra alle medisinske disipliner kan møtes i konstruktive og nyttige diskusjoner. Vi føler oss sikre på at kursene har hatt betydning for interessen for Of's arbeid og som skoloring av tillitsvalgte og andre interesserte overlegekolleger. Kursene har i tillegg gitt Of's ledelse kontakt med interesserte medlemmer, noe som i høy grad har bidratt til foreningens gode utvikling.



Redaktørens blick på

OF'S TARIFFKURS PÅ DANSKEBÅTEN

15. – 17. januar 2004

Levende tradisjoner gir motivasjon og identitet. Of's tariffkurs ble arrangert på danskebåten for niende år på rad. Kurset var imøtesett med forventning av over 50 tillitsvalgte samt av Of-styret og dets utrettelige sekretariatet som aldri mister oversikten. Redaktøren refererer nedenfor noen emner fra møtet.

Status januar 2004.

La det være klart: Forsinkelser i forhandlingene synes å bli et fast innslag; hovedavtalen skulle være avsluttet før jul, men forhandlinger pågår fortsatt. Så kommer A1 og A2 på sentralt nivå, her vil A2 komme under press fra arbeidsgiver som vil ha den bort. Og så slipper foretakene til med B-delsavtalene. Gjeldende avtaler går ut 31.03.04, så regn med forlengelse inntil vi er ferdige med de nye en eller annen gang rundt sommeren.

Avtalene har gitt noen hengepartier. Juridisk uholdbare forhold i B-delsavtalene må korrigeres. For eksempel lønnes overtidsarbeid flere steder dårligere enn Arbeidsmiljøloven tillater (minst timelønn pluss 40 %). Vi har også et evalueringsproblem: Riktignok synes vår lønn å ha økt mer enn alle andre. Men inn i grunnlønnlønner er det lagt en rekke rettigheter som tidligere ble kompensert på andre måter. Det er et problem hvis arbeidsgiversidens oppfatning av vår lønnsøkning blir gjeldende sannhet. I dette terrenget er premisser, fortolkninger og målte resultater verken enkle eller objektive.

Og forresten: Alle uenighetsprotokoller i kjølvannet av gjeldende B-delsavtaler har ligget på vent mens hovedavtalen har

Vi er ikke uenige. Det er dere som er uenige.

blitt forhandlet. Hva med protokollene dersom de blir liggende slik under A1- og A2-, og kanskje B-delsforhandlingene også? Det blir sikkert morsomt å huske hva man engang var uenige om, særlig sett i lys av en klassisk arbeidsgivertolkning fra et foretak litt syd i landet: Vi er ikke uenige, det er dere som er uenige •

Førstehjelpskurs i pensjonsforståelse.

Tariffkursets første tema var pensjonsordningen. Her lå den store gevinst ved sentrale forhandlinger for fire år siden, men Of har tatt inn over seg at vi er



Anne Beate Lien
– førstehjelp i pensjon

enkle sjeler, mange har gått glipp av sakens kjerne. Med vinterens huskestue i Helse Sør som ekstra motivasjon var de fleste modne for budskapet. Anne Beate Lien er fagsjef/helseforetak i KLP og holdt en glitrende oversikt over pensjonenes terminologi og prinsipper. De kan neppe refereres rettferdig på liten plass nå, men blir utdypet i bladet senere.

KLP er et gjensidig livsforsikringsselskap som eies av kundene, i sitt slag det siste i landet. Også KLP kan bli aksjeselskap i nær framtid, uten at det svekker våre rettigheter. Til forskjell fra Folketrygden som tar pensjonsutbetalingene over statsbudsjettet, har KLP alle nødvendige midler på bok. I selskapet har sykehusleger en egen ordning med egen økonomi. Vi blir lite uføre, og jobber lengst av alle KLP-medlemmer, men er likevel dyrest å forsikre på grunn av lønnsnivået.

Vår pensjonsutbetaling er todelte. I bunnen ligger folketrygden. Folketrygdpensjonen består

av grunnpensjon (1G eller 0,8G, avhengig av sivil status), og tilleggspensjon (avhengig av arbeidsinntekt). Pensjonsgivende arbeidsinntekt i folketrygden er all lønn opp til 6G, og 1/3 av lønn mellom 6G og 12 G. For personer med middels inntekt gir folketrygden ca 50% av tidligere lønn i pensjon.

Men for personer med høy lønn, gir folketrygdmodellen en prosentvis dårligere dekning. Som en del av tariffavtalene er overleger derfor sikret tjenestepensjon i KLP av all inntekt opp til 12G – et pensjonsgrunnlag som i dag utgjør 682 332 kroner. Her inngår fast årslønn, for vår del lønn etter tjenesteplan, men ikke overtid, vakanser eller tilfeldige inntekter.

Premien betales av oss og arbeidsgiver i fellesskap. Gevinsten ved forhandlingene i 2000 lå i at «knekkpunktet» ble økt fra 8



Erik Kristensen
og Flemming Vesterø Jensen

Gruppetenking i ytre Oslofford

til 12G. Slik økte arbeidsgivers subsidiering av vår pensjon. Med fullt opptjente rettigheter økte utbetalingen fra 350 000 kroner til 450 000 kroner årlig - omregnet til dagens G. Avtalen var imidlertid ikke tilbakevirkende; de som gikk av umiddelbart før den trådte i kraft fikk en utfordring i å glede seg over prinsippet uten å kunne høste gevinsten selv.

Avtalen har bruttogaranti; man er garantert 66 % av 12 G - uansett om folketrygden som ligger i bunnen ikke gir full uttelling. Av prinsipielle grunner er denne typen tjenstepensjon nå under press fra staten; pensjonskommisjonen har foreslått å fjerne bruttogarantien for at innstramninger i folketrygden skal ramme alle, ikke bare dem som har lavest inntekt. Så lenge avtalen er tariffestet har den et sterkt vern. Slik sett er arbeidsgiver garantist for bruttogarantien.

Det er ulikheter mellom folketrygdens pensjon og KLP's tjenstepensjon. Folketrygden gir full utbetaling fra 67 år, og full uttelling etter 40 års tjeneste – hvorav tjeneste i utlandet kan telle med. Offentlig tjenstepensjon i KLP har 30 års full opptjeningsstid, men jobb i utlandet teller ikke. I forhold til aldersgrensene bør en merke seg at arbeidsgivers styringsrett over fratredelse trer i kraft ved 70 år. Ønsker man å øke opptjeningsstiden maksimalt har man altså rett til å stå til man er 70 år selv om folketrygdloven de-



finerer pensjonsalder som 67 år.

Det er sammenhengende pensjonsansienntet i offentlig sektor. Utbetalinger skjer fra det siste selskapet man var forsikret i, men det tas hensyn til andre offentlige pensjonsordninger som har vært gjeldende underveis. Pensjonsgivende tid

Premien betales av oss og arbeidsgiver i fellesskap. Da pensjonsgrunnlaget ble økt fra 8 til 12G økte arbeidsgivers subsidiering av vår pensjon.

i offentlige ordninger blir altså samlet hos den siste ordningen; pensjonen får man utbetalt som om all tid var opptjent der.

Er man ikke offentlig ansatt lege når man blir pensjonist, har man likevel rettigheter for de årene man var medlem av pensjonskassa - ivaretatt ved opptjente «fripoliser» eller «oppsatte rettigheter». Disse er sikret «verdifast regulering»; rettighetene reguleres da i takt med folketryg-

dens grunnbeløp slik at inngåtte poliser beholder sin realverdi.

Avtalefestet pensjon, AFP, er en folketrygdbasert «tidligpensjon» som kan anvendes i alderen 62 – 65 år. Uansett gir den ikke større utbetaling enn ca 280 000 kroner årlig, og inntekt utover 15 000 kroner årlig kommer til fratrukk i pensjonsutbetalingen. For høytlønte gir den altså dårlig uttelling i forhold til tidligere inntekt.

I påvente av at folketrygden skal slå inn, tillater KLP full pensjonsutbetaling i sin helhet (se ovenfor) fra fylte 65 år. Man kan ha 168 timers arbeid per kvartal i offentlig virksomhet uten at inntekten går til fratrukk fra utbetalingen - og ubegrenset arbeid i privat virksomhet. Det er altså ikke inntekt som begrenser utbetalingen her •

Arbeidslivsloven, den nye «arbeidsmiljøloven».

Assisterende forhandlingsjef i Dnlf, Oddvar Brænden, presenterte hovedlinjer i ny arbeidslivslov - et detaljert juridisk og politisk puslespill. Et partssammensatt utvalg med det velklingende navn Arbeidslivslovsutval-

get står for arbeidet. Utvalget har representasjon fra blant annet NHO/KS/HSB, fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet og fra LO/UHO/YS/Akademikerne. Brænden karakteriserte utvalget som «preget av dissenser». Høringsfrist for innstillingen blir i løpet av våren. Dokumentet blir både viktig og omfattende, vi bør lage en strategi for høringsrunden innad i foreningen. Nedenfor refereres et par punkter som kan vekke kollegenes umiddelbare interesse.

En hovedårsak til at utvalget ble nedsatt var å forenkle prosesser rundt endring og omstilling. Stillingsvern og midlertidige ansettelser lå ikke i det opprinnelige mandat, men som mange husker fremmet næringsministeren likevel et forslag om å åpne for det. I tillegg til mediestorm, ble resultatet at alle arbeidstakerrepresentanter la ned utvalgsarbeidet - som kom i gang igjen da ministeren trakk forslaget tilbake. Det vil være en 4-årsgrense for midlertidig ansettelse innenfor samme foretak.

EU-direktivet om 1:1 beregning

av tilstedevakt ventes implementert. Det gjør også en grense på 48 timer per uke for gjennomsnittsberegnet arbeidstid. Trolig vil det bli vanskeligere enn i dag å avtale seg bort fra slike maksimalgrenser. Gjennomsnittsberegning av arbeidstid over 12 måneder er et annet tiltak på trappene. Overtidstillegget på minst 40 % ventes videreført. Dagens ordning med å avspasere overtidstimer utvides med anledning til også å avspasere overtidstillegget.

I HMS-organiseringen ventes intet radikalt nytt. Bedriftshelsetjenesten skal underlegges en særskilt ordning for godkjenning. Den blir neppe en lovfestet plikt, men vurderes ut fra bedriftenes helserisiko. Alt i alt blir Arbeidslivsloven en helt ny struktur med annen kapittelinndeling, blant annet slik at prosessregler om tvister samles i et eget kapittel.

«Ny løn» i Danmark.

Dansk Overlægeforskningsformann Erik Kristensen beskrev «Ny løn» som har fungert siden april 2003 for de 4000 danske overleger. Det dreier seg om et

Håpet om et glimt av El Dorado i form av individuell lønn forsvant.

element av individuell lønnsdannelse uten nedre eller øvre grenser. Arbeidsgiver ønsker ordningen for å kunne dirigere penger til områder som ønskes styrket. Det er uenighet i overleggruppen om prinsippet, men så lenge det er spesialistmangel vurderes det som gunstig. Bekymringene er «å være sin egen forhandler», mulighet for splittelse i overleggruppen, og oppbygging av et økende lokalt byråkrati. For å møte utfordringene er det enighet om regler for den lokale forhandlingsprosess, og om regler for håndtering av tvister – inkludert tidsfrister.

Systemets lønnsselementer er klart definert: Grunnlønn, funksjonslønn (administrativt og faglig overordnet ansvar), kvalifikasjonslønn (kompetanse), og resultatlønn (målbare resultater og forskning). Lønnen vurderes ved årlig lønnsforhandling. Den

som ikke skifter arbeidsplass ofte risikerer dårlig lønnsutvikling. I Sverige har kvinner hatt relativt svake resultater i et slikt system.

Grunnlønnen forhandles sentralt. Funksjons-, kvalifikasjons- og resultatlønn forhandles ved hjelp av tillitsvalgt på amtsnivå (svarende til vårt fylkesnivå) som skal skrive under alle avtaler. Dette sikrer rimelige summer til medlemmene, totaloversikt for foreningen og mulighet til å kompensere for uheldige effekter, som dårlig lønnsutvikling for kvinner. Fordi mer penger legges på amtene, venter en at tillitsvalgtordningen styrkes her slik at hvert amt får to representanter mot en i dag. En person kan ha både arbeidsgivertilknytning («organisasjonsrepresentant») og arbeidstakertilknytning («tillitsrepresentant») på dette nivået – nokså ulikt vår ordning.

Danske overleger har hatt bedre lønnsutvikling enn andre sykehusansatte, og mye bedre enn alle arbeidstakere – som ligger jevnt med inflasjonen. Men da størrelsen på lønnsselementene ble presentert til slutt, svant

likevel forsamlingens håp om et glimt av El Dorado i form av individuell lønn. Grunnlønn for overleger er 610 000 kroner, de tre andre lønnsselementer bidrar med ned til 24 000 kroner på toppen. Dessuten betaler danske overleger en mye større del av sin pensjonspremie enn vi gjør.

Overlegers vaktplikt defineres i stillingsinstruks, men det er sentralt fastsatte grenser for vaktbelastning. Lønn for ordinære vakter inngår i grunnlønn og arbeidsgiver kan legge den ordinære arbeidstid slik det passer sykehuset. For hjemmevakt tilstås et ulempetillegg som kan avspaseres eller utbetales. Utrykning defineres i arbeidsavtalen og inngår i grunnlønnen. Vakansvakter og utvidet arbeidstid lønnes etter egen overenskomst som neppe er imponerende: «Det er urimelig at arbeidsgiver tjener på lange vakanser, men bare gir småører til kollegene».

Heller ikke i Danmark jubler underordnede leger over lokal lønnsdannelse. Hvor sterkt de står i systemet gjenspeiles i arbeidsmiljøundersøkelser, der yngre sykehusleger kommer dårligst ut av alle leger.

Konsekvenser av B-delsavtalene.

Tariffkonferansen brukte en sesjon på avtaleverket. I et regioninndelt gruppearbeid diskuterte man uklarheter og mangler.

Intet syntes nytt under solen. De fleste potensielle rettighete-

Utfordringene kjente vi fra før, og heller ikke undersøkelsen ga nytt grunnlag for å gripe dem på en lur måte.

ter i A2 ble nevnt. Åpenbart er behovet skrikende for å sikre definisjon og iverksettelse av ekstravakter, definisjon av tjenestested, og avklaring av gjennomsnittsberegnet arbeidstid over 12 måneder med tanke på ferie eller ikke ferie fra vaktarbeid. Ellers gjentok vi våre akk så velkjente problemer - blant annet 35,5 timers uke til alle vaktbærende kolleger, 1:1-beregning av tilstedevakt, fordypningstid og utdanningspermisjoner. Foretakenes rom til å ivareta en adekvat lønnsutvikling ved individuelle tillegg er minimal; støtte til å heve minimumslønn er derfor viktig fra sentralt hold.

Of gjorde i vinter en spørreundersøkelse blant de hovedtillitsvalgte om erfaringer med B-delsavtalen ute i foretakene. Den ble referert, og mønsteret fra gruppediskusjonen gjentok seg: Utfordringene kjente vi fra før, men det ble ikke lettere å se hvordan de kan angripes på en lurere måte.

Likevel vil spørreundersøkelsen og tariffkonferansen være et viktig grunnlag for Of's arbeid med å formulere krav ved de kommende A2-forhandlingene. Våre forhandlere må kjenne medlemsmassen bak seg når forhandlingene gjennomføres.



Folkeliv i Kattegat

A2-RETTIGHETER SOM IKKE BLE SIKRET I B-DELSAVTALENE:

BÅNN I B-BØTTA

ETTER VEL ET ÅR SITTER VI FORTSATT MED FORNEMMELSEN AV MANGLENDE OVERSIKT OVER HVA VI EGENTLIG FORHANDLET FRAM I FJOR, OG HVA VI OPPNÅDDE. KORT SAGT – HVOR STÅR VI NÅ, OG HVORFOR?

Uten forventning om å se lyset kan man filosofere over den nye overenskomsten. Økonomien i avtaleverket er vanskelig tilgjengelig med uenigheter om både premisser, regelfortolkninger og faktiske resultater. Dette er et større arbeid som foreningen sentralt ønsker utført, men som gjenstår. B-delsavtalens sikring av våre generelle rettigheter bekymrer oss også; redaktøren har forsøkt seg med en analyse nedenfor. Generell tilfredshet avhenger på sin side av elementer i tillegg til økonomi og formelt ivaretatte rettigheter – som tillit, arbeidsgivers evne til å iverksette felles intensjoner, og generelle arbeidsgiverholdninger lokalt – områder som er i dynamisk endring og svært krevende å si noe pålitelig om.

A2-RETTIGHETER SOM IKKE BLE SIKRET I B-DELSAVTALENE

De 41 B-delsavtalene med protokoller er gjennomgått med tanke på hvordan de sikrer en del rettigheter som ligger latent i A2-avtalen. Oversikten er oppsummert i tabell 1.

• **Involvering av tillitsvalgte ved lokal/individuell avtaleinngåelse.** Kun i en avtale er tillitsvalgtes deltakelse definert med «skal». Arbeidsgivere har argumentert med arbeidstakeres rett til å beskytte sin private sfære, for å omgå deltakelse av tillitsvalgte. Verken medlemmer eller tillitsvalgte kjenner avdelingsvis og individuelle avtaler tilstrekkelig godt; vi ser starten på forvirringen som mange var bekymret for i utgangspunktet. På sikt burde dette være urovekkende.

• **Adgangen til bierverv** forsøkes begrenset – etter vår oppfatning ofte utilbørlig. Dnlf gjorde en juridisk vurdering i Dnlf-nytt juni 2003: Vi har plikt til å informere arbeidsgiver om bierverv, men de har ikke anledning til å forby det

med mindre vi konkurrerer med egen arbeidsgiver, eller innretter oss slik at vår virksomhet blir uforvarsvarlig, for eksempel ved for lite hvile. I 14 av 41 B-delsavtaler gir arbeidsgiver indirekte aksept for bierverv.

• **Rammer rundt ambulerende tjenester** er ikke nevnt i 24 av 41 avtaler. Dette kan bli en utfordring der man har fusjonene foran seg. Tjenestested defineres uansett i arbeidsavtalen. Manglende avtalerammer og manglende bistand fra tillitsvalgt når avtaler inngås, er en bekymringsfull kombinasjon.

• **Aminnelig arbeidstid dårligere enn kl 07 – 17** forekommer i 10 avtaler, men det er snakk om moderate avvik. Alle avtaler har ukens 5 første dager som referanse.

• **Akseptert passiv tilstedevakt i B-delsavtalen.** 9 av 41 avtaler er utformet slik. Mon ikke utgangspunktet for å stå på 1:1 kravet var bedre hvis man bare hadde erkjent at A2 aksepteres, uten å melde eksplisitt enighet med arbeidsgiver ...

• **Likestilling og seniorpolitikk** omtales uten forpliktelser i avtale-

ne. Det er tydelig at ingen foretak egentlig er interessert i å gjøre noe med dette.

Bånn i bøtta

17 rettigheter ble registrert. 7 foretak hadde 13 eller flere usikrede rettigheter. For materialet under ett er gjennomsnitt for usikrede rettigheter 11,1 - medianverdien er 11. Tre regioner har gjennomsnitt på 11-tallet, og to regioner ligger på 10-tallet.

For de enkelte foretak varierer usikrede rettigheter fra 8 til 16. I denne sammenheng troner Sykehuset Østfold alene i bånn av bøtta – og for ordens skyld, alle vet at dette ikke henger på tillitsvalgtes innsats! Bunnskiktet, 7 foretak med med 13 eller flere usikrede A2-rettigheter, fordeler seg slik.

3 fra Helse Sør
3 fra Helse Øst
1 fra Helse Midt.

Rasjonelt?

Noen av de potensielle rettigheter ble systematisk avvist. Tillitsvalgtrepresentasjon, 1:1 beregning av tilstedevakt, fordypnings-tid i tjenesteplan, seniorpolitikk og likestilling er slike. I følge avtalene var i alt 404 personer involvert på lokalt nivå i forhandlingene – i tillegg til bistanden fra sentralt hold. Hvis gjennomsnittlig forhandlingstid var 4,5 døgn har det gått med 1818 arbeidsdager til å forhandle, eller vel 7 årsverk - hvorav mye medgikk til å få fram det samme negative resultat samtidig på 41 foretak. Rasjonelt? Det påfallende er ellers fraværet av system. Rettigheter som ikke

ble kategorisk tilsidesatt, synes tilfeldig prioritert innen regionene, og med ulik fordeling mellom sammenlignbare sykehus. Det er eksempelvis vanskelig å se hvorfor AHUS garanterer lønn for UTA-tid under overlegepermisjon, men ikke garanterer at spesialister uten overleigestilling får slik permisjon – mens Aker gjør det stikk motsatte. Eller hvorfor to av de gamle sentralsykehusene i Helse Sør avtalefester rammer for ambulerende tjenester, mens to andre ikke gjør det. Og hvorfor er rettigheten til 35,5 timers uke gitt til vaktbærende leger i Elverum, men ikke i Kongsvinger? For ikke å snakke om vitsen med et utall nesten like satser til beregning av lønnslementer.

Tabell 1

Ikke sikret involvering av tillitsvalgt ved inngåelse av avtaler	40
Ikke sikring mot restriksjon på bierverv	27
Ikke sikret rammer for ambulerende tjenester	24
Alminnelig arbeidstid dårligere enn 07 - 17 ukens 5 første dager	10
Ikke sikret at alle vaktbærende leger har arbeidstid 35,5t + PUA	24
Overlegeperm ikke bedre enn A2 (dvs lønn minus UTA) (... av disse har 7 annen kompensasjon, for eksempel utgiftsdekning etter regning)	20
Ikke sikring av utdanningspermisjon for spesialister som ikke er faste overleger	23
Ikke sikret fordypningstid i arbeidsplan	41
Ikke sikret at telefon i passiv vakt regnes som arbeid	16
Utrykning på vakt m. 4 t. arbeid gir dårligere enn 150% av minimums-timelønn (vurdert med noe skjønn)	16
Ikke sikret 1:1 beregning av tilstedevakt	39
Akseptert passiv tilstedevakt i B-delsavtalen	9
Min.lønn 470 000 og ingen protokollførte kollektive/individuelle tillegg.	14
Lønnslementer regnes fra minimumslønn.	7
Ikke sikret lønn for ekstra kompetanse/seksjonsansvar	34
Ikke spesifisert videreført rekrutteringstillegg i tillegg til min.lønn	32
Vaktfritak ikke sikret under 58 år	38

DOKUMENTERTE UENIGHETER

To problemer, bruk av *sikringsbestemmelse* og *1:1-beregning av tilstedevakt*, er gjengangere ved dokumenterte uenigheter som foreningen kjenner til sentralt.

Konvertering og bruk av sikringsbestemmelse.

Per 15. februar 2004 var det uenighetsprotokoller fra 11 foretak; 4 fra Helse Sør, 4 fra Helse Øst, 1 fra Helse Vest, 1 fra Helse Midt, 1 fra Helse Nord, 4 av 11 uenighetsprotokoller om konvertering hørte til blant de 7 foretak som manglet sikring av 13 eller flere rettigheter.

1:1-beregning av tilstedevakt.

Per 15. februar 2004 er det 7 foretak med protokollført uenighet om 1:1-beregning av tilstedevakt. I tillegg har tillitsvalgte fra 4 andre foretak meldt muntlig om uenighet. Disse 11 foretak fordeler seg som følger:

6 fra Helse Sør
3 fra Helse Øst
2 fra Helse Midt

4 av 11 uenigheter om 1:1 hører med blant de 7 foretak i bunnskikket for sikring av A2-rettigheter.

Samlet sett ligger Helse Sør klisset i bånd av denne bøtta, med 10 av 22 dokumenterte uenigheter; de gamle sentralsykehusene i regionen har uenigheter om

Arbeidsgiverrepresentant?

begge problemstillinger og skiller seg fra småsykehus og spesialsykehus. Helse Øst er en god nummer to med 7 av 22 uenigheter som synes mer tilfeldig spredt.

Hvor er vi, hvor går vi

Arbeidsgiver kan mene hva han vil. Vi oppfatter med dette hvor vi finner holdninger som ingen er tjent med. Å stole på at sol, sommer eller nærhet til akademiet og storbyen påvirker markedskrefte, kan være å gjøre opp regnskap uten vert. Verken Helse Sør eller Øst bør sutre over eventuelle rekrutteringsproblemer; de er i stor grad selvpåførte. At private tilbud etter hvert foretrekkes av

både kreative leger og ressurssterke pasienter skulle heller ikke overumple noen.

Sykehusreformens intensjon var å skreddersy avtaler etter lokale behov. Men stortingets grep om sykehusfinansieringen og helseministerens ulike intervensjoner, bekrefter at regioner og mange foretak ikke får anrette virksomheten hensiktsmessig på egenhånd. Det ville da være logikk i at flere rettigheter i A2 ble avklart sentralt, eller kanskje på regionsnivå; tid og frustrasjon ville spares ute i foretakene og oversikt og helhetlig strategi i forhandlingsarbeidet ville bedres.



Kvinner og barn først!

AV OLE BJØRN KITTANG. HTV SSHF/KRISTIANSAND

I forbindelse med å fjerne gynekologiske vaktteam i innsparringsøyemed, arbeides det enkelte steder med omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer. Her ønsker man å skolere kirurger til å gjøre sectio, for i neste omgang å pålegge dem å ha beredskap/vakt for dette. Med min ringe kunnskap om operative teknikker tror jeg at

Man kan ikke basere et etablert helsetilbud på nødspilkt.

selve inngrepet i de fleste tilfeller er relativt enkelt, og noe de fleste kirurger vil kunne tilegne seg. Så langt, så bra.

Det jeg oppfatter som hovedproblemet med en slik ordning er *ansvar*. Hvem vil ha ansvar for indikasjonsstilling – kirurgen? Neppe. Det er indikasjonsstillingen som er det vanskelige ved sectio, ikke å gjøre det; vurderingen krever erfaring og kunnskap langt utover det operasjonstekniske. Når en selektert, forventet normalfødsel blir vanskelig og utvikler seg til en truende situa-

sjon for mor eller barn, kan man argumentere med at det et nødstilfelle og at vi da må yte hjelp ut fra den kunnskap og de evner vi har (Helsepersonell loven § 7). Kirurger med «sectio-kurs» har kunnskap og evner til å gripe inn i et nødstilfelle. Men man kan ikke basere et etablert helsetilbud på «nødspilkt».

Hva om det oppstår alvorlige postoperative komplikasjoner, og det ved gransking viser seg at sectio høyst sannsynlig ikke hadde vært nødvendig - hvem er da ansvarlig? Jordmødrene som tilkalte kirurgen? Administrativ ledelse som har pålagt ordningen? Eller må operatøren selv stå til ansvar? Lov om helsepersonell § 4 sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Jeg vil hevde at man ikke er faglig kvalifisert til å ha ansvar for fødende med mindre man er spesialist i kvinnesykdommer.

På den andre siden av fødselen vil man innføre liknende ordninger, der sykehus som tidligere har hatt barneleger tilstede ønsker å overlate ansvaret for de nyfødte til

anestesileger, indremedisinere og evt turnusleger. Med all respekt for disse blir man sittende igjen med inntrykket av at politisk gevinst prioriteres foran kvinner og barn: Å legge ned fødetilbudet er betent problematikk, så man foretrekker å beholde det - med kirurger som gissel for operativ forløsning, og anestesileger, indremedisinere eller turnusleger som gissel for de svakeste av oss alle, de syke nyfødte.

Kvinner og barn først?



Ole Bjørn Kittang



VÅRKURSET 2004

NORSK OVERLEGEFORENINGS
kurs i ledelse og aktuell helsepolitikk

Tromsø, 5.–7. mai 2004



PROGRAM

Onsdag 5. mai 20041745–1830 Registrering.
1830– Helsepolitisk tema v/Invitert foredragsholder.
2030– Middag.**Torsdag 6. mai 2004**0830–0900 Registrering.
0900–0910 Åpning ved leder av Ofs kurskomité, Brynjulf Ystgaard.**0900–1200 Pasienten som kunde***Fremtidens pasient vil ha innsikt i sine rettigheter, større kunnskaper om medisin og ha en oppfatning av kvalitetsforskjeller i helsetjenesten, samtidig som at pengene i stor grad vil følge pasienten. Dette vil medføre en reell valgmulighet, og gi pasienten en kunderolle, en posisjon som i enkelte sammenhenger vil gjøre det mulig å velge et sykehus på bekostning av andre. Hvordan kan og skal institusjonshelsetjenesten møte denne utfordringen?*Innledere: Bjørnar Allgot, generalsekretær, Norges Diabetesforbund.
Leif Næss, direktør, Omnia ASA, Oslo.
Mads Gilbert, avd. overlege, professor dr.med., Universitetssykehuset Nord-Norge.

1000–1030 Kaffepause.

1030–1200 Pasienten som kunde – forts.
1200–1300 Lunsj.**1300–1800 Norsk overlegeforenings årsmøte.**1500–1515 Kaffepause.
1515–1800 Årsmøte – forts.
1930– Festmiddag.**Fredag 7. mai 2004****0830–1200 Samhandling i institusjonshelsetjenesten – flere guder enn legen?***Med den økende tekniske og logistiske kompleksitet i dagens institusjonshelsetjeneste er legene i større grad avhengig av et samarbeid med andre yrkesgrupper.**Det er nødvendig med en større arbeidsdeling innen egen gruppe med forskjellig spesialisering. Hvordan skal vi organisere vår virksomhet for at denne økende kompleksiteten ikke skal gå utover pasientens tillit til og trivsel i vårt system?*Innledere: Mai Len Sundin, rådgiver, tidligere direktør Aker univ.sykehus og Karolinska sjukhuset.
Hulda Gunnlaugsdottir, divisjonsdirektør kirurgi, Ullevål universitetssykehus.
Fin Resch, kommunelege, tidl. thoraxkirurg.
Gerd Tranø, ass. lege, St. Olavs Hospital.
1000–1030 Kaffepause.

1030–1200 Samhandling i institusjonshelsetjenesten – forts.

1200–1300 Lunsj.

1300–1600 Pasienthotell – en god erstatning for sykehussenger?*Presset mot sykehus for bedret logistikk og reduserte driftskostnader krever organisasjonsendringer til økt poliklinikk og færre senger. Pasienthotell er nå etablert ved flere sykehus. Hvordan er pasienttilfredshet, sikkerhet og kostnadseffektivitet ved disse hotellene? Innfrielse av lovkrav om forsvarlighet er sentralt. Hva vet vi om dette – er pasienthotell en nyttig organisasjonsendring som er sikker nok?*Innledere: Rolf Kåresen, sjeflege, Ullevål universitetssykehus.
Anne Christine Breivik, rådgiver i Sosial- og helsedirektoratet.
Beth Reistad, jordmor, Haukeland Universitetssykehus.

1400–1420 Kaffepause.

1420–1600 Pasienthotell – forts.

1600–1605 Avslutning ved kursleder.

ARRANGØR: Norsk overlegeforening, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo. Tlf. 23 10 90 00. Telefaks 23 10 91 50.

KURSKOMITÉ: Overlege Brynjulf Ystgaard, St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim. Dr.med. Hans Petter Aarseth, Sosial- og helsedirektoratet. Overlege Ingrid Slordahl Conradi, Ålesund sjukehus, 6026 Ålesund. Sjeflege dr.med. Haakon Melsom, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo.

KURSLEDER: Overlege Brynjulf Ystgaard, St. Olavs Hospital, kir.avd., 7006 Trondheim, tlf. 73 86 80 04, telefaks 73 86 96 89, brys@online.no.
HOTELLADRESSE: Rica Ishavshotell, Tromsø, tlf. 77 66 64 00, telefaks 77 66 64 44.

MÅLSETTING: Oppdatering av kunnskap innen ledelse, administrasjon og aktuell helsepolitikk.

MÅLGRUPPE: Overleger/sjefleger og direktører i institusjonshelsetjenesten.

DELTAKERANTALL: Begrenset til ca. 120. Ved overtegning blir det loddtrekning blant påmeldte innen fristens utløp.

MERITT: Det vil bli utstedt kursbevis, og kurset forutsettes å gi meritt for administrasjon og ledelse.

OPPGJØR: Utgifter til reise og opphold dekkes av Dnfs fond. Obligatorisk kursavgift kr 1 000,– dekkes ikke av fondet og innbetales samtidig med påmelding til Norsk overlegeforenings konto nr. 5074.09.94015.

TRANSPORT: Det tilsendes billetter ved å krysse av nedenfor.

Billettstamme må følge reiseregningen.



NORSK OVERLEGEFORENINGS VÅRKURS 2004

Tromsø, 5.–7. mai 2004



PÅMELDINGSBLANKETT sendes:

Norsk overlegeforening, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo.
Kontaktperson Edith Stenberg, tlf. 23 10 91 57, telefaks 23 10 91 50, edith.stenberg@legeforeningen.no.**Påmeldingsfrist: Snarest og senest 1.4. 2004**

- Ønsker overnatting
- Ordner med transport selv
- Ønsker tilsendt flybilletter fra flyplass: til T/R
- Foredragsholder – ankomst avreise
- Medlem av Ofs landsråd – ankomst avreise

SPESIELLE ØNSKER (Skriv med blokkskrift)

.....

Navn:

Tittel:

Arbeidssted:

Avdeling:

Postnr./sted:

Telefon:

Dato:

e-post: