

JULI 2004 #2

OVERLEGEN



- s. 3 TROLL**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 5 Medisins industri og vi**
Leder av Lars Eikvar
- s. 7 Tjenestested og styringsrett**
av Liv Marit Fagerli
- s. 9 Uforutsette vakter – trekk i lønn?**
av Liv Marit Fagerli
- s. 10 Program for seminarer i avdelingsledelse høsten 2004**
- s.11 Skjer det noe der inne?
Fra Of-styrets drøftinger**
av Espen Huldt Nystrøm
- s.13 Våre pensjoner er truet!**
av Geir Ketil Røste
- s.17 Den som velger ledelse**
av Einar Hysing
- s.19 Debatten om legemiddelindustrien**
av Espen Huldt Nystrøm
- s.21 Prioriteringsdebatten**
av Espen Huldt Nystrøm
- s.23 Of's vårkurs og årsmøte i Tromsø**
av Espen Huldt Nystrøm

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: 6000

FORSIDEN: «THE PRINCESS AND THE TROLLS» 1913, (AKVARELL), JOHN BAUER (1882-1918)/ NATIONALMUSEUM, STOCKHOLM, SVERIGE, / WWW.BRIDGEMAN.CO.UK

John Albert Bauer var annen generasjons tysk innflytter, slaktersonn, og født 1882 i Jönköping. Han ble Sveriges fremste eventyrillustratør og kjennes på et stilisert uttrykk som ofte nærmer seg art nouveau, den moderne stil i Europa på hans tid. Han døde dramatisk sammen med sønn og hustru i et båthavari på Vättern november 1918.

Få har bekymret seg for historien sett fra trol-
lenes side. Usympatiske og grådige som de
var. Grusomme i sin enfoldighet. For ikke
å snakke om forferdelig dårlig hud; den minste
kontakt med morgengryets spede solstråler, og
poff! Ferdig troll. Engstelige måtte de bli; inntil det
avsindige. Men likevel – hver kveld sang trollmor
småtrollene i søvn med de vakreste ord. Et estetisk
høydepunkt på sin måte, aiaiboff.

Verst var det med alle hodene – minst tre – det
ene mer bekymret enn det andre. Hva kunne ikke
oppstå av frustrasjoner og konflikter mellom det
midtre hode og de to på sidene? Ikke fikk trollet ha
sin egen skog i fred heller. Støtt kom arrige hus-
mannsønner med øks og tok for seg, for å betale ned
noe på gjelda. Og trollene, stakkars, gikk på limpinn-
en hver gang; de strøk med, ett etter ett – og gikk
glipp av anledningen til å lære av egne feil. Leger
burde ha naturlig interesse for dette, vår empati
burde være til å ta og føle på.

På ett område var trollene kloke – selv om det
ikke hjalp. De lot ingen se at de var søkkrike, men
gikk der ufidde og fæle. Mens gullet lå gjemt, ikke
bare på kistebunnen, men i hauger og dynger i hver
bergsprekk. Av en eller annen grunn visste folk det
likevel.

Til tross for folkedypets spesielle teft har man
dessverre sluttet å tro på troll. Men fortsatt tror
mange på leger. I lys av redaktørplakaten kan man
filosofere over om det hadde vært bedre for trollene
om pressen hadde gjort jobben for Asbjørnsen og
Moe. Det er ikke sikkert. I decennier har det vært
gøy å slakte leger. Dessuten er dette mer politisk
korrekt enn å plage de fleste andre vi har fordom-

mer mot. Selvforskyldt, på en måte; leger plasserer
seg ofte ikke glitrende i virkelighetens verden. En
må forstå at manglende samfunnsengasjement
oppfattes som å være seg selv nok. Men er dette
hele sannheten eller eventyrfortellernes versjon?

Også Asbjørnsen og Moe hadde flere mål; både
underholdning, informasjon, egen inntekt og sogar
en viss redaksjonell politikk. Eventyr om troll man-
gler finstilt problematikk, men poenget var heller
ikke nyansert analyse. Tvert om var hensikten at
et følelsesladd blikkfang skulle begrunne at noen
måtte halshugges. Folk behøvde slikt rundt peisil-
den i mørke vinterkvelder. Hva annet kunne lindre
egen angst før valiumens tid? Nei, takk og pris for
Asbjørnsen, Moe og trollene.

Men ingen så trollene *utenfor* eventyret. Kanskje
var de økologisk avgjørende for at skogen holdt seg
levende og frisk. Eller de kan ha vært livsviktige for
å holde unna enda verre skapninger som rimturser
og jotner. Og gullet – var det kjapp gevinst etter
et vellykket raid med nevene dypt nede i fellesgo-
dene til en underfinansiert konge med altfor mange
skrale husmenn – eller kan det ha vært resultatet
av trollgenerasjoners kamp, med livet på spill, mot
de verste uvesener? I en slik sammenheng blir det
rent puslete å nevne de fleste legers anonyme virk-
somhet i pasientarbeid eller på laboratorier til langt
frem mot solrenning. I eventyret blir vi oss selv nok
– uansett.

Vi skal gjerne være troll hvis det er forventning-
en. Tross alt var det et rakrygget slag. Mange bøyde
aldri av, men sto fryktelig til siste hode var kappet.
For egen del bør vi heller legge våre i bløt og an-
vende vårt raskere omløp til å forsinke eventyrets

avslutning så det monner. Og da teller all kløkt, også
den som ikke løser intelligenstester.

I den forbindelse er det umoderne å være så
forspist at man har nok med å mestre sin egen for-
stoppelse. Som troll må vi innse at grensen mellom
samfunnsmessig funksjon og personlig gevinst i
form av gull og ære kan være uklar. Overlevelsesev-
dien av å gå slike grenseopp ganger er utvilsomt høy.
Betydelig høyere enn å trykke seg sammen og pipe
«vi er troll, vi er troll, hva skal vi gjøre med oss?»

Mange vil presse oss til sistnevnte ynkelighet.
Selv fra minister, storting og enkelte av våre egne
messes det at den hvite frakken først og fremst skjuler
korrupsjon og grådighet. Og vårt svar har vært
likegyldig fordi messens hensikt oftest har vært å
bekrefte menighetens verdensbilde og forkynne-
rens posisjon. Nei, skulle troll noen gang høres?

Ja, troll skal høres. Men først må vi bestå mann-
domsprøven og innta vår plass i virkelighetens
verden. Deretter kan vi tre alt som er utelatt fra
eventyret ned over hodene på folk. Og til slutt kan
vi brøle så redaksjonene rister og folkevalgte mis-

ter sfinkterkontrollen: TVI
VØRE, HER LUKTER KRIS-
TENMANNS BLOD!

Redaktøren ønsker et opp-
kvikkende sommereventyr til
hver især. Fortsatt god ferie!

Med hilsen



Espen Huldt Nystrøm

TROLL

MEDISINSK INDUSTRI OG VI

AV LARS EIKVAR

Sentralstyret i Den norske lægeforening fastsetter regler for videreutdanningskurs som godkjennes av foreningen. For revisjon av reglene satt sentralstyret ned et utvalg som blant annet gjennomførte en omfattende spørreundersøkelse om synet på samhandling mellom legemiddelindustrien (LMI) og foreningens organer. Undersøkelsen var rettet mot spesialforeninger, spesialitetskomiteer, yrkesforeninger og fylkesavdelinger.

På dette grunnlag ble forslag til nye regler utarbeidet, og sendt på høring i underavdelingene. Undersøkelsen og høringsuttalelsene viste at synspunktene fra Yngre legers forening og mange av spesialitetskomiteene skilte seg tydelig fra spesialforeningene. De førstnevnte ønsket å gå lenger enn kursutvalgets forslag; et medlem i kursutvalget dissenterte også på nettopp dette punktet. Ettersom det gikk noe tid etter at utvalget avsluttet sitt arbeid, var det forventet at Landsstyret ville ta hensyn til meningsutvekslingen som fant sted fram mot møtet i Loen.

På møtet i Loen la Sentralstyret fram et forslag til nye retningslinjer for samhandling mellom forenin-

gens organer og LMI. Landsstyrets vedtak ville på denne måten gi Sentralstyret nye føringer for hvordan regler for kurs skal utformes.

Det framlagte forslag ble skjerpet av Landsstyret på ett punkt, som etter vedtak lyder: «Tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer.» Følgen av skjerpelsen kan bli at de typiske årsmøtekurs i regi av spesialforeningene enten må legges noe om, eller at de mister status som tellende til spesialistutdanningen. Innskjerpelsen viste at Landsstyret la mest vekt på synet til leger under spesialisering, og til de organer som godkjenner tellende utdanningstilbud.

Samhandling med industrien omfatter langt mer enn formalisert videre- og etterutdanning. Flere spesialforeninger har i lang tid hatt avtaler om alt fra generell støtte eller støttemedlemskap til spesifikke tjenester – som sekretariatsfunksjon, medlemsregister, og distribusjonstjenester. Legeforeningen har ambisjon om å knytte spesialforeningene tettere til moderforeningen; det krever at spesialforeningene kan utøve sin

aktivitet mer uavhengig av økonomisk samhandling med industrien. Til dette må foreningen sette av ressurser slik at sekretariatet kan gi tilstrekkelig støtte, men midler må nå tas innen de rammene foreningen samlet har til rådighet. Det er å håpe at man finner en effektiv samordning av foreningenes behov for sekretariatshjelp.

For foreningens enkeltmedlemmer har relasjonen til industrien en annen karakter, og her ligger nok de største utfordringene. Landsstyret tok tak i dette på landstyremøtet i Tromsø i 2002; et tillegg i Etiske regler for leger ble vedtatt. Det lyder: «En lege må ikke inngå forbindelse med den farmasøytiske industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurderinger svekkes».

Mange vil savne presiseringer av en slik regel. Hvem definerer hvorvidt tilliten blir svekket – legen selv, kolleger, pasientene, myndigheter, oppdragsgiver, arbeidsgiver – eller media? Legestanden må selv ta ansvaret for slike relasjoner – uten å bedrive knefallsøvelser for ethvert eksternt utspill. Samfunnets tillit til våre vurderinger og vår gjerning er grunnleggende for oss. Derfor må

vår politikk kunne forsvares utad så vel som innad.

Debatten er ikke særnorsk og har pågått – og pågår – internt i legenes organisasjoner og i media i mange land. Noen steder har den vært betydelig skarpere enn i Norge. I kjølvannet av flere større korrupsjonssaker ellers i samfunnet, er svenske kolleger satt under en slags etterforskning angående relasjonene til LMI. Det pågår for tiden strafferettslig etterforskning både i Italia og Tyskland, hvor legers relasjon til LMI står sentralt. Uansett saklighet og utfall vil slike saker kunne skade den tillit vi er så avhengige av som leger.

Tiltak iverksatt av legenes organer har stort sett også vært de samme i ulike land. Man har utarbeidet etiske regler og retningslinjer for samhandling med industrien. Og man har inngått avtaler hvor begge parter har innført sanksjoner overfor egne medlemmer. En ny utvikling er at arbeidsgiver og myndigheter iverksetter egne tiltak. I Sverige har sykehuseiernes arbeidsgiverorganisasjon (Landstingsförbundet) inngått avtale med LMI om samhandling mellom industrien og sykehusansatte. Arbeidstakernes organisasjoner er ikke del av avtalen. I Norge er det varslet en for-

skrift til Helsepersonelloven som skal bidra til å regulere samhandlingen. Helseforetakene arbeider også med å utvikle egne retningslinjer etter signaler fra eier.

Den Europeiske Legeforeningen (Comité Permanent des Médecins Européens) hvor Dnlf er medlem, har sammen med interesseorganisasjonen for farmasøytisk industri i Europa satt ned en arbeidsgruppe. Målet er felles retningslinjer for forholdet mellom leger og industri; man vil vurdere hvordan LMI formidler informasjon, hvordan LMI støtter og bidrar til videre- og etterutdanning, og hvordan leger yter tjenester til LMI – som foredrag, vitenskaplige råd og deltagelse i kliniske studier.

Medisinsk og teknologisk utvikling er en forutsetning for diagnostiske og terapeutiske nyvinninger. Det er umulig å forestille seg et informasjonsvakuum mellom leger og LMI. Samarbeidet mellom dem legger grunnlaget for å utvikle, og ta i bruk ny kunnskap. Men en ufravikelig forutsetning må være at utviklingen bygges på uavhengig og kontrollerbar informasjon. Sett i dette lys, må legers videre- og etterutdanning være uavhengig av



industriens interesser.

Våre medlemmer gjør en stor ulønnet innsats for å holde oppe et av verdens beste utdanningsprogram for legespesialister. Det gjøres på delegasjon fra myndighetene. Betydelige verdier står på spill dersom mistillit skulle ødelegge muligheten til å ivareta dette på grunn av vårt forhold til industrien. Uten nødvendig utveksling av informasjon mellom industrien og norske leger, blir det ikke mulig å utøve moderne medisin i Norge. Vi trenger derfor en åpen og troverdig kontaktflate som skaper tillit til at ny kunnskap og nye verktøy tas i bruk på objektivt grunnlag, til beste for pasienter og samfunn. Og så må eier erkjenne sin del av ansvaret for at leger kan holde oppe, og utvikle sin kompetanse •

Tjenestested og styringsrett

De fleste har oppfattet at tjenestestedet fremgår av arbeidsavtalen. Begrepet arbeidsavtale er ikke selvforklarende. Ylf-juristens betimelige avklaringer kan kanskje forebygge noen frustrasjoner.

Av Liv Marit Fagerli, juridisk rådgiver, Ylf's kontor

Det rettslige utgangspunkt

Arbeidsgiver har rett til å lede, fordele og kontrollere arbeidet. Dette kalles arbeidsgivers styringsrett. Den har ingen generell rettslig forankring i lov eller tariffavtale, grunnlaget er sedvane-rettslig. Styringsrettens innhold og grenser fastsettes gjennom rettspraksis.

Rettsforholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker har sitt grunnlag i individuell arbeidsavtale, tariffavtale og lovgivning. Den individuelle arbeidsavtalen danner grunnlaget for arbeidsforholdet. Tariffavtale og lovgivning supplerer arbeidsavtalens innhold.

Arbeidsavtalen

Begrepet *arbeidsavtale* er ikke selvforklarende. En skriftlig arbeidsavtale skal inngås i alle arbeidsforhold; den skal inneholde opplysninger om tjenestested. (Arbeidsmiljøloven §§ 55B og 55C). Hensikten er at endringer

i arbeidsforholdet skal komme til skriftlig uttrykk i avtaleform. Arbeidsavtalens angivelse av tjenestested er fra lovgivers side ikke ment å begrense avtalefrihet for partene. Det er misforstått at vi kan kreve å ha kun ett tjenestested, eller at arbeidsgiver ikke kan

når arbeidsgiver skal gjennomføre endringer i kraft av styringsretten. Styringsrettens grenser varierer avhengig av om det er snakk om «daglig drift» (heretter kalt normalsituasjon) eller en omorganisering.

Arbeidsmiljølovens krav om skriftlig arbeidsavtale begrenser eller utvider ikke arbeidsgivers rett til å endre lønns- eller arbeidsvilkår. Men det betyr at endringer må fremkomme i arbeidsavtalen

pålegge endring av tjenestested. Arbeidsavtalen skal altså ikke legge føringer for hvor arbeidet kan utføres; den åpner verken for utvidelse eller begrensning av arbeidsgivers rett til å endre lønns- eller arbeidsvilkår. Men alle endringer må resultere i tilsvarende endringer i arbeidsavtalen.

Arbeidsavtalen legger ikke prinsipielle føringer for hvordan arbeidet kan innrettes, men er viktig

Normalsituasjonen

Arbeidsgivers styringsrett i forhold til tjenestested avhenger av hva som er avtalt mellom deg som arbeidstaker og din lokale arbeidsgiver. En konkret vurdering vil ta utgangspunkt både i individuell arbeidsavtale og tariffavtale. Eksempelvis betyr dette at hvis din arbeidsavtale angir *et bestemt sykehus* som tjenestested, kan arbeidsgiver ikke etter for godtbefinnende pålegge deg å tjenestegjøre

ved et annet. Men er foretaket angitt som tjenestested, kan arbeidsgiver pålegge deg å jobbe innen hele foretaket. I tillegg begrenser blant annet A2 styringsretten ved at rotasjonsordninger og ambulerende tjeneste er frivillig.

Omorganisering, sammenslåing, funksjonsfordeling mv.

Rettspraksis viser at arbeidsgivers styringsrett er mer omfattende ved omorganisering enn i normalsituasjonen. Forutsetningen er at omorganiseringen er reell, saklig motivert, og har sin årsak i forhold som er uavhengige av den enkelte ansatte. Høyesterett har videre fastslått at styringsretten er begrenset av allmenne sakhetsnormer, og av krav til saksbehandling.

Uenighet om tjenestested

For å få prøvet rettmessigheten av et pålegg om nytt tjenestested, må du enten nekte å godta det og dermed tvinge arbeidsgiver til å si deg opp, eller du må selv gå til søksmål for å få avgjort om omplasseringen ligger innenfor arbeidsgivers styringsrett.

Selv om du er uenig i pålegg om nytt tjenestested bør du ikke unnlate å møte på det nye tjenestestedet. Ved å ikke møte, løper du risiko for disiplinærreaksjoner. Du har det som kalles *resignasjonsplikt*; du må innrette deg etter arbeidsgivers pålegg, eventuelt under protest, for så å få prøvd lovligheten i etterkant. Dersom du ikke møter på det nye tjenestestedet, kan arbeidsgiver etter



Liv Marit Fagerli

omstendigheten si deg opp med grunnlag i ordrepekt eller ulegitimert fravær. Begge deler aksepteres normalt av domstolene som saklig grunn for oppsigelse, gitt at arbeidsgiver hadde anledning til å pålegge nytt tjenestested i kraft av styringsretten.

Nytt geografisk tjenestested kan medføre økt reisetid fra hjem til arbeidssted. Hva du må akseptere i reisetid uten at det kan sies

å være for dyptgripende, er ikke entydig avklart. Økning av daglig reisetid som følge av nytt tjenestested er et praktisk grunnlag for vurdering. Men så lenge du kan beholde ditt bosted, er det mulig man er innenfor grensene for hva som må aksepteres. Eventuell kompensasjon for økt reisetid og økte kostnader er gjenstand for forhandlinger •

UFORUTSETTE VAKTER – TREKK I LØNN?

Juristen tar her utgangspunkt i en situasjon som har fått det til å knytte seg i magen på mang en sliten doktor. I en overbelastet ferietid har vi formell støtte til å ta vare på oss selv. Det er lov å sette ned foten før man er utbrent.

Tenk deg følgende: Etter tjenesteplan skal du arbeide dagtid tirsdag og onsdag. Mandag kveld blir du oppringt av din leder som pålegger deg en uforutsett vakt fra tirsdag til onsdag. Av vernebestemmelsene i A2 § 3.5.3 følger det at den daglige arbeidstid ikke skal overstige 19 beregnede timer for noe vakt-døgn - og at det mellom to arbeidsperioder skal være en arbeidsfri periode på minimum

Flere B-delsavtaler tilkjenner legen fri fra ordinært arbeid uten trekk i lønn dagen etter uforutsett vakt. Men spørsmålet er ikke regulert i alle avtalene. Med mindre annet er avtalt i de respektive B-dels avtalene, mener vi at arbeidsgiver ikke har

Arbeidsgiver plikter å påse at vernebestemmelsene følges.

anledning til å trekke i lønn i slike situasjoner.

Arbeidsmiljøloven § 48 krever at det skal utarbeides en tjenesteplan når arbeidet skal utføres til forskjellige tider av døgnet. Tjenesteplanen skal vise den enkelte arbeidstakers arbeids- og fritid – som man både har rett og plikt til å arbeide i henhold til. Tilsvarende ligger retten til å oppbevare lønn etter tjenesteplan.

I tillegg til den uforutsette vekten skal man derfor i utgangspunktet jobbe i henhold til oppsatt tjenesteplan. Men dette er ikke mer enn et utgangspunkt. Etter gjeldende sentral overenskomst skal daglig

8 timer. Dette betyr at dersom du skal jobbe den uforutsette vekten, kan du ikke følge tjenesteplanen ved å jobbe tirsdag og onsdag. Din leder gir deg derfor beskjed om at du ikke skal jobbe i henhold til tjenesteplanen tirsdag og onsdag. Siden du ikke jobber disse dagene trekkes du i lønn tilsvarende.

Har arbeidsgiver anledning til å trekke deg i lønn for dette?

arbeidstid ikke overstige 19 beregnede timer. Og ved overtid tilkommer ytterligere en begrensning: Arbeidsmiljøloven § 50 krever at overtidsarbeidet pluss den alminnelige arbeidstid ikke overskrider 14 timer i et enkelt døgn. Vakter som ikke er oppsatt i tjenesteplanen er overtid – den uforutsette vakt likeså. Total arbeidstid kan dermed ikke overstige 14 timer.

Arbeidsgiver plikter å påse at vernebestemmelsene følges, men løsningene kan variere. Arbeidsgiver kan kreve at du jobber ordinært dagarbeid tirsdag,

Tjenesteplanen er hjemlet i arbeidsmiljøloven, som representerer en lovmessig rett til forutsigbar arbeidstid, fritid og lønn.

og går rett over på den uforutsette vekten forutsatt at vilkårene for å pålegge overtid er til stede. Men det kan ikke kreves at du jobber mer enn 14 timer totalt dette døgnet, siden vekten er overtid. 8 timers



Lønn i himmelen?

dagarbeid rett før vakt gjør at arbeidsgiver bare kan kreve at du tar 6 timer av den uforutsette vekten. Velges denne løsningen, oppstår ikke problemstillingen med trekk i din lønn for ordinært arbeid tirsdag. Men arbeidsgiver må fordele den uforutsette vekten på flere leger.

Trekk i lønn er imidlertid fortsatt aktuell problemstilling for ditt ordinære arbeid onsdag. Siden du etter A2 har krav på minimum 8 timer arbeidsfri mellom to arbeidsperioder, kan du ikke jobbe i henhold til tjenesteplanen denne dagen. Bryter du vernebestemmelsene ved å gjennomføre ordinært arbeid i flukt med uforutsett vakt, plikter arbeidsgiver uansett å frita deg fra ordinært arbeid for å imøtekomme disse bestemmelsene.

Fritas du fra arbeidsplikt slik, er kravet på lønn etter oppsatt tjenesteplan likevel i behold: Tjenesteplanen er en avtale med hjemmel i arbeidsmiljøloven – som representerer en lovmessig rett til forutsigbarhet med hensyn til arbeidstid, fritid og lønn. Løsningen i slike tilfeller blir derfor at arbeidsgiver løser deg fra arbeidsplikten så du lovlig kan arbeide den uforutsette vekten – uten at arbeidsgiver trekker deg i lønn.

Endelig nevnes at arbeidsmiljøloven § 55 nr 3 slår fast at det ikke kan gjøres trekk i lønn og feriepengene bortsett fra i visse konkrete tilfeller. Trekk i lønn som følge av at arbeidsgiver har fritatt deg fra arbeidsplikt for å arbeide en uforutsett vakt, er derfor i strid med arbeidsmiljøloven.

PROGRAM FOR SEMINARER I AVDELINGSLEDELSE HØSTEN 2004

Seminarene arrangeres med støtte fra Dnlf's Kvalitetssikringsfond; reise- og oppholdsutgifter dekkes av foreningen.

TIRSDAG	
17.30-18.00	Registrering/kaffe
18.00-18.15	Åpning ved leder av Ofs lederutvalg/Ofs leder.
18.15-20.00	Aktuelle utfordringer i de regionale helseforetakene.
20.00	Middag.
ONSDAG	
08.30-09.30	Pasientbehandling og kvalitet. Reformens betydning nå og i fremtiden.
09.30-09.45	Pause.
09.45-10.45	Funksjonsfordeling – faget som begrunnelse og skalkeskjul.
10.45-12.00	Gruppearbeid med utgangspunkt i innledningene. (Ikke etterfølgende presentasjon).
12.00-13.00	Lunch.
13.00-13.45	Trenger vi et ledernetverk? (Presentasjon av det nyetablerte ledernetverket og generelt om nettverksbygging i regionene).
13.45-14.00	Pause.
14.00-15.00	Når får vi se konturene av Sosial- og helsedirektoratets rolle i spesialisthelsetjenesten og hva kan vi vente oss da?
15.00-15.15	Oppsummering/evaluering.

Sendes Norsk overlegeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo. Evt. e-post: edith.stenberg@legeforeningen.no

- Ja, jeg melder meg til seminar om avd.ledelse i Bergen, Region Vest, 7.-8.9.04.
- Ja, jeg melder meg til seminar om avd.ledelse i Bodø, Region Nord-Midt, 21.-22.9.04.
- Ja, jeg melder meg til seminar om avd.ledelse i Kristiansand, Region Sør, 9.-10.11.04.
- Ja, jeg melder meg til seminar avd.ledelse i Oslo, Region Øst, 23.-24.11.04

NAVN: _____
 SYKEHUS: _____
 E-POST: _____
 TLF.: _____



Skjer det noe der inne?

Fra Of-styrets drøftinger

Av Espen Huldt-Nystrøm

OVERLEGEN presenterer summarisk enkelte diskusjoner fra Of's styremøter. På møtene diskuteres blant annet aktuelle problemstillinger fra alle regioner, basert på styremedlemmers kontakter med tillitsvalgte. Of-styret er alltid interessert i å vite mer om hva som rører seg i foretakene. Også **OVERLEGEN's** redaktør vil være takknemlig for innspill - til publisering eller viderefremming. Medlemmene oppfordres til å bruke e-postadressene nedenfor.

Arbeidslivsutvalgets innstilling – høring

Dokumentet er komplisert. Styrets oppfatning er at den generelt svekker arbeidstakeres rettigheter. Sykehuslegers rettigheter blir særlig utsatt, grunnet den spesielle belastningen med mye overtid i tillegg til arbeid etter tjenesteplaner. Styret og sekretariatet har lagt ned et stort arbeid og avgitt en grundig uttalelse. Saken ble også debattert på Of's årsmøte i Trom-

sø. Høringsinstansene innen Dnlf ligger på samme linje, nokså nært LO's og UHO's syn. Det er uvisst hvordan vår stemme vil slå gjennom sentralt i Akademikerne, som er mindre kritisk til innstillingen.

Hva med legehjemler ved nedbemanning?

Hjemlene «eies» nå av helseregionene. Helsedepartementet har uttalt at assistentlegestillinger ikke kan røres uten

godkjenning fra Nasjonalt råd. Overlegestilling kan stå ubesatt i inntil 6 måneder i påvente av for eksempel strukturendringer. Det ser ut som utdanningsstillinger er sterkere beskyttet enn stillingene til dem som skal utdanne. Of setter nå ned et utvalg som skal se på bemanningsbehov i ulike arbeids- og vaktordninger; målet er enighet innad og deretter eventuell konsensus med eier/arbeidsgiver om en standard.

Utredning fra Nasjonalt Råd om spesialistutdanning – høring

Of's styre støtter en styrking av geriatrien ved å gi fagområdet status som hovedspesialitet. En støtter likeledes at 6 måneders spesialistveiledet tjeneste ved sykehjem kan telle i hovedut-

dannelse i indremedisin og geriatri, og som sideutdannelse til øvrige spesialiteter. Ny grenspesialitet i mamma- og endokrin kirurgi begrunnes i ønsket om faglig kvalitetssikring; dette bør kunne oppnås uten strukturendring – som frarådes. En fraråder å forkorte spesialistutdanning i kirurgi og indremedisin med et halvt år, den vurderes allerede marginal. Of fraråder å gjøre generell indremedisin til egen grenspesialitet. 6 måneders valgfri sideutdannelse i alle spesialiteter ansees å svekke spesialiseringen, og frarådes.

Status forhandlinger

Det er nå forhandlingspause for Akademikerne og Dnlf til over sommeren. Partene skal møtes innen 15. september. A1 skal ferdigforhandles, før A2 forhand-

lingene kommer i gang. Deretter blir det B-delsforhandlinger i foretakene. Men allerede er det mye å rydde opp i; legeföreningen har over 40 uenighetssaker med foretakene og NAVO – som er nødt til å vise større respekt for sitt ansvar som arbeidsgiver organisasjon for sykehusene.

Tillitsvalgtordningen på Regionsnivå.

Tre regioner har «Konserntillitsvalgte», disse har formelt partsforhold etter Hovedavtalen. To regioner har «regionstillitsvalgte» uten disse rettighetene. Det er klare forskjeller i arbeidsform og oppgaver for slike tillitsvalgte i ulike regioner. En region rapporterer at Dnlf's konserntillitsvalgte lar andre forbund være aktive, mens Dnlf oppnår resultater ved å jobbe selvstendig på sykehusnivå. I en annen region er det tett samarbeid mellom KTV'ene som foretrekker konsensus seg imellom før de tar saken til administrasjon og styre. Tillitsvalgte på regionnivå kan ha et troverdighetsproblem på grunn av liten synlighet nedover i organisasjonen, her ligger en utfordring. Of er interessert i problemstillingen og vil følge den opp.

ØNSKER DU AT NOE SKAL SKJE? KONTAKT I SÅFALL:

Lars Eikvar, leder	Helse Øst	lars.eikvar@ullevål.no la-eikv@online.no
Geir Ketil Røste	Helse Sør	geir.ketil.roste@rikshospitalet.no
Siri Tau Ursin	Helse Vest	stst@sir.no
Helge S. Haarstad	Helse Midt	helge.haarstad@medisin.ntnu.no
Håvard Skeidsvoll	Helse Vest	hske@haukeland.no
Terje Bjørn Keyn	Helse Sør	tbkeyn@netcom.no
J. Arve Kristiansen	Helse Nord	kriar@harstad-sykehus.no
I. Kristin Aase	Helse Øst	ikaase@online.no
Redaktør Espen Huldt-Nystrøm	Helse Sør	ehuldt-n@frisurf.no

Våre pensjoner er truet!

Pensjonskommisjonen avga i fjor høst sin innstilling. Der som kommisjonens forslag gjennomføres fullt ut vil det gi dramatiske følger for Of-medlemmenes framtidige pensjon. De offentlige tjenstepensjonsordninger som våre medlemmer i dag nyter godt av, vil forringes vesentlig. Alvorlige endringer kan bli overgang fra bruttopensjon til nettopensjon, nytt prinsipp for hvordan pensjon justeres for pris- og lønnsvekst, vesentlig avkorting av pensjon ved tidlig pensjonering, lengre opptjeningsstid for å oppnå full pensjon – og endog et forslag om å redusere årlig pensjon dersom det viser seg at våre årskull skulle leve lenger enn forventet.

Pensjonskommisjonens bakgrunn

Det er flere årsaker til at man mener at det nå er nødvendig med reformer i pensjonssystemet. Da folketrygden ble etablert på 60-tallet var det ikke mulig å forutse den demografiske og økonomiske utvikling. Reallønningene har steget sterkere enn noen kunne forestille seg. Gjennomsnittlig levealder har økt, og det fødes færre barn. Dagens



av Geir Ketil Røste

unge kommer sent ut i arbeidslivet. Økning i tidlig- og uførepensjonering har brakt den reelle pensjonsalder i folketrygden ned i 59 år.

I kommune og helsesektor har vi de siste årene hatt dramatisk nedgang i den gjennomsnittlige pensjoneringsalder. I 1996 var den 57,8 år, i 1999 55,9 år - og nå er vi helt nede i 54,7 år - altså en reduksjon på hele 3 år bare siden 1996! Andel av befolkningen som er uføretrygdet er doblet siden 1990.

På 60-tallet sto det fem yrkesaktive bak hver pensjonist. Når dagens førtiåringer blir pensjonister, står det sannsynligvis to yrkesaktive bak hver pensjonist for å betale pensjonene. Allerede i dag har det norske folk rettigheter tilsvarende vel tre tusen milliarder kroner til gode i folketrygden. Til dette er det ikke er øremerket en krone i

noe statlig pensjonsfond. Vi selv, våre barn og våre barnebarn må derfor ta ansvar for regningen.

Samfunnsutviklingen synes å ha skapt et betydelig press på pensjonsordningene. Pensjonskommisjonens forslag legger opp til at vi skal bruke mindre på pensjoner enn i dag. Jeg mener det vil være uklokt å underslå dette faktum.

Folketrygdens utvikling

Folketrygdens pensjonssystem har utviklet seg til et langt flatere system enn man tok sikte på da den

Se også OVERLEGEN 2004 no 1, fra Of's tariffkonferanse.

ble innført i 1967. Slik er Folketrygden svekket som inntektssikring for personer med inntekter over gjennomsnittet. Folketrygdens ulike beregningsregler (40 års opptjeningsstid og besteårs-regel ved deltid) gir svak, og i noen grad tilfeldig sammenheng mellom innbetalinger i løpet av yrkeskarrieren, og påfølgende utbetalte pensjonsytelser. Sammenhengen svekkes ytterligere ved at grunnbeløpet i folketrygden reguleres lavere enn lønnsveksten, og fordi inntektstaket for innbetaling er avvirket samtidig som tak for utbetaling av ytelser er beholdt.

Modernisert folketrygd

Et bredt flertall i Pensjonskommisjonen har samlet seg om modell for «livsløpsopptjening» av pensjon; den enkelte tjener inn en pensjon som er proporsjonal med arbeidsinntekten gjennom hele yrkeslivet. Men det settes et inntektstak for årlig inntekt på 8 ganger grunnbeløpet (8G = 455.000). Taket er lavt i forhold til dagens inntektsnivå for våre medlemmer, og begrunnes med at det ikke bør være en offentlig oppgave å sikre inntektpensjon for «svært høye inntekter».

Livsløpsbasert opptjening vil være gunstig for personer med særlig lang yrkesaktivitet og jevn inntekt over livsløpet. Langtidsutdannede med færre antall opptjeningsår og vanligvis jevnt stigende inntekt vil tape på en slik omlegging. Det samme vil kvinner med omsorgsfravær og personer som skifter mellom heltids- og deltidsarbeid.

I tillegg foreslår Pensjonskommisjonen at pensjonen skal reguleres årlig med gjennomsnittet av pris- og lønnsveksten i stedet for etter lønnsveksten, slik som i dag. Dette vil gi en lavere indeksregulering av pensjonene enn i dag. Dessuten foreslås det at det tas høyde for økt levealder: Dersom framtidige pensjonister som gruppe skulle leve lenger enn antatt, er det tenkt et system hvor de årlige utbetalinger fra folketrygden blir lavere, slik at samlede utgifter til pensjon ikke øker.

Krav om lengre opptjeningsstid

Pensjonskommisjonen legger opp til 40 års opptjeningsstid ved fylte 67 år for alle, for å oppnå full pensjon. Står man lenger øker pensjonen, mens den reduseres markert ved førtidspensjonering, se tabeller. For å oppnå full pensjon må man altså være i arbeid fra den måned man fyller 27 år og til den måned man fyller 67 år, samt ikke gå glipp av et eneste opptjeningsår. Store legegrupper og andre langtidsutdannede har ingen mulighet til å oppfylle slike krav.

Kommisjonen anbefaler at sær-aldersgrenser endres eller avvikles. Dette vil berøre svært mange arbeidstakere, spesielt i offentlig sektor.

Pensjonskommisjonen argumenterer for at man

... Langtidsutdannede med færre antall opptjeningsår og jevnt stigende inntekt vil tape ...

fortsatt skal ha mulighet for fleksibilitet mellom 62 og 70 år. Men man skal få merkbart mindre i pensjon dersom man velger å gå av tidligere enn den ordinære pensjonsalder. Jo lenger man jobber, dess høyere pensjon, er filosofien. Det betyr at AFP-pensjonen (avtalefestet pensjon, med mulighet for tidligpensjonering) slik vi kjenner den i dag, kan forsvinne.

Store yrkesgrupper, også mange sykehusleger, utsettes for betydelige belastninger med påfølgende lidelser. For dem framstår det som urimelig å måtte velge mellom lavere pensjon eller ta ut siste rest av fysisk eller psykisk helse.

Mange arbeidstakere opplever arbeidslivets krav



om effektivitet og fleksibilitet som en betydelig belastning, ikke minst innen omsorgsyrkene. Perspektivet i pensjonsdebatten blir ikke bredt nok om vi bare lar det handle om økonomiske stimulanser, såkalte incentiver, for å få folk til å stå lengst mulig i arbeidslivet. Søkelyset må også settes på arbeidsmiljø og personalpolitikk.

Dagens offentlige tjenestepensjoner

Tjenestepensjonsordninger i offentlig sektor bekostes av arbeidsgiver og arbeidstaker i fellesskap, og kommer i tillegg til folketrygden. Disse ordningene har vist seg bærekraftige tross flere folketrygdendringer. Offentlig tjenestepensjon reguleres i takt med grunnbeløpet i folketrygden, og garanterer dessuten at et pensjonsnivå opprettholdes, selv om folketrygden reduseres - den såkalte bruttogarantien.

Da Stortinget foretok reduksjoner i folketrygden i 1992 ble den kommunale sektor og helsesektoren derfor påført ekstra utgifter, siden de offentlige tjenestepensjonene måtte dekke det økte gapet mellom folketrygdens bidrag og den avtalte pensjon. Underregulering av folketrygdens grunnbeløp

gjennom mange år har også kostet for offentlige arbeidsgivere; da tariffpartene i 2000 fjernet det såkalte knekkpunktet i offentlig tjenestepensjon - altså nivået for den høyeste pensjongivende inntekt - førte det til høyere pensjonskostnader for offentlige foretak og kommunesektor.

Pensjonsordningene for offentlig ansatte er en slags sosial kontrakt mellom arbeidsgiverne og arbeidstagerne. Alle er med; begge parter har forpliktet seg til å betale inn sin del. Man har rett og

urimelig å måtte velge mellom lavere pensjon eller ta ut siste rest av fysisk eller psykisk helse.

slett tatt konsekvensene av at pensjon til syvende og sist dreier seg om sparing til alderdommen.

En trygg og forutsigbar pensjon for alle arbeidstakere i offentlig sektor er ikke eneste gevinst med disse pensjonsordningene. De er også sosialt utjevne: Ung eller gammel, kvinne eller mann, lang eller kort utdannelse eller variabel yrkeskarriere. En forutsigbar pensjon får du uansett.

Din pensjon er også sikret hvis du skulle bli syk eller ufør. Det ligger for eksempel i bruttoordningen at om man kommer som innvandrertil Norge så sent at man ikke rekker å opparbeide full opptjeningstid i folketrygden, får man 66 prosent av sluttlønn i pensjon etter 30 års tjenestetid.

Over til nettopensjon

Pensjonskommisjonen forutsetter at offentlige tjenestepensjoner går over til å bli nettopensjonsordninger. Reduksjoner i folketrygden som følge av tidlig avgang gir da tilsvarende pensjonsreduksjon i offentlig tjenestepensjon. Tabellene nedenfor viser hvordan dette kan slå ut. Reduksjoner i folketrygdens ytelser vil dessuten gi samme reduksjon for dem som har tjenestepensjoner. Tryggheten og forutsigbarheten for pensjonsinntekten blir dermed borte.

En rekke spørsmål er uavklarte i forholdet mellom framtidig folkepensjon og offentlige tjenestepensjoner. Kommisjonen selv sier at «en omlegging av offentlig tjenestepensjon må være gjenstand for forhandlinger med organisasjonene i offentlig sektor.» Det er trolig langt å gå før vi har et nytt samlet pensjonssystem i Norge.

Ofs utgangspunkt

Overlegeforeningen har i en høringsuttalelse gitt sine kommentarer til Pensjonskommisjonens innstilling. I uttalelsen vektla Overlegeforeningen tre forhold: Forsvar av de offentlige tjenestepensjonene som bruttopensjonsordninger, fortsatt 30 års opptjeningstid for full pensjon og fortsatt mulighet for fleksibel pensjonsalder uten kutt i pensjonen.

Pensjonsspørsmål vil bli en viktig sak for Overlegeforeningen det kommende år. Satt på spissen vil forskjellen mellom en god og en dårlig pensjonsordning for våre medlemmer kunne bety mer en summen av flere gode lønnsoppgjør!

TABELL 1:

DAGENS PENSJON - BRUTTOPENSJON.

Enslig person med lønn 12G (kr 682.332) og tjenestepensjon for leger i KLP. Pensjonsutvikling ikke avhengig av tidlig eller sen yrkesavslutning.

Avgang 62 år:	Samlet 35,8 % (AFP) fram til 65 år.
Avgang 65 år:	Samlet pensjon 66 % fram til 67 år.
Avgang 67 år:	Samlet pensjon 68,1 % (når sivilstatus er enslig) resten av livet.

TABELL 2:

PENSJONSKOMMISJONENS FORSLAG 1.

Avkortning av pensjon etter full (40 års) opptjening. Utbetaling, medregnet ytelse fra tjenestepensjon, skal i utgangspunktet være 66 % av opptjeningsgrunnlaget.

Avgang 62 år:	Samlet 46,9 % (AFP) fram til 65 år.
Avgang 65 år:	Samlet pensjon 56,8 % fram til 67 år.
Avgang 67 år:	Samlet pensjon 66 % resten av livet.

TABELL 3:

PENSJONSKOMMISJONENS FORSLAG 2.

Avkortning av pensjon etter færre enn 40 yrkesaktive år som er kravet til full opptjening. Utbetaling, medregnet ytelse fra tjenestepensjon, skal i utgangspunktet være 66 % av opptjeningsgrunnlaget.

Avgang 62 år med 30 års opptjening:	Samlet pensjon 35,5 % resten av livet
Avgang 65 år med 33 års opptjening:	Samlet pensjon 46,9 % resten av livet
Avgang 67 år med 35 års opptjening:	Samlet pensjon 57,8 % resten av livet

Of skjerper fokus, og styrker støtten til DEN SOM VELGER LEDELSE

av Einar Hysing, leder i Of's lederutvalg

For den enkelte leder – og for systemet som ledes – er det nødvendig at lederne både takler sine konkrete oppdrag, og sin rolle som leder. I sykehus er det ingen hemmelighet at kvaliteten på ledelse er sterkt varierende. Legelederne er intet unntak; dette berører utvilsomt årsakene til at leger skyr lederopp-gaver, selv om spesialisthelsetjenesten avhenger av et medisinsk faglig strategisk fundament. Overlegeforeningen ser problemet og ønsker å gjøre noe med det, men er avhengig av dialog med dem det gjelder.

Of's lederutvalg

Lederutvalget er etter Of's lover et rådgivende organ for styret når det gjelder ledelse, lederutdanning og arbeidsvilkår for overleger i medisinsk og administrativ ledelse. Of prioriterer å styrke arbeidet for leger som er ledere.

Landsrådsmøtet i Tromsø vedtok derfor å utvide lederutvalget fra 4 til 5 personer. Lederutvalget består av Einar S. Hysing, leder, Borghild Roald, Terje Bjørn Keyn, Alice Beate Andersgaard og Helge Skard Dokka.

Medisinsk ledelse

Endringer og omstillingsprosesser i foretakene gjør det mer nødvendig enn noensinne å ha fokus på medisinsk ledelse av sykehusavdelinger og tilsvarende enheter. En viktig utfordring er derfor å arbeide målrettet for at leger søker lederstillinger og for at de blir værende i disse.

Spørreundersøkelse

Lederutvalget har begynt forberedelsene til en spørreundersøkelse blant Of's ledermedlemmer for å få tilbakemelding på hva Of kan gjøre for denne medlemsgruppen. Det ansees viktig at disse fortsatt har naturlig tilknytning til foreningen. Vårt mål er kommunikasjon på e-post, men vi mangler fremdeles e-postadresser; dessverre er Legeforeningens medlemsregister ikke tilstrekkelig

oppdatert. Tillitsvalgte har gjort en stor jobb med å levere slike opplysninger, men vi er fortsatt takknemlige for oppdatering på legelederes tittel og e-postadresse

Of har etablert et nettverk av erfarne ledere med medisinsk spesialistbakgrunn som er villige til å være samtalepartnere for kolleger i lederstillinger.

- uavhengig av om legelederen er omfattet av B-delsoverenskomst eller ei. Send opplysninger til edith.stenberg@legeforeningen.no

Ledernetverk

Flere leger har såkalt «profesjonsnøytrale» lederstillinger; kontakt med kolleger i samme situasjon kan bli et savn med praktiske følger. Sekretariatet kontaktes fra tid til annen av legeledere som har utfordringer som det føles riktig å diskutere med en erfaren, uhildet kollega. Det kan være ulike grunner til dette; fra ubehaget ved en



Signe Gerd Blindheim, Einar Hysing og Edith Stenberg

ensom lederposisjon i en stadig mer presset hverdag, til ønsket om å drøfte vanskelige tema før de tas opp i avdelingen eller med overordnede. Of har etablert et nettverk av erfarne ledere med medisinsk spesialistbakgrunn som er villige til å være samtalepartnere for kolleger i lederstillinger. Nettverket administreres av Lederutvalget og Of's sekretariat. Vi ønsker nå gjennom «Overlegen» å informere om at nettverket er tilgjengelig. Samtidig oppfordrer vi flere ledere til å stille seg til disposisjon.

Ledernetverket er et *uformelt konsept* i Of's regi, ikke et organisert tilbud fra Legeforeningen som for eksempel ordningen Lege for lege. Deltakerne vil være uavhengige samtalepartnere som formidler sine personlige synspunkter og gir uforbindtlige råd – om ønskelig med oppfølgings-samtaler. Kontakten med den enkelte kollega skjer fortrolig, og primært gjennom telefonsamtaler eller e-post.

Dersom det er ønskelig å benytte nettverket eller dersom du kunne tenke deg å delta i

det, bes du vennligst ta kontakt med Of's sekretariat v/ Signe Gerd Blindheim på telefon 23 10 91 58 eller e-post adresse signe.gerd.blindheim@legeforeningen.no.

Formell rådgivning og bistand vedrørende lønns- og arbeidsforhold og spørsmål om Legeforeningens synspunkter innenfor ulike felt skjer gjennom henvendelser til Legeforeningens sekretariat.

Seminarer

Of har fått tilsagn om økonomisk støtte fra Dnlf's kvalitetssikringsfond til å arrangere 4 seminarer høsten 2004. Lederutvalget er ansvarlig for program og gjennomføring av seminarene. Årets tema bør være av stor interesse:

- Aktuelle utfordringer i de regionale helseforetakene.
- Pasientbehandling og kvalitet – reformens betydning nå og i fremtiden.
- Funksjonsfordeling – faget som begrunnelse og skalleskjul.
- Presentasjon av ledernetverket.

- Sosial- og helsedirektoratets rolle i spesialisthelsetjenesten. Sentrale foredragsholdere har sagt ja til å delta, lederutvalget legger nå siste hånd på programmet. Se egen side med oversikt over tid og sted for seminarene, samt påmeldingsskjema i dette nummer av Overlegen.

Lønnsforhandlinger for ledere

Of ønsker å være orientert om hvordan lønnsforhandlinger for ledere forløper. Vi oppfordrer dere til å sende oss informasjon og innspill om dette, for å kunne gjøre en best mulig jobb vedrørende ledes lønns- og arbeidsvilkår.

Noe å styre etter?





Redaktørens blikk på Landsstyremøtet i Loen

Debatten om legemiddelindustrien

Temaet ble lansert som årets viktigste. Nedenfor oppsummeres hovedmomentene i diskusjonen. Vedtaket dreier seg om foreningens forhold til legemiddelindustrien (LMI), og finnes i detalj på legeforeningens nettsider. Se også LEDER ved Lars Eikvar på side 4.

Er LMI's markedsføring faktisk problematisk for oss? Rundt 80 % av leger mener at samhandling med LMI påvirker dem. Begrens-

ning av kontakt mellom LMI og grupper av leger har medført at markedsføringen blir individrettet, særlig mot toneangivende sykehusspesialister som legger faglige premisser for primærnivået.

Også LMI's engasjement i klinisk forskning iverksettes individuelt; uavhengighet i slik forskning forstyrres. Dersom vi faktisk er avhengige av midler fra LMI til forskning og etterutdanning, kan vi umulig tro på vår egen upåvirkelighet.

Åpenbart må likevel en viss

samhandling finne sted. Mange er ikke bare interessert i, men avhengige av tilskudd fra LMI. Helseforetakene har ikke økonomi til å finansiere vår videre- og etter-

Avtaler er det beste verktøy for å eliminere dårlige løsninger – i motsetning til forskrifter som bare kan forby dem.

utdanning. I utlandet er noen av de mest ettertraktede etterutdanningskurs LMI-finansierte, også



norske leger nyter godt av dem. Våre spesialforeninger - som skal styrkes - er allerede underfinansierte. Og vi er tross alt avhengige av å følge med i produktutviklingen. Landsstyremøtet uttrykte tydelig at «nullkontakt» ikke måtte

Prosesen har gitt foreningen økt bevisstgjøring og konvergens i synet på sak.

være målet. Men en regulert samhandling kan styrke fagligheten, uten å hive ut etikken. Avtaler og enighet mellom partene vil være det beste verktøy for å eliminere dårlige løsninger – i motsetning til forskrifter som bare kan forby dem.

Firkantede løsninger blir umulige når problemstillingen er kompleks. Intet tyder på at myndighetene vil styrke fagligheten i helsevesenet. Revidert nasjonalbudsjett er trist. Eksisterende regler for samhandling med LMI er mer liberale enn tjenestemannsloven - og viser på en annen måte hvor man går.

Situasjonen for spesialforeningene er vanskelig; røster hevet seg

både for og imot LMI-støtte. Enkelte er helt avhengige av støtten, selv om det går på troverdigheten løs for spesialforeninger som har et legemiddelfirma som adresse.

Leger under spesialisering føler seg ubekvemme med firma-utstillinger på obligatoriske kurs. Også andre understreket at LMI ikke har noe å gjøre i utdanningen av spesialistkandidater. Ylf trakk vakkent fram at vi burde samarbeide med pasientorganisasjonene – det er bare et spørsmål om tid før deres potensiale oppdages, og de kommer i samme utføre som vi.

Medisinerstudenter opplever at industrien sponser fasiliteter på vakt- og hvilerom, og er ikke i tvil om at industriens fremstøt overfor

Etiske valg må tas uavhengig av konsekvensene.

spesialistutdannelsen er merkevarebygging.

Etiske valg må tas uavhengig av konsekvensene. Greier vi ikke det, har vi solgt oss. Tillit i befolkningen og faglig uavhengighet ligger bak all legegjerning.

Landsstyret vedtok til slutt at tellende utdanningstilbud ikke

Fra Overlegeforeningens årsmøte/landsrådsmøte i Tromsø

KNEBLING AV SYKEHUSLEGER

RESOLUSJON,
VEDTATT 06.05.04

Åpenhet og ytringsfrihet representerer vårt samfunns grunnleggende verdier.

Legeforeningens medlemmer og tillitsvalgte har rett og plikt til å gi uttrykk for sitt syn i helsepolitiske spørsmål. Vi er spesielt forpliktet til dette i saker som angår pasienters adgang til medisinsk diagnostikk og behandling.

Overlegeforeningens landsråd ser med uro på tendensen til at flere helseforetak, under dekke av lojalitetskrav, ønsker å begrense ansatte legers uttalerett når det gjelder konsekvenser av forslag til driftsendringer. Vi kan ikke godta at sykehuslegenes muligheter for å delta i offentlig helsedebatt blir forsøkt innskrenket på en slik måte.

skal ha praktisk eller økonomisk medvirkning fra firmaer. Vedtaket er mer restriktivt enn de tidligere og fins i sin helhet på legeforeningens nettsider. Det ventes en og annen protest - Landsstyret er nok stadig noe i utakt med grunnplanen. Presidenten oppsummerte likevel at prosessen hadde gitt foreningen «økt bevisstgjøring og konvergens i synet på sak». Vi får tro ham på hans ord.

Redaktørens blikk på Landsstyremøtet i Loen

Prioriteringsdebatten

Hvordan kan man både ivareta den enkelte pasient, og rasjonere fellesressursene? Dette er debatten som setter søkelys på flere aktørers svake sider i norsk helsepolitikk. Nedenfor følger redaktørens opplevelse av to innledninger og en diskusjon.

Lars Flatø har nylig sluttet som adm.dir. på Lovisenberg sykehus og gått inn i politikken. Fra sitt administrative ståsted listet han opp fem verktøy for fremtidens politikere: Øremerking, finansieringssystemer, kommersielle aktører, juridiske virkemidler og medisinsk metodevurdering. Han spådde overkapasitet på

behandling, behov for konsensus om indikasjonsterskler, og at faglig autonomi blir utfordret.

Professor Reidun Førde fokuserte den etiske klemme man nødvendigvis kommer i ved de valg man gjør for den enkelte pasient. Å prioritere noe opp, betyr å prioritere noe annet ned. Men rettferdighet og solidaritet skal likevel ivaretas på bakgrunn av medisinsk etikk (verdier som styrer helsetjenester) og profesjonsetikk (verdier som styrer yrkesutøvelsen).

Lønning II utvalget vurderte prioriteringer ut fra sykdommers alvorlighet, behandlingsnytte og kostnadseffektivitet. En faggruppe skulle utvikle dette til premisser for et prioriteringsutvalg. Men gruppen kom aldri i gang, og initiativet døde.

Er overforbruk faktisk et problem? To artikler i New England Journal of Medicine (23. oktober 2003) taler for dette. Hos oss konkurrerer geografiske ulikheter med faglige premisser om prioritet. Og en rekke skjulte aktører styrer virksomhetene: Finansiering, vesenets organisasjon, medikalisering, legemiddelinndustri, jus, media og pasientenes økende autonomi. Ikke minst har vi skjulte profesjonsverdier av typen «*mye er bedre enn lite*», «*nytt er bedre enn gammelt*»,

«*eget fagfelt er viktigst*» og «*egen praksis er best*».

Ingen løsninger er enkle. Finansieringen må understøtte virksomhetens verdigrunnlag. God virksomhetsregistrering og bedre kvalitetssikring er nød-

Finansieringsordningene må understøtte virksomhetens verdigrunnlag.

vendige betingelser for riktig prioritering, og da må vi få fram det beste i våre faglige tradisjoner. I grensesnittet mellom fag og politikk bør legeföreningen være en sentral aktør. Men leger må tåle å høre at egne, ikke helt stuerene motiver har svekket prioriteringsarbeidet.

• • •

Frustrasjonen fikk utløp i den etterfølgende diskusjon. Salen var samstemt; politikere mangler mot og troverdighet. Flatø hadde sagt at de ikke kan være dristigere enn det som gir legitimitet, og fikk svar på tiltale: «Det betyr bare at det ikke er så lett å bli gjenvalgt.» Han krøp etter hvert til korset og innrømmet at man nok kunne tro at enkelte politikere hadde så hard hud at de kunne stå uten ryggrad. Han anbefalte å vurdere dem ut fra ærlighet og konsistens i krav til helsevesenet.

Savnet av tydelige politikere som tør å stå for sine meninger var bredt. Politikere styrker formelle pasientrettigheter, men svekker i praksis økonomi og

behandlingstilbud. Og når legene får problemer med å prioritere blir helseministeren sinna. Klinisk prioritering gjør vi til daglig meget godt, det slipper vi aldri unna, det er en del av vårt fag. Men vi trenger overordnede føringer. Og vi må vite at vi ikke blir falt i ryggen når vi gjør så godt vi kan.

Å bli enige med politikere og myndigheter om hva som er «*godt nok*», kan være et mål. Men hvordan kommer vi dit? Bare å bli enige oss imellom er en utfordring. For eksempel er 300 000 kroner greit for å forebygge et «*cardiac event*», men

Prioritering slipper vi aldri unna, det er en del av vårt fag.

600 000 er det ikke. Hvordan ble den grensen satt? Eller: Hvorfor kommer nevrologer raskere til behandling enn psykiotiske pasienter? Kulturbeatinget statusforskjell mellom medisinske fagfelt påvirker prioriteringer i stor stil. Vår forening medvirker trolig til at prosessen etter Lønning II havarte i 1996. Også administrasjoner ønsker å kjøre egne løp. I perioden 1998 – 2002 fikk psykiatrien ekstra milliarder og vokste 10,8 % – mens somatikken vokste 13,8 % på angivelig standardbudsjett; psykiatrimidler salderer totalbudsjettene.

Dnlfs årlige statusrapporter ble fremholdt som egnet verktøy for prioriteringer. Likevel opplever man at legene ikke spørres i

slike saker; noen har en følelse av at manglende legitimitet kan være forklaringen.

Unødvendig ressursbruk kan henge sammen med blant annet økt pasientautonomi og legers manglende trygghet i klinisk vurdering. Og er det gevinst i å løse trygdeetatens problemer via et krevende skjemavelde? Eller: Er vår medisiner, ikke minst den forebyggende, rasjonell i et perspektiv som strekker seg utover Felleskatalogens farmakodynamikk?

Hovedutfordringene ble oppsummert etter at de fleste spørsmål var stilt og få svar gitt:

- Fagmiljøene må ansvarliggjøres til å varsle uetisk ressursbruk - som når det behandles friske pasienter, når psykiatrimidler forsvinner, eller når det kodes kreativt.
- Kliniske etikkomiteer må etableres.
- Debatten om medikalisering må tas, og tas alvorlig.

Vi trenger overordnede føringer. Og vi må vite at vi ikke blir falt i ryggen når vi gjør så godt vi kan.

Det ligger vel andre ting der, også. Foreningen gjorde godt arbeid med forholdet til legemiddelinndustrien. En like vellykket innsats med helseprioriteringer ville bragt oss alle et kjempesteg fremover. Her kunne overlegene stimulere foreningen, og få opp årets viktigste tema på landsstyremøtet i 2006.



Redaktørens kortversjon av Of's vårkurs og årsmøte i Tromsø 5.-7. mai



Of's kurs og årsmøte i Tromsø samlet 110 deltakere til et program som viser foreningens vilje til å feste grepet på viktige utfordringer.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Paul Hellandsvik favnet et flertall Helsepolitiske emner – entusiastisk dog sett fra toppen. Denne mannen representerer vår motpart, men føles likevel troverdig. Han formidlet en ubendig lyst ved utfordringer – uten å fornekte bekymringen over vanskeligheter.

Pasienten som kunde var en sekvens på tre foredrag. Bjørnar Allgot, generalsekretær i Norges Diabetesforbund, la fram fra kundens behov. Vi fikk vesenets og våre egne svakheter listet opp slik vi kjenner dem, og ingen protesterte på at kunden har rett.

Leif Næss, direktør for Omnia ASA i Oslo ga en grundig oversikt over kostnadseffektivitet og sam-

funnmessig nytte av privat sykehustilbud – som heller ikke er fritt for driftsmessige utfordringer. Mads Gilbert, avdelingsoverlege og professor dr. med., avsluttet sekvensen. Akutt hjerteinfarkt i grisgrendt strøk ble effektivt behandlet og karismatisk dokumentert. Intet øye var tørt, og betydningen av offentlig helsevesen hevet over tvil.

Samhandling i institusjonshelsetjenesten ble

Dette er et naturlig forum for kolleger som føler det befriende å se seg selv i en større sammenheng.

innledet av Mai Len Sundin (tidligere direktør ved Aker universitetssykehus), Siri V Hammer (helsefaglig direktør ved Ullevål universitetssykehus), assistentleg Gerd Tranø og kommunelege Fin Resch.



Ingrid Slørdal Conradi, Mads Gilbert, Bjørnar Allgot, Leif Næss



Melsom, Aarseth, Sundin, Hammer, Tranø, Resh

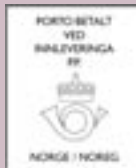
Med administrativt blikk skisserte man ulike tenkemåter og konkrete løsninger for å organisere praktisk arbeid nær pasienten.

En litt for tidlig flyavgang medførte at redaktøren gikk glipp av sekvensen om Pasienthotell ved sjefslege Rolf Kåresen, Ullevål sykehus, rådgiver i Sosial- og helsedirektoratet Anne Christine Breivik, og jordmor på Haukeland universitetssykehus Beth Reistad.

I kraft av medlemstall og samlet kompetanse forvalter Of mye økonomi og livskvalitet i samfunnet - med særlig moralsk ansvar for svake grupper. En rolle som tung helsepolitisk aktør kunne tjent både samfunnet og oss selv. Men er vi modne? Det er en svær trøye å aksle; vi bør ta den og den må sitte godt.

Å bære den med troverdighet er ikke lett. Kurs som dette er nødvendige for å utvide vår horisont og for at foreningen kan forme sitt ståsted. Of's delegater er selvkrevne her. Redaktøren oppmuntrer til enda bredere deltakelse; den som kjenner det befriende å se seg i en større sammenheng, og som har anledning til å unslippe produksjonshverdagen for å treffe likesinnende i inspirerende omgivelser, er naturlige liebhavere og bør prioritere dette.



**Legeforeningens seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar**

Soria Moria 4. og 5. oktober 2004

Det tas forbehold om endringer i programmet.

Mandag 4. oktober 20040930–1000 Registrering/kaffe/te/rundstykker.
1000–1015 Åpning v/overlege Brynjulf Ystgaard.
1015–1300 **Kritisk dato.**

Desember 2003 vedtok Stortinget en viktig endring i Pasientrettighetsloven som gir pasienter med rett til nødvendig helsehjelp krav på behandling innen en individuelt fastsatt frist (**kritisk dato**). Fristen skal settes ut fra en vurdering av forsvarlighet. Denne endringen stiller store krav til den medisinske vurderingen. Retten til nødvendig behandling er ikke lenger begrenset av kapasitet i det offentlige helsevesenet. Ved brudd på kritisk dato følger pengene pasienten enten til private helseyttere eller til utlandet. Dette setter store krav til ventelisteføringen, pasientinformasjon og arbeid med systemer for å varsle/monitorere brudd på kritisk dato. Kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp praktiseres svært ulikt. Dette blir et stort problem både for sentrale helsemyndigheter, det enkelte foretak og den enkelte lege.

Innledere:
Kari Sønderland, eksp.sjef, Helsedepartementet.
Bjørn Erikstein, med. fagdirektør Helse Sør.
Mette Bratt, avd.sjef, St. Olavs Hospital, Trondheim.
Geir Sverre Braut, ass. helsedirektør, Statens helsetilsyn.

1115–1130 Pause.

1130–1300 **Kritisk dato fortsetter.**

Plenumsdiskusjon.

1300–1400 Lunsj.

1400–1645 **Funksjonsfordeling.**

I de økonomiske ulvetider vi nå opplever, og også som integrert del i foretaksreformen, står begrepet funksjonsfordeling sentralt. Hva ligger i dette begrepet, og hvilke konsekvenser vil det få for det enkelte foretak og den helsetjeneste foretaket kan tilby i sitt nedslagsfelt? Hvilke faglige konsekvenser vil en slik oppdeling ha for den akutte virksomheten, for den totale faglige utvikling, og hvordan vil en slik fordeling påvirke driftsøkonomien i foretaket? Er, og skal en eventuell slik utvikling, være drevet av behov om bedret kvalitet eller bedret økonomi? Er det en motsetning mellom disse behovene?

Innledere:

Olav Helge Førde, styreleder, Helse Nord RHF.
Odd Søreide, Forsknings- og strategidirektør, Helse Bergen.
Lise Høie, daglig leder for brystkreftopererte, Den norske kreftforening.
Guttorm Brattebø, seksjonsoverlege, Haukeland Universitetssykehus

1515–1530 Kaffepause.

1530–1645 **Funksjonsfordeling fortsetter.**

Plenumsdiskusjon.

1700–1800 **Tanker i tiden – aktuelle temaer.**

Avdelingsjef Einar S. Hysing, Anestesiavd., Rikshospitalet.

1830– Middag

Tirsdag 5. oktober 20040900–1200 **Samhandling mellom nivåene.**

Mange ser det som en ulempe at vi har to nivåer i helsetjenesten. I overskuelig fremtid vil det fortsatt være slik, og vi må lære oss bedre metoder for å løse de problemer det kan skape. Fra Helsetilsynets rapporter kan man lese at mye av det som går galt skyldes manglende samhandling når pasienter flytter «over grensen» til annet forvaltningsnivå. Ofte skyldes det manglende kommunikasjon, men noen ganger også manglende gjensidig kunnskap om den andre parts situasjon. Primærhelsetjenesten trenger ofte spesialisthelsetjenestens kompetanse for å kunne gi forsvarlige tilbud, og spesialisthelsetjenesten har behov for at kommunene legger til rette for å ta hjem ferdigbehandlede pasienter. Hvordan kan vi skape et samarbeid som begge parter ser seg tjent med?

Innledere:

Nils Fredrik Wisløff, Rådmann i Drammen, leder Samhandlingsutvalget.
Daniel Haga, rådgiver, Helse Midt-Norge RHF.
Kjell Maartmann-Moe, leder Apf.

1030–1045 Pause/utsjekking av rom.

1045–1200 **Samhandling fortsetter.**

Plenumsdiskusjon.

1200–1300 Lunsj.

- Arrangør: Den norske lægeforening v/Norsk overlegeforening.
- Hotelladresse: Soria Moria Kurs- og konferansehotell.
- Målgruppe: Direktører, sjefleger og overleger i lederstillinger.
- Påmeldingsfrist: Mandag 9. august 2004.
- Kursavgift: Kr 1 500,-, eksklusiv reise- og oppholdsutgifter.

- Blankett for kursavgift og helpensjon/dagpakkeutgifter tilsendes etter påmeldingsfristen.
- Utgifter som påløper grunnet forfall som ikke er meldt, belastes den enkelte direkte.

Sykehusledelse**Legeforeningens seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar**

Soria Moria, 4. og 5. oktober 2004

PÅMELDINGSBLANKETT sendes snarest og senest innen 9.8. 2004 til:

Dnlf/Of v/Stenberg, Postboks 1152, sentrum, 0107 Oslo. Tlf. 23 10 90 00/faks 23 10 91 50.

- Kursavgift kr 1 500,- (gjelder alle)
- Alt. 1 – Helpensjon inkl. lunsj tirsdag 5.10. kr 1 500,-
- Alt. 2 – Helpensjon uten lunsj tirsdag 5.10. kr 1 300,-
- Alt. 3 – Dagpakke inkl. lunsj tirsdag 5.10. kr 620,-
- Alt. 4 – Dagpakke uten lunsj tirsdag 5.10. kr 385,-
- Jeg har dagpakke og ønsker i tillegg å delta i middagen 4.10. kr 335,-

Navn:

Tittel:

Arbeidssted:

Avdeling:

Postnr./sted:

E-post:

Telefon: Telefaks:

Underskrift: