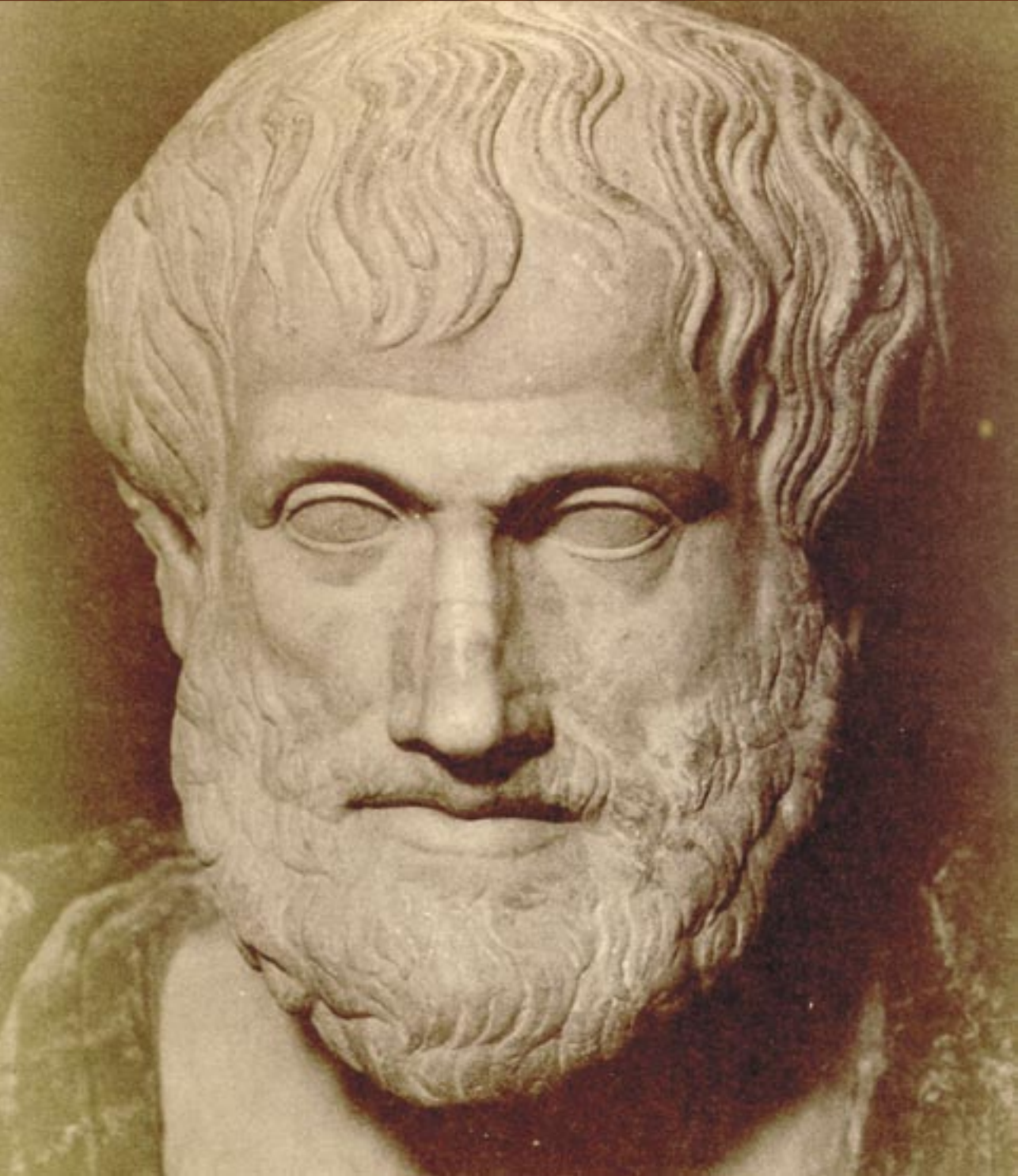


JUNI 2006 #1

OVERLEGEN



PER ULV

Den greske filosof Aristoteles levde for 2300 år siden og kan ikke ytes rettferdighet innen denne ramme. På den annen side: While E. Coyote så dagens lys i USA i 1946 - i tegneren Chuck Jones' strek. Coyotens geniale fiaskoer har gledet nordmenn siden 1960. Hans ufeilbarlige nederlag har gjort ham til symbol på dem vi er så redd for at vi må ty til latter for å kunne forholde oss til.

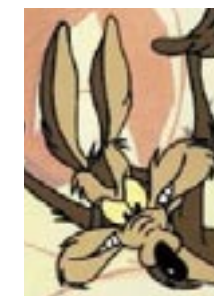
- s. 2 **Per Ulv**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **Handlebu**
Leder av Lars Eikvar
- s. 6 **Å styrke faget i foreningen**
av Torunn Janbu
- s. 8 **Faglighet i Legeforeningen**
av Tom Glomsaker
- s. 12 **Vårmtøtet i Norsk Barnelegeforening**
av Magne Berget
- s. 14 **Reflexive modernity i Helse Øst**
av Brynjulf Ystgaard
- s. 16 **Reflexive modernity**
Svar til Brynjulf Ystgaard
Kjell Borthne og Bente Mikkelsen
- s. 18 **Utfordres faglighet av pleie-ideologi i svenske sykehus?**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 18 **Embete og forstand – med og uten konjunktiv**
- s. 20 **OF's årlige tariffkurs**
av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 26 **Lærings- og mestringssentre**
av Sigrun Solberg
- s. 26 **Fagmedisinske foreninger**
av Alf Henrik Andreassen

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@online.no
FOTO: ESPEN HULDT-NYSTRØM,
UKJENTE KILDER.
LAY-OUT: ALLISON FLORIDA / FEBER
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO
OPPLAG: 6200

- Husker du Per Ulv?
– Dette kan da umulig være Per Ulv.
– Men se, da! Gresk profil og greier. Et skikkelig snev av Per Ulv, dette!
– Ikke skap deg.
– Husker du virkelig ikke Per Ulv? While E. Coyote – Ouuailliiii! Coyoten som jager Stankelbein. Med katastrofalt resultat hver gang. Du og jeg og kameraene våre godtet oss over hans kostelige bommerter gjennom hele 60-tallet. Og nå gjør barn og barnebarn det samme. Bare at de ikke trenger å slåss om Daffy-bladet, men sitter klistret til Cartoon Network. Og gumler Sure Føtter og potetchips i stedet.
– Hva er det du surrer med nå, da. Jeg har just gått av vakt og er trøtt, og blir forferdelig sur av disse barnslighetene. Du burde forstå det.
– Du burde tenke på Per ulv når du ser den bysten.
– Per Ulv er en ubegavet amerikansk taper. Som aldri fanger Bippene. Bush-gutta kaller motstanderne sine for While E. Visste du det? Hvis du var liberal senator, og hadde sagt noe lurt om fri abort eller homofili eller mislykket krig i Irak, hadde Bush-gutta rykket ut og kalt deg senator While E. Coyote på alle de digre førstesidene. Med foto og alt. Per Ulv er bildet på en amerikansk dust. Mens bysten åpenbart er en gammel greker.
– Du er bare så saklig. Konsentrer deg nå litt om Per Ulv. Ubegavet? Nei, tenk på alt han veit og kan! Aerodynamikk, ballistikk, kamuflasje. Og kjemi, kjøretøyt Teknologi, og sprengstoff. Og han lar seg aldri knekke. Aldri!
– Hvorfor lar jeg deg plage meg med dette umodne våset? Jeg vil hjem og sove.
– Det fins smarte barn, veit du. Intelligensen har frambragt teknologien og velferdsgodene, den. Og har bragt oss til randen av nukleær og økologisk utslettelse. Og til politisk meningsløshet; vi kveles

- av for mye mat og for lite utfordring, mens røkla ubønnhørlig dauer av det motsatte.
– Ha det.
– Nei, vent. Har du tenkt over hva intelligens egentlig er?
– Nei, smarting, aldri!
– Intelligens er evnen til å løse en intelligenstest. That's it. Lærte det på forberedende. I psykologi.
– Herregud!
– Men det er jo hele saken! Vårt høyeste mål for tankeevne er intelligens. Det er umodent, det: Det beste vi kan måles på i livet, ja nettopp i livet, er evnen til å løse en test på et ark. Den som greier testen, bestemmer over de andre.
– Jada, alt var bedre før da pappaguttene bestemte, epidemiene herjet, og gjennomsnittlig levealder var 39 og et halvt år.
– Du beskrev nettopp en stor del av verdens nålevende befolkning. Men jeg siktet ikke til det. Vi smykker oss med ett begrep – intelligens, for å beskrive hele åndskraften. Og den testes ikke engang skikkelig. Det holder å regurgitere det Kristin Clemet med forgjengere og etterfølgere til en hver tid bestemmer.
– Det er da undersøkt mye om kunnskap blant barn i mange land?
– Men jeg snakker om tankens kraft. Se på Per Ulv. Et utrolig kunnskapsnivå; han hadde bestått med toppkarakter ved alle universiteter i Norge og USA. «Svært intelligent», ville Clemet sagt, «en sikker vinner, Kunnskapsløftet funker». For genistreke hans virker etter hensikten – til et visst punkt. «Intelligent og svært lovende», ville Kristin Krohn D. sagt, «gi fyren stipend så han kan fullføre dette. Vi vil ha ham på Huseby». Fortsatt har han ikke fått stipend, for den andre Kristin ble helt oppslukt av forsvarsstaben; og nå er hun ute.
– Per Ulv mangler jo det viktigste.

- Nettopp! For 2300 år siden ville Aristoteles tenkt: «La oss se. Fullt trøkk på *episteme*; det er bra. Og *techné*: Tja, tja, han greier det jo på et vis. Men *phronesis*! Skrekk og gru, det viktigste mangler, dette må gå galt.»
– Hører jeg en jålebukk med fremmedord?
– Pass humøret ditt, du. Vi veit Per Ulv går på trynet hver gang – fordi han alltid gjør det. Men hvorfor er det nødvendig? For 2300 år siden hadde det vært innlysende. Fyren har masse Clemet-intelligens – viten, *episteme*, så det holder – og *techné*, ferdighet til å forme sine dødbringende feller. Men han eier ikke *phronesis*, ikke ett fnugg; klokskapen man anvender kunnskap og ferdigheter med.
– Klokskapen som man anvender sine evner med? Jaja, du sier noe der.
– Velkommen etter! Mangelfullt utvikla *styrings-system*, ikke sant? Heretter sender du garantert en tanke til Per Ulv når Aristoteles krysser din vei.
– I så fall sender jeg en tanke til våre egne IQ-høvdinge. Som avtaler hemmelig om våre arbeidsforhold. Og som høster heder på fabrikkert forskning. Eller tjener penger på falske attester. Vi kunne kanskje trenge litt mindre *episteme* og *techné* og mer *phronesis* her og der. Huh, disse vaktene krever sitt i min alder – og så hele denne disputasen etterpå! Nå tar jeg en time på øyet. Forresten var det jeg som vant diskusjonen; Per Ulv er en taper – til tross for sin intelligens. I grunnen et morsomt begrep, *phronesis*.



Kollegiale hilsener til minne om en stor tenker!

Espen Huldt-Nystrøm

Handlebu

AV LARS EIKVAR

«Fornebu, også kalt handlebu», svarte drosjesjåføren, da jeg ga beskjed om min destinasjon for turen. Jeg var på vei til Landsstyremøtet i Bergen i oktober 1997. Det siste Landsstyremøtet med avreise fra gamle gode Fornebu for mitt vedkommende. Neste høst var avreisen fra Gardermoen.

Det er noen replikker du husker. Fordi de får deg til å reflektere. Hva hadde egentlig skjedd med gamle Fornebu? Jeg husker fortsatt sykkelturner ut til flyplassen på søndager med flygale kamerater. Fjortisenes fokuserte fascinasjon: Bygg med store, rolige linjer. Kjenne lukten av brent parafin svi seg inn i sinnet, bli oppslukt av det øredøvende brølet fra jetmotorene til de gamle Caravelle-maskinene og ikke minst vibrasjonene fra take-off. En av dem

ble da også flygeleder. En annen holdt ut i fjorten dager på opptakskurset til flyskolen. Men for oss alle var det noe spesielt ved dette stedet. En arena for viktige hendelser og sterke inntrykk. For avskjed og velkomst ved korte og lengre atskillelser fra foreldrene. Det var ikke tilfeldig at den beste restauranten der ute bar samme navnet som det mest kjente passasjerflyet. Og du måtte opp i andre etasje for å finne servering.

Respekten for flyplasser holdt seg relativt godt oppe, selv om slike steder etter hvert ble en del av hverdagen i en ung leges liv. Men det som skjedde med Fornebu på slutten var det umulig å ikke legge merke til. I påvente av at prosessen rundt den nye hovedflyplassen skulle bli tilendebrakt, ble

stedet reparert og lappet på i stadig mer forsimplende og tilfeldig stil. Og de mest fremtredende sanseinntrykkene var blitt skiftet ut. Det var stadig flere butikker med alle slags produkter, også på innenlandsdelen. Borte var de store, verdige linjene. Mest framtrædende var lukten av gatekjøkkenmat. De eneste vibrasjonene dette utløste, var uønsket autonom aktivitet i GI-traktus. Til slutt minnet stedet mest om et litt puslete kjøpesenter i evig forandring, uten plan eller visjon.

Jeg endte opp på en annen arbeidsplass. Men også denne typen arbeidsplass hadde satt sine inntrykk i et barnesinn. Som pasient og som pårørende. Mindre voldsomme lyd- og lysinntrykk. Men de samme rolige, verdige linjene utvendig og i inngangspartiet.

Narvesenkiosken diskret tilbaketrukket. Eller bare noen damer med traller en gang i uken.

Kanskje en kaffeautomat, som også hadde varm sjokolade. Rammer av sanseinntrykk blir sittende, som en del av minner fra viktige, avgjørende hendelser.

Livet som sentral tillitsvalgt har i de siste årene brakt meg rundt på mange norske sykehus. Som en slags bistandsarbeider. Selv om jeg kanskje hadde vært i byen før en gang, hadde ikke sykehuset stått på besøkslisten. Jeg har stort sett gått inn hovedinngangen. Og undret meg. De ytre bygningsmassene kunne fortsatt bære spor av den gamle fylkeskommunale visjonen om sykehuset som en slags katedral eller byborg, plassert på den høyeste, fineste tomten. Men sanseinntrykket ble straks et annet når man kom innenfor. Er dette et sykehus? Eller en bussterminal? Begynnelsen på et kjøpesenter? Eller bare et stort gatekjøkken? Hva driver de egentlig med her? Og hvorfor får jeg en slik «deja-vu» følelse? Var det bare fordi jeg ankom i drosje? Eller fordi jeg ikke fikk servering på flyet?

Det økonomiske havariet av bygningsmasse som de nye helseforetakene overtok, har nødvendiggjort en omfattende utbygging mange steder. Det var også lett å se for meg som besøkende. Denne byggevirksomheten er sikkert godt planlagt. Men den forsterket likevel mine assosiasjoner til Fornebus siste dager. Jeg prøver å forstå hvorfor jeg er så urolig. Gardermoen ble jo ferdig til slutt? Og det er vel ingen tvil om hva de driver med der?

Nå er det ikke helt utenkelig at dagens og morgendagens pasienter og pårørende gjerne vil møte et sykehus med alle de fasiliteter de er vant til å omgi seg med. Kjente og kjære navn som Mix og Europark gir muligvis en økt trygghetsfølelse og mindre fremmedgjøring. Det er kanskje bedre at luktinntrykkene gir assosiasjoner til bensinstasjonen eller Deli de Luca, og bringer tankene vekk fra andre ting. Men hva sier dette om hvilket fokus man har for virksomheten? Og hva gjør det med oss som jobber med pasientene?

Å styrke faget i foreningen

AV TORUNN JANBU

Medisinske fag er grunnlaget for vår aktivitet. Legeforeningen har i mange år arbeidet for å gi fagligheten større og tydeligere plass i foreningen. Faget er for mange medlemmer den viktigste tilknytning til foreningen.

Både fagets og spesialforeningenes plass har vært viktige tema på foreningens lederkonferanser og landsstyremøter de seineste 5 – 6 år. Ikke minst har spesialforeningene selv fokusert på problematikken. Flere årsaker til ønskede endringer er nevnt, blant annet spesialforeningenes perifere plassering i foreningen, manglende økonomisk støtte fra «moderforeningen», for få representanter i landsstyret, og usynlighet i foreningens ulike prosesser mot fag og fagpolitikk.

FORARBEID TIL FREMTIDIG ORGANISERING. Legeforeningens organisasjonsutvalg ble nedsatt i 2001; hele foreningens organisasjonsstruktur ble gjennomgått. Organisasjonsutvalget foreslo endringer for nettopp å imøtekomme behovet for økt faglig tyngde og synliggjøring; temaet har vært oppe på flere landsstyremøter, seinest i 2005. Flere til dels omfattende dokumenter har vært til høring i foreningens ulike ledd. Høringsrundene medførte stort engasjement; det kom mange og gode svar tilbake. Å gi faget bedre og tydeligere posisjon i foreningen fikk rask og stor oppslutning.

VEDTAK OM FREMTIDIG ORGANISERING. Landsstyremøtet i Bergen i 2005 gjorde et omfattende vedtak om Legeforeningens fremtidige organisering. Dette er grunnlaget for de lovendringsforslag som foreningen sentralt nå arbeider med. Nylig er

de sendt på høring i foreningen med tanke på endelig vedtak på landsstyremøtet i Oslo i mai.

FAGLIGHETENS ORGANISERING. Vedtaket i Bergen viser målsettingen i dette utdraget:

Landstyret vil at medlemmenes faglige engasjement, som i de fleste fag har utfoldet seg i godkjente spesialforeninger med frivillig medlemskap, skal bli nærmere integrert i Den norske lægeforening for å styrke foreningens faglige profil og virksomhet. Landsstyret vil derfor om-danne Legeforeningen slik at medlemskapet i tillegg til å være betinget av legemedlemmens arbeid geografisk og yrkesmessig også skal være betinget av deres faglige tilhørighet eller interesse.

Her ytrer foreningen et klart ønske om å tydeliggjøre sine faglige premisser for standpunkter i fag- og helsepolitikk. Det fremgår at alle spesialforeninger som representerer en spesialitet, skal hete fagmedisinske foreninger. Alle medlemmer som er spesialister, tilordnes automatisk den riktige fagmedisinske forening. Leger som ikke er spesialister velger som hovedregel selv sin faglige tilknytning. Alle medlemmer betaler en fagmedisinsk kontingent som inkluderes i totalkontingenten. Fagmedisinske foreninger slipper da å kreve inn kontingent selv; den blir overført fra hovedforeningen. Landstyret vedtar, i forbindelse med budsjettvedtaket, hvor mye penger som skal gå til de fagmedisinske foreningene, slik ordningen alt er i for fylkesavdelinger og yrkesforeninger.

DOBLET REPRESENTASJON I LANDSSTYRET. Dagens landsstyre har 10 representanter fra spesialforeningene. Tallet oppgraderes til 20 etter vedtak i Bergen;

initiativet kom opprinnelig fra spesialforeningene selv. Både innflytelse og forventninger øker ved dette, og forventes å støtte et fortsatt godt arbeid.

INTENSJON OG PROFIL. Intensjonen med Legeforeningens fagmedisinske foreninger har hele tiden vært å gi faget bedre forankring, mer plass og større innflytelse i foreningsarbeidet. Det planlegges nå økt støtte fra Legeforeningens sekretariat som skal være hjelpelig blant annet i forhold til praktiske behov. Balansen mellom det ønskelige og det mulige, må søkes gjennom samarbeid; foreløpig har man så vidt startet.

Profilen som faglige foreninger svekkes ikke, for eksempel skal de fagmedisinske foreninger fortsatt forholde seg autonomt til prioritering og utforming av høringer. Moderforeningens bestilling vil som før være støtte og råd i faglige spørsmål – noe begge parter forhåpentligvis vil ha glede og nytte av. Det vil også være ønskelig at de fagmedisinske foreninger tar initiativ overfor ulike samfunnsaktører, så vel som overfor moderforeningen sentralt eller lokalt, i fagrelaterte spørsmål.

Spesialforeninger har ofte både nasjonale og internasjonale nettverk, og alle har brede ansvarsfelt med videre- og etterutdanning, kursvirksomhet, fagutvikling og kvalitetsarbeid. Slike aktivitetsområder påvirkes i prinsippet ikke av endringen fra spesialforening til fagmedisinsk forening. Man kan sogar tenke at et økt antall medlemmer vil bidra til at arbeidet forsterkes.

VEI VIDERE. Aktiviteten som vi vet fins i spesialforeningene blir viktig å ivareta. Vi må nok innse at moderforeningens organisering av og til må tillempes virkeligheten for å komme dit vi vil. Legeforeningen sentralt, inkludert undertegnede, er engasjert i dette. Spesialforeninger som har spesielle utfordringer inviteres til Legenes hus for diskusjon og avklaringer – så godt det lar seg gjøre, før vi treffes på landsstyremøtet i mai. Slik dialog ser jeg som særdeles verdifull, og oppfordrer dem som har behov for avklaringer om å ta kontakt, slik allerede flere har gjort. Jeg har ellers vært på møter med spesialforeningenes 10 landstyredelegater, også dette svært nyttig, med muligheter for informasjon og debatt.

Organisasjonsdebatten har vart i flere år. Nye styreverger trenger nødvendigvis oppdatering på for-gjengeres tanker og handlinger, nyttig ikke minst for å avklare misforståelser som alltid vil forekomme. Dialogen forsterker dessuten spesialforeningenes kanal inn til Legeforeningen. Gjennomslagskraften utad får derved enda bedre faglig tyngde.

Landsstyret i Bergen påla sentralstyret å forberede en lovrevisjon. Et forslag i tråd med landsstyremøtet er nå sendt ut til høring. Alle Legeforeningens organisasjonsledd er invitert til å svare. På bakgrunn av svarene vil landsstyremøtet i Oslo få et endelig forslag til nye lover fremlagt til vedtak. De vil gjelde fra 1.1.2007 – som vil gi spesialforeningene tid til å gjøre evt nødvendige endringer i sin organisasjonsstruktur.

Jeg ser frem til det jeg tror blir en viktig styrking av fagets plass i Legeforeningen.

Redaktøren har utfordret presidenten på å tydeliggjøre hva Den norske lægeforening legger i å styrke fagligheten i foreningen. Hun svarer i denne artikkelen.



Faglighet i Legeforeningen – fra festtale til gjennomføring

AV TOM GLOMSAKER

Hvorfor skal et så selvsagt tema som fagligheten i foreningen debatteres? De fleste kan enes om foreningens statusrapport fra 2005 (1) om faglighetens kår i spesialisthelsetjenesten. Men for å leve opp til rapportens mange målsettinger, kommer Den norske lægeforening neppe forbi en grunnleggende intern debatt om dagens organisering og maktforhold.

Legeforeningens fokus må ligge på fag og faglighet; dette er selve grunnlaget for både profesjonens virksomhet i helsefor-
 etakene, og for aktiviteten i de medisinske spesialforeninger og i moderforeningen. Den norske lægeforening peker på tre sentrale elementer som kjennetegner medisinsk faglighet: Profesjonsetikk, medisinsk-faglig kunnskap og kompetanse, og legens ferdigheter (1). Landsstyret har i den senere tid vedtatt økning av spesialforeningenes representasjon, obligatorisk medlemskap i en spesialforening, og retningslinjer for vårt forhold til industrien. Angivelig skal disse grep styrke fagligheten. Blir det realiteten?

Legeforeningen har problemer med å ta tak i de åpenbare spenninger som ligger i fordelingen av posisjoner og makt.

LEGEFORENINGENS HIERARKI OG MAKTFORDELING

Legeforeningen er alle legers forening. Derfor må den representere en rekke forskjellige interesser. Plassene i vårt øverste beslutende organ, Landsstyret, fordeles på grunnlag av foreningens hierarkiske struktur. Fordelingen skjer etter fordelingsnøkler som tar hensyn til geografi, spesialitet og yrkesfunksjon, og er avgjørende for hvilke vedtak som gjøres. De største gruppene kommer nødvendigvis i posisjon til å legge føringer som gir konsekvenser langt inn i andres fagområder.

Men selv spesialiteter med liten representasjon besitter fagkunnskap som er unik, og som kan kreve fokus når beslutninger tas. Avstanden mellom disse spesialitetene og diskusjonene i foreningen kan ofte synes lang. Min oppfatning er at Legeforeningen har problemer med å ta tak i de åpenbare spenninger som ligger i en slik fordeling av posisjoner og makt. Å styrke foreningens faglighet må blant annet sikre at alle spesialiteter behandles likeverdig og individuelt. Dette er ingen enkel oppgave; de mest spesialiserte legene sitter ofte i de minste spesialforeningene.

FAGFORENING OG FAGLIG FORENING

Legeforeningens rolle som både fagforening og faglig forening er en annen utfordring. Mange andre land oppfatter en slik dobbeltrolle som

umulig, og har splittet sine legeorganisasjoner i to. Også hos oss jobber sterke krefter for en slik deling, og Legeforeningen sentralt ser det. Vil foreningen beholde begge hattene, avhenger det av at de to dimensjonene er tydelige og klargjorte.

Begge er avgjørende for vår evne til å utøve faglighet i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsvilkårene for mange av oss har de siste årene vært preget av økende krav til effektivitet. Helseforetakene har gitt et antall umulige oppdrag, mange har forsøkt å gjennomføre dem, og noen har brent fingrene kraftig. De fleste av oss vil strekke seg langt for å lykkes med de utfordringer vi stilles overfor. Men ofte opplever vi at innsatsen ikke blir verdsatt, at rammevilkårene ikke er realistiske, eller kvaliteten vi må levere gjør det umulig å se pasientene i øynene. Ikke rart flere mister motet.

Troverdighet forutsetter dyptgripende gjennomgang av våre tillitsvalgte roller og oppgaver.

Legeforeningens rolle i dette bildet blir fort uryddig. Ved uenigheter om faglighet i foretakene, risikerer *fagforeningen* å måtte argumentere på tvers av hensynene til faglighet, for eksempel i arbeidstidsaker eller ved funksjonsfordelinger. Eller omvendt: Det blir komplisert å beholde en faglig basis for argumentasjon, når forhandlinger dreier seg om legers interesser stilt opp mot helseforetakets organisering eller kvalitet i helsetjenesten. Dobbeltrollen gjør argumentasjonen komplisert og troverdigheten sårbar.

LEGEMIDDELINDUSTRI, RAMMEVILKÅR OG ENTUSIASME

Legeforeningen har vedtatt skjerpede regler for samarbeid med industrien; spesialforeningene har

merket utfordringen på kroppen. Selvsagt trengs klare kjøpereglere for et slikt samarbeid. Men av hensyn til fagligheten er det faktisk nødvendig å samarbeide med leverandørene. I fag som er avhengige av mye teknologi blir dette spesielt tydelig.

Å styrke foreningens faglighet må sikre at spesialitetene behandles likeverdige. Det er ikke lett; de mest spesialiserte legene sitter ofte i de minste spesialforeningene.

Undertegnede vil påstå at innskjerpingen har ført til *økt* samarbeid med industrien – og i prinsippet større avhengighet – for å få utført arbeidet i spesialforeningene. Vi som driver spesialforeningene bruker nå, i tillegg til fagrettet arbeid, store mengder tid på å sikre økonomien. Mest går det likevel utover utdanningskandidater og alle med behov for å opprettholde kompetanse; det er meget usikkert om helseforetakene har overtatt mer av omkostningene fra den enkelte.

Vi mangler svaret på hvordan rollen som fagforening kan forenes troverdig med rollen som leverandør av samfunnsmessige løsninger.

Min mening er at Legeforeningens vedtak har hatt mange utilsiktede konsekvenser. Norsk kirurgisk forening kan for eksempel ikke lenger godkjenne sitt høstmøte som utdanning, fordi industrien er tilstede på arrangementet. Hva vil slike rammevilkår gjøre med entusiasmen for foreningsarbeid i fremtiden? Tilfang av kontingentmidler som ligger

i obligatorisk medlemskap kompenserer ikke for konsekvensene av foreningens øvrige vedtak.

ØKONOMISKE UTFORDRINGER, TILLITSVALGTES ROLLE OG LOJALITET I HELSEFORETAKENE

Helsereformen har endret kartet for helsetjenester i Norge. Implementeringen har gitt mange, og til dels ukontrollerte forsøk. Noe har blitt bedre, men et flertall utfordringer gjenstår. Intet tyder på at pasientenes behov minker, at rammene rundt pasientarbeidet styrkes, eller at fokus på regnskapenes bunnlinjer svekkes. Suksesskriteriet er budsjettbalanse - med en pris som få ønsker å vise i årsrapporten. At bygningsmasse forfaller, nødvendig utstyr ikke blir innkjøpt eller at personalet springer stadig fortere, utelates fra sluttsammen. Åpenbar feil budsjettering - som av pensjoner og avskrivninger - forutsettes dekket via driftsbudsjett for pasienttrettet virksomhet.

Legeforeningens vedtak om skjerpede regler for samarbeid med industrien ga utilsiktede konsekvenser – økt samarbeid med industrien – i prinsippet større avhengighet - og stort ressursbruk for å sikre økonomien.

I planlegging av virksomhet er Legeforeningens tillitsvalgte ofte involvert, ikke minst lokalt. Men deres rolle blir uklar, siden de sitter nært både ledelse og styre; lojalitetskrav til bedriften er kraftig innskjerpet etter sykehusreformen. En lojalitet skulle like selvsagt gjelde nedover og til side. Å velge bort denne balansen, kan få konsekvenser som vi ikke er tjent med. Det synes lettere og lettere å legge lokk på problemer, enn å ta dem opp. Nødvendig faglig nivå og troverdighet forutsetter en dyptgripende gjen-

nomgang av Legeforeningens tillitsvalgte roller og oppgaver.

Mange utfordringer i Helseforetakene er dessuten knyttet til ledelse; Legeforeningen må mer kraftfullt gå inn i disse. Vi må lære å ta likeverdige hensyn til viktige dimensjoner som faglighet/kvalitet, politiske hensyn og økonomi.

Kontingentmidler som ligger i obligatorisk medlemskap kompenserer ikke for konsekvensene av foreningens øvrige vedtak.

KONKLUSJON

I disse tider er det vi leger som må stå sammen for sikre at ikke fagligheten blir nedprioritert i spesialisthelsetjenesten. Faglighet i Helseforetakene vil i stor grad avhenge av faglighetens posisjon i Legeforeningen, og det er prisverdig at foreningen går inn i denne debatten. For å lykkes må vi kartlegge hvor skoen trykker mest; dialog er utmerket egnet til dette, og vi må tåle en åpen diskusjon innad for å finne veien videre.

Spesialforeningene utgjør den faglige kjernevirksomheten i Legeforeningen, og deres rammevilkår er ikke optimale i forhold til en slik posisjon. En sterk faglig forankret Legeforening vil tjene alle parter. Samtidig mangler vi også løsningen på hvordan vår rolle som fagforening kan forenes troverdig med rollen som leverandør av løsninger på samfunnets behov.

REFERANSER:

1) Rom for faglighet – til pasientens beste. Statusrapport fra Legeforeningen 2005

Tom Glomsaker er leder av Norsk kirurgisk forening.

VÅRMØTET I NORSK BARNELEG EFORENING (NBF) juni 2005 i Stavanger

AV MAGNE BERGET

NBF holder 2 møter i året for sine medlemmer. Vår møtene arrangeres på omgang av de «små» barneavdelingene, mens Høstmøtet går på omgang mellom de «store». NBF ønsket at møtene fortsatt skulle gi tellende kurstimer for leger under spesialisering, og vedtok at møtene skulle arrangeres uten sponsorstøtte fra 1. januar 2005; overskuddet fra møtene hadde til da vært en av de viktigste inntektskildene til NBF. Beslutningen var derfor modig; med bortfall av tellende kurstimer fryktet en at de yngste medlemmene ikke ville prioritere møtene, og at man ville få møter for «gamle, gretne gubber».

Barneklubben i Stavanger var arrangør for det første Vår møtet uten sponsorstøtte juni 2005. For den lokale arrangementskomiteen ble dette en stor utfordring. NBF viste tidlig sin støtte ved å garantere for et eventuelt underskudd. Dette gav komiteen nødvendig ro og en visshet om at moderforeningen stod lojalt bak. Samtlige medlemmer av komiteen viste en utrolig innsatsvilje og kreativitet. Troen på at vi skulle klare å lage et veldig bra møte uten sponsorstøtte ble en drivkraft for alle.

NBF ønsket at møtene fortsatt skulle gi tellende kurstimer og vedtok at de skulle arrangeres uten sponsorstøtte.

Vi ble tidlig klar over at var vi helt avhengige av å få mange deltagere for å unngå store minustall. For at medlemmene skulle få lyst til å komme, måtte

vi ha et godt faglig program i tillegg til et sosialt program som presenterte Stavanger og omegn på en spennende måte. Prisen måtte ikke skremme noen fra å komme, og informasjon om møtet måtte være godt gjennomtenkt og gjennomført.

«Dette var å ta Vår møtet tilbake!»

Det faglige programmet ble satt sammen for å vise hva vår egen avdeling var opptatt av og hva NBF ønsket å belyse; resuscitering – team og trening; Den internasjonale barnelegen; Infeksjoner/Immunologi. Et forkurs ble arrangert med praktiske øvelser og trening på akutte medisinske situasjoner. Hovedforelesere ble invitert fra inn- og utland ut fra faglige ønsker og ikke budsjettmessige konsekvenser.

Det sosiale programmet skulle være nøkternt med lite bruk av kostbare «stjerner», og desto mer bruk

av avdelingens egne «idol». Vi fikk plass til kulturelle innslag under møtet, mye god underholdning om kveldene; vi hadde besøk på landets eneste barnemuseum, båttur med middag og fest i Ryfylkets botaniske oase og avslutningstur til Preikestolen, Rogalands største turistattraksjon.

Utfordringen har krympet til å finne andre arenaer til å utveksle informasjon med industrien.

Slike møter er krevende å arrangere ved siden av full jobb på sykehuset. Vi engasjerte derfor en lokal kongressarrangør. I et utmerket samarbeid laget vi egen logo for møtet, teaser, invitasjon og møteprogram som ble sendt både som e-post og som trykksak.

Da møtet begynte, hadde vi ca 150 påmeldte deltagere. For Vår møtet til NBF er det nesten ny

rekord. Medlemmene viste at Vår møtet er en viktig arena for norske barneleger - tross høyere kursavgift enn vanlig. Programmet ble godt mottatt. Vi hadde diskusjon pro et contra, om nytten av dyre medikamenter – uten å måtte føle på forpliktelser til legemiddelindustrien. Pausene kunne tas uten press for å måtte besøke sponsorene. Heller slo en av en prat og knyttet viktige kollegiale bånd. To eller fem retters middag er helt underordnet, bare maten er god og stemningen på topp. Og høydepunkter kan skapes med lokale stjerner uten behov for de store honorarer.

Vår møtet gikk noen få tusen kroner i minus, derfor er medlemskontingenten økt – uten ramaskrik blant medlemmene.

Som mange sa under og etter møtet: Dette var å ta Vår møtet tilbake. En opplevelse av å være herre i eget selskap. Omtalen etter møtet på NBF sine hjemmesider ble: Et av de beste møter noensinne! Det er belønning god nok, og bevis på at det faktisk går an å ta tilbake våre faglige møter.

Tross større deltagelse enn på mange år, og med mange yngre kolleger som verdsatte tellende kurstimer, er NBF likevel nødt til å finne andre måter å skaffe inntekter på. Uten sponsorstøtte må målet være å gå i balanse, men Vår møtet gikk noen få tusen kroner i minus. Utfordringen blir å finne andre inntektskilder. NBF har derfor økt medlemskontingenten uten at det førte til ramaskrik blant medlemmene.

Utfordringen synes å ha krympet til å finne andre arenaer hvor man kan utveksle informasjon med legemiddel- og utstyrsindustrien.

Reflexive modernity i Helse Øst

AV BRYNJULF YSTGAARD

Brynjulf Ystgaard betviler kompetansen bak skråsikre fremtidsvyer i Helse Østs rapport, Utvikling av arbeidsprosesser og teknologi. Han mener dokumentet uttrykker maktarroganse, basert på analyser fra 1930-tallet.

Bygging og bevaring av kompetanse er utfordrende for alle virksomheter. Spesielt viktig blir det når kunnskap og ferdighet på bunnen av virksomhetshierarkiet er avgjørende for resultatet. Institusjonshelsetjenesten er ett eksempel på slik virksomhet. En hensiktsmessig oppfatning av effektivitet, sammen med bevaring og utbygging av nødvendig kompetanse, er viktig.

Omverdenen må nødvendigvis ha innflytelse på de disposisjoner man foretar. En analytisk oppfatning av dette blir viktig; folks forhold til helsetjenesten kan være et eksempel. Folk flest har i dag klare forventninger og krav de vil ha oppfylt. Skjer ikke dette lokalt, går de andre steder; man har havnet i en konkurransesituasjon, frivillig eller ufrivillig. Våre politikere kan neppe vedta seg ut av dette; «markedet» er i ferd med å bli internasjonalt. Tydeligst ser vi det i England og USA: Elektiv kirurgi tilbys i Delhi og Madras til lavere kostnad enn i hjemlandet – reisen inkludert. Utvidelsen av EU vil trekke i samme retning, lønnsutgifter til helsearbeidere er 10 ganger høyere i Tyskland enn i Polen. Med IT-infrastruktur og interkontinental bredbåndsforbindelse, vil lavprismarkedene ikke lenger bare konkurrere på vareproduksjon, men også i tjenesteyting. Vi møter et økt konkurransetrykk.

Sosiologer har pekt på andre utviklingstrekk som har preget de siste 20 årene. Datateknologi har gitt enhver adgang til kunnskap, og muligheter for å anvende den. Og som kjent, kunnskap er makt. Individets drivkraft i den vestlige verden

er ikke lenger anskaffelse av materielle goder, men å begrense skadeeffektene av vårt industrialiserte samfunn. Dette henger sammen med at vi ikke lenger styres av tradisjoner og normer, men av våre egne ideer og refleksjoner. Blant andre har Ulrich Beck, professor i sosiologi i München, sammenfattet dette i konseptet «*Reflexive modernity*».

Sentralt i en slik virkelighetsoppfatning står evnen til å håndtere endringer i omverdenen. De oppstår bare fortere og fortere, og gir konsekvenser for politisk oppfatning som kan sammenfattes i teorien om *den tredje vei*.

I organisasjonssammenheng blir en flat struktur med nettverksorganisering den logiske følge. Ledelsen blir en servicefunksjon, og skal sørge for at operativt nivå har nødvendige vilkår og forutsetninger for å klare oppgavene. Skillet mellom ferdighets- og kunnskapsarbeidere, slik den er skissert i en klassisk vitenskaplig organisasjonsmodell, blir utvisket. Nøkkelordet er fleksibilitet for å kunne mestre uforutsette nyvinninger, og dermed overleve i global konkurranse. En hierarkisk modell med veldefinerte oppgaver vil være rigid og tape terreng i et dynamisk virksomhetsområde.

Det er derfor overraskende konklusjoner Helse Østs rapport kommer med fra temaområdet *Utvikling av arbeidsprosesser og teknologi*, ført i pennen av Kjell Borthne. Med bakgrunn i medisinsk- teknologisk utvikling anbefales det å utvikle en industrialisert modell for institusjonshelsetjenesten – med et skarpt skille mellom ferdighetsarbeidere og kunnskapsarbeidere, både organisatorisk og funksjonelt. Intensjonen er gevinst basert på tekniske nyvinninger, i form av bedret kvalitet og økt driftseffektivitet.

På kort sikt kan man nok oppnå dette. Men på lengre sikt blir gevinsten tvilsom – og i denne



sammenheng er 20 år et langt perspektiv. Riktignok er begrepet industrialisering ikke definert, og gir rom for tolkning. Slik det formuleres, er det likevel nærliggende å oppfatte visjonen som en «fordistisk» organisasjonsform – etter Henry Fords samlebåndprinsipp. Det preges av sentralistisk ledelse, og klar og entydig oppgavefordeling. Svakheterne er manglende fleksibilitet i en foranderlig verden. Mange bilprodusenter har modifisert modellen.

Drivkraften bak ønsket om endring er vanligvis konkurranseutsetting. Dette aspektet er fraværende fra utredningen til Helse Øst; man synes å leve fullt og helt i en forvaltningsverden. Sannsynligvis er dette urealistisk. Så lenge man ikke møter en økologisk krise, vil globaliseringen være et faktum. De 75 prosent av virksomheten som kan utføres av «ferdighetsarbeiderne» vil da helt sikkert bli utsatt for konkurranse, selv om vi vedtar noe annet her på berget. Ikke bare fortsetter utviklingen i stadig økende tempo, men enda viktigere, i uventede retninger. En fordistisk modell vil da ikke kunne bidra med

nødvendig fleksibilitet i organisasjonen. Da er det mer nærliggende å utvikle en flat nettverksmodell med multipotente medarbeidere uten stringent definerte arbeidsoppgaver. En slik organisasjon vil være i stand til å respondere på nye og uventede utviklingstrekk, og integrere dem i virksomheten.

Slik den er formulert, synes Borthnes fremtidsvisjon å være en Orwelliansk dystopi. Maktarrogansen er påtagelig; forfatteren synes sikker på utviklingens retning fram til 2025. I så fall er dette en sensasjon, ingen har klart å se 20 år fram i tida før ham. Det legges også opp til en sentralistisk struktur av organisasjonen, hvor ledelsen har ansvaret for utforming av framtida. Det er den neppe kompetent til på egen hånd, verken i Helse Øst eller andre steder. Utredningen er selvsagt kun en komponent av strategiarbeidet til Helse Øst; andre deler av utredningsarbeidet vil forhåpentligvis modifisere bildet noe. Det er likevel grunn til bekymring, tankegodset som framkommer i Borthnes arbeid om arbeidsprosesser og teknologi var banebrytende i 30-årene.

Reflexive modernity

Svar til Brynjulf Ystgaard

KJELL BORTHNE SVARER

Det er fortjenestefullt at Ystgaard interesserer seg for Helse Øst's arbeid i Strategi 2025, og dermed bidrar til debatt. Siden han spesielt kommenterer undertegnetes bidrag i strategiarbeidet, vil jeg gjerne gi følgende kommentarer.

Ystgaard påpeker viktige drivkrefter i verden i dag, som globalisering, konkurranstrykk og de utfordringer dette gir når kompetansebygging og kompetansebevaring må skje samtidig med opprettholdelse av effektivitet og konkurranseevne. Dette er tatt på alvor i EU, der man i 2004 opprettet en *High Level Group on Health Services and Mercial Care* som i november samme år synliggjorde en slik kompleksitet.

Ledelsesperspektiv og overordnet verdensanskuende filosofi i form av *reflexive modernity* berøres også. Det er naturligvis umulig å vite hvordan virkeligheten fortøner seg om 20 år. Det var heller ikke min intensjon å tegne et entydig bilde av verden slik den vil være da. Strategiarbeidet i Helse Øst representerer et mangfold av synspunkter og forståelse av de spørsmål som tas opp; det er beklagelig dersom min framstilling blir oppfattet så snevert som Ystgaard gir uttrykk for.

Ystgaard har i sitt innlegg ikke berørt helsevesenets kanskje største problemer i dag: Sviktende kvalitet og sikkerhet, sviktende effektivitet og høye kostnader. Som informerte lesere vil vite, har det de siste årene kommet stadig sterkere indikasjoner på at slike problemer har et overveldende omfang. Slike grunnleggende svakheter er vi nødt til å forholde oss til enten vi møter helsevesenet fra innsiden som

yrkesutøvere eller fra utsiden som pasienter. Den ovenfornevnte *High Level Group on Health Services and Mercial Care* har også presisert utfordringer og kompleksitet som angår kvalitet og pasientsikkerhet.

Det haster med å komme ut av helsevesenets, og dermed samfunnets, vanskeligheter rundt kvalitet og sikkerhet, effektivitet og kostnadsnivå. Da gir det lite mening å diskutere hvorvidt jeg gjør meg til talsmann for «en *Orwelliansk dystopi*» med tanke-gods som var banebrytende i 30-årene. Jeg inviterer derimot gjerne Ystgaard og andre til å delta i en diskusjon om hvorvidt helsevesenet kan lære av både industriell historie og moderne suksessforetak, når det gjelder organisasjon og ledelse, organisering av arbeids- og informasjonsflyt og systematikk rundt kvalitet og sikkerhet, effektivitet og kostnadsnivå. Det er trolig på tide at helsevesenet ikke setter standarder ut fra sammenligninger med bare seg selv, men skuer til andre sektorer i samfunnet.

(Innlegget er noe forkortet. Red)

BENTE MIKKELSEN SVARER

Reflexive modernity og Helse Øst.
St. Olavs Hospital, Trondheim

Jeg vil takke Ystgaard for interessante innspill til prosessen med strategisk langtidsplanlegging i Helse Øst. Kunnskapsgrunnlaget som er laget for «Helse Øst 2025» representerer oppstart på en prosess der en av hensiktene nettopp er å skape debatt omkring tema av avgjørende betydning for utforming av fremtidens helsevesen.

Ystgaard etterlyser Helse Østs tanker om hvordan organisasjonen kan sette seg i stand til fleksibilitet i møtet med etsamfunn preget av akselererende teknologisk og vitenskapelig utvikling. Utfordringene er å fremme ledelse som sikrer kontinuerlig kvalitetsforbedring, åpne prioriteringer og endrede og tilpassede arbeidsmetoder. Gjennom kunnskapsgrunnlaget har vi derfor utviklet begrepet *verdibasert endringsledelse* som vi tror vil kunne ivareta strategiske valg som sikrer kvalitet, trygghet og respekt i de nærmeste 20 år. Behovet for fleksibilitet reflekteres i erkjennelsen av at endring og endringsvillighet fortsatt vil sikre lett tilgjengelig og offentlig helse-tjeneste i et utviklingsbilde vi deler med Ystgaard. Uten et slikt fokus vil organisasjonen fortsette å være rigid og topptung uten reell ledelse innen de kliniske og pasientrettede funksjonene.

Grunnlaget i tenkningen er at kompetansen er helsetjenestens grunnkapital. Kunnskap endres hele tiden, og i mye større grad enn det som kan spores i praksis og i organisering av tjenestene i dag. Vi trenger derfor kontinuerlig endring innenfra;

all tilgjengelig kunnskap benyttes til kontinuerlig kvalitetsforbedring i pasientbehandling og i organisering av tjenestene – til beste for pasienten. Alle vil etter hvert se at de har to jobber: Den ene er den de er utdannet til, og den andre vil være å forbedre tjenesten. Dette klarer vi i alt for liten grad nå. Endringer oppleves å komme utenfra. Effekten av den enkelte valg ikoniseres, selv om summen av valgene blir feil prioritering, dårlig kvalitet og utilstrekkelig pasientsikkerhet. Hvis vi ikke klarer å gi økt trygghet og kvalitet til tjenesten vil Ystgaards «trusselbilde» om outsourcing, privatisering og forvitring av helsetjeneste som fellesgode bli en realitet.

Fagutvikling innen eksisterende helsefag vil, sammen med utviklingen av nye fagområder, være nødvendig for å skape gode og likeverdige helsetjenester for alle. Dette forutsetter bred involvering i prosessen, både fra ansatte og andre med stort faglig engasjement og fra publikum, inkludert brukere og pårørende. Kunnskapsgrunnlaget utgjør en kilde til inspirasjon og refleksjon, heller enn til konkret prognostisering av utviklingstrekk. Uansett utvikling vil Helse Øst legge vekt på at moderne kunnskapsarbeid innebærer økt integrasjon mellom tenkning og handling, teori og utførelse.

I den nødvendige og ønskelige debatten om hvilke grep som kan gi både kvalitetsheving, økt kompetanse, effektivisering og et bedre arbeidsmiljø i helsevesenet, er kunnskapsgrunnlaget i Helse Øst 2025 et naturlig utgangspunkt. Vi håper på mer debatt!

(Innlegget er noe forkortet. Red)

Redaktøren refererer og undrer over svenske revir og diagnoser

Utfordres fagligheten av pleie-ideologi i svenske sykehus? AV ESPEN HULDT-NYSTRØM

Vår svenske storebror, Sjukhusläkaren, har tidligere imponert oss. Før jul mottok bladet svenske Dagens Medicin's «Stora debattpris» – velfortjent etter utgave på utgave med systematisk belysning av sykehuslegenes og faglighetens rammer. OVERLEGEN nytter høvet til å gratulere! Sjukhusläkare har i vinter hatt en debatt om sykepleierrolle og ledelse. Her settes, modig nok, bredt lys på profesjonskampen. Debatten er lesverdig, har pasientrettet profil, og styrker sykehuslegers profesjonsidentitet. Men jammen strever de der borte for å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens faktiske mål: Diagnose og behandling av sykdommer. Redaktøren anbefaler SJUKHUSLÄKAREN (www.sjukhuslakaren.se) nr 5 og 6, 2005.

OMVÅRDNAD. Det svenske begrep «vård» omfatter både «helsevesen», «sykepleie» og å «å ta hånd om». I tillegg står «omvårdnad» sentralt i svensk sykepleiefilosofi. Det omfatter kanskje noe i retning av ideologien bak systematisk individuell omsorg. Selv erfarne sykepleiere i spesialisthelsetjenesten uttrykker usikkerhet på begrepets betydning.

«Omvårdnad» har blitt en så stor del av utdannelsen at nyutdannede sykepleiere knapt er kompetente til å utføre praktisk arbeid i sykehus. Fagfeltet fortrengr både sykdomslære, medikamentlære og klinisk praksis. Mange, også sykepleiere, synes å streve med denne omdefinering av pleiefaget, og tviler på at det er dette spesialisthelsetjenestens pasienter først og fremst trenger.

STILLE RAPPORT. Informasjon om pasienter som skal «vårdas» hentes i den stille rapport, altså hva man i enerom får ut av IT-basert dokumentasjon - som sykepleieren følgelig også bruker mye tid på å bidra til selv. Hverdagen går derfor sin gang ved dataskjermen; sykepleiere forsvinner mer og mer fra pasienter og fagmiljø; kulturen for teamarbeid svekkes.

VÅRDPORTAL. Sykepleiernes ideologer går inn for å bli helsevesenets portvakter i en fremtidig «Vårdportal». Portalen skal være alle pasienters første møte med helsevesenet. Her kan de få råd om å gå hjem å ta bedre ansvar for egen helse, eller om de bør besøke en lege. Begrunnelsen

er å hjelpe pasientene med orienteringsevnen i et komplekst system. Man kan se pasientgrupper som vil ha nytte av en slik ordning. At løsningen samtidig styrker maktgrunnlaget for et fag som strever med sin identitet, omtales lite foreløpig. Uansett pasienters behov kan en frykte at myndighetene ser innsparingspotensialet: Færre pasienter til lege. Et godt-nok-konsept i spesialisthelsetjenesten kan gi allianser som ikke nødvendigvis er til beste for den som trenger diagnose og behandling.

SYKEPLEIERFLUKT. En påviselig sykepleierflukt fra spesialisthelsetjenesten kan vise seg å henge sammen med pleiefagets moderne innhold. Siden 90-tallet har flukten blitt så tydelig at «underskoterskor» etter hvert kan se frem til å bli hurtigforfremmet til «skoterskor» (sykepleiere) – selv uten fornøden innsikt i «omvårdnad».

Hvem skal lede? Ordførende i Vårdforbundet, Anna-Karin Eklund, gir ledelsesdiskusjonen et lett-fattelig preg av kamp mellom det gode og det onde. Hva Vårdforbundet kan synes å forbigå i taushet, er pragmatiske løsninger for svensk spesialisthelse-

tjenestes målsetting og praktiske utfordringer. Sjukhusläkaren gir for øvrig et generelt bilde av ledelse av svenske sykehus: Forpliktelser overfor pasientene synes svak, og budsjettfokus tilsvarende overveldende. Om sykepleierledelse eller legeledelse vil styrke pasientperspektivet best i denne rammen, er uvisst.

SELVFLØGELIGHET ELLER KRIGSERKLÆRING? «Vård» kan dekke så ulike tilbud som sykepleiefag og kirurgiske tjenester. I et annonsebilag i Svenska Dagbladet surrer Vårdforbundet det til i klartekst, med markedsføring som kan være både en krigserklæring og en tom selvfløgelighet: «Vården måste utgå från individens totale behov, mindre från diagnoser och revirtänkande».

I et spesialistperspektiv vil koblingen «diagnoser och revirtänkande» i beste fall skape undring. Man får håpe at pasienter i svensk spesialisthelsetjeneste merker seg kombinasjonens potensiale. Og vi bør kanskje merke oss Eklund. I tilfelle hun snart søker jobb i Norge.

EMBETE OG FORSTAND – MED OG UTEN KONJUNKTIV

OVERLEGEN har mottatt to kommentarer til overskriften på side 12 i forrige utgave, «Den Gud gir et embete, gir han også forstand»: Det viser seg at embedsmannen ikke får forstanden utdelt helt uten videre. I versjonen «Den Gud giver et embete, give ham også forstand», uttrykker «give» en ønskende konjunktiv. Måtte han altså samtidig gis forstand! Dette ydmyke ønske insinuerer naturligvis en stikk motsatt realitet. Som hever munnhullet fra pompøst til subtilt.

Men akk, før redaktøren rekker beklagelser og full retrett, viser det seg at det er forsket – selv på denne

ubetydelighet: Sant nok er varianten med konjunktiv velkjent. Men den første skriftlige kilde, Gottlieb Rabener (tysk satiriker, 1714 – 71), sier: «Wem Gott ein Amt gibt, dem gibt er auch Verstand». Et ord-språk uten spor av konjunktiv. Det kan ha røtter helt tilbake til gammeltestamentlige lovprisninger (Sirak, jødisk skriflærde som kommenterte hellige bøker ca 130 før Kristus).

På den annen side: Den danske skribent Erik Bøgh (1822 – 99) skal ha innført revy i Norge i 1848 med stor fiasko. Og det aktuelle ordspråk vendte

han, i løpet av fire linjer, fra gammeltestamentlig patos til en enkel forvaltningssak:

Hvem Gud gi'er et Embede, gi'er han Forstand – den Sætning er stundom bestredet; men giver han ikke Forstanden, saa kan en Fuldmægtig bruges i Stedet.

Verset forsvarer spalteplassen i kraft av å belyse opptil flere forutsetninger for sykehuslegers profesjonsutøvelse.

KILDER:
Hans Rostad og Per Vollset, *personlige meddelelser*, januar 2006
Snorre Evensberget, Dag Gundersen (red): *Bevingede ord*. Kunnskapsforlaget 1983.
Qumran og Kanon. Harald Hauge 2003. www.qumran.no/seminar
Mogens Brønsted: «Erik Bøgh»; i Aschehougs konversasjonsleksikon; Oslo 1974

REDAKTØRENS BLIKK PÅ

OF'S ÅRLIGE TARIFFKURS

på danskebåten 26. – 28. januar 2006

Of samlet nok en gang sine slitere til nødvendig oppdatering og moralsk opprustning. Både foretakenes hverdags- helter og Of-styret styrket innsikten og utholdenheten – kort sagt sitt eksistensielle grunnlag – etter arbeidslivets fortredeligheter i 2004 - 2005. Det er forståelig, men synd at flere lokale tillitsvalgte trekker seg på grunn av slitasje som oppstår i grensesnittet mellom medlemmer og arbeidsgiver. Desto hyggeligere er en oppmuntrende ettervekst i flere foretak de siste par år. Årets deltakere var entusiastiske og passe fandanivoldske; de matchet et relevant program: Ingen var i tvil om at NAVO hykler. Heretter sier vi det høyt.

JON OLAV BJERGENE er advokat i UNIO, hovedsammenslutningen som blant annet sykepleierne hører inn under. NAVO fremstår fra denne synsvinkel omtrent som fra vår egen; de har tapt to arbeidsrettssaker per år bare mot UNIO/NSF. Mens Europa ser til Norden når det gjelder arbeidsordninger, oppleves NAVO som et organ med formål å bryte slike ordninger ned.

TOVE STRAND er nokså fersk direktør ved Ullevål universitetssykehus. I følge programmet skulle hun belyse «Forhandlinger i helseforetakene – hvorfor så vanskelig?». I stedet fikk vi en oversikt over den aller siste omorganisering på Ullevål. Kanskje var det svar bra nok.

* * *

AKADEMIKERNE HELSE ved forhandlingsleder RUNE FRØYLAND, Psykologforbundet, og vår egen president, TORUNN JANBU, oppsummerte sammenslutningens struktur og mål. Fellesskapet

utgjør 13 fagforeninger og er en konstruksjon for at alle 13 skal komme til det sentrale forhandlingsbordet. Dnlf bidrar med 80 % av kjøttvekten. Etter sist sommers skandaler og høstens nesten-konflikt må materielle krav åpenbart fremsettes tydelig på vegne av alle foreningene. Og det er neppe smart at kravene frontes av Legeforeningen. Akademikerne-

Alle var glade, også lokale arbeidsgivere, da NAVO-bistanden forsvant.

helse forhandler overordnede spørsmål, altså på A1 nivå, blant annet regulering av sosiale bestemmelser. Lønnsregulering avtales på lavere nivå – for vår del i A2 mellom Legeforeningen og NAVO Helse, samt lokalt (B-nivået).

Innad i Akademikerne Helse har utviklingen vært god etter utskiftninger i forhandlingsledelsen sist høst; dialog og samhold fremstår som styrket.



Tre gode venner. Fra venstre: Torunn Janbu, Lars Eikvar, Rune Frøyland.

Også samholdet mellom hovedsammenslutningene vektlegges og styrkes.

Foreningene har ulike behov for mekanismer til lønnsdannelse. Dnlf behøver sentral støtte; små forbund, som juristenes, samfunnsviternes og sivilingeniørenes har på sin side hatt brukbare lokale oppgjør. Likevel: Hvis det varslede mellomoppgjør

Europa ser til Nordens arbeidsordninger. NAVO's formål synes å være å bryte dem ned.

ikke er i havn innen sommeren 2006, vil Akademikerne Helse ha hatt to lønnsoppgjør siden 2002, mens andre sammenslutninger har hatt fem. Man gjør sine tanker, både om NAVO's strategi og om akademikerens mulighet til lønnsjustering på linje med andre norske arbeidstakere.

I 2006 skal partene i følge Riksmeklingsmannens møtebok gjennom flere øvelser: En skal nedsette en partssammensatt gruppe for å revurdere forhandlingsordningen. De sosiale bestemmelser skal reforhandles som et hengparti. Det avtalte mellomoppgjør skal gjennomføres, det dreier seg bare om penger, ikke overenskomst. Endelig skal man forberede hovedoppgjør som skal forhandles neste år med virkning fra 1. januar.

Så er det enighet om å opprette nok et et partssammensatt forum – for å løse innmeldte lokale konflikter. NAVO ønsket dem i utgangspunktet som lokale utvalg. Men fornuften tok overhånd, utvalget kommer sentralt.

En intensjonsavtale for omstillinger - i hovedsak et samarbeid mellom NAVO og Fagforbundet – tenkes som en trepartsavtale mellom Sykehuseier, NAVO og fagforeningene. Akademikerne bemerker at avtalen ikke vektlegger kvalitet og kompetanse. Forslaget synes dessuten ikke godt i forhold til status

for etablert regelverk; mer logisk hadde det vært å styrke omstillinger ved å styrke hovedavtalen (A1).

* * *

SVERRE STRAND er Legeforeningens Grand Old Man i forhandlinger. Han utla forhandlingsordningens historikk, ulike aktørers særegenheter, og egen forenings og andres mulige ståsteder og standpunkter. Øvelsen var relativt avansert. Etter å ha lagt utallige små lodd i vektuskålene, virket NAVO som det

Ingen av oss er i tvil om at NAVO hykler; heretter sier vi det høyt.

minste av de foreliggende under etter hans mening. Hovedårsak: LO's dominans over det som ville være alternativet, med derav følgende redusert frihet til å

forhandle og streike - samt teoretiske fordeler NAVO byr i form av lokal, fleksibel lønnsdannelse.

* * *

Lederne PER MEINICH og LARS EIKVAR i henholdsvis Ylf og Of demonstrerte stor grad av enighet rundt forhandlingsspørsmål. Meinich viste den sårbare posisjonen til leger i spesialisering: 95 % av dem har tidsbegrenset stilling – rundt halvparten av dem har halvt års vikariat eller kortere. Men de utgjør en stor del av legestabene; 30 % av leger på mindre sykehus er i spesialistutdanning.

Eikvar oppsummerte meklingen fra november: Av hensyn til makt bak kravene bør en unngå løsninger under fredsplikt, da man står uten kampmiddel. Mekling er ikke forhandling og gir mindre kontroll med resultater enn forhandling gjør. Vi oppnådde likevel det viktigste i meklingen, nemlig videreføring av sosiale bestemmelser i A1. For øvrig

Møtet har begynt, men videokanonen...?



ga meklingsmannen føringer for videre dialog, som skissert av foreningens president ovenfor.

Partssammensatt revisjon av overenskomst er under planlegging. En ønsker å belyse den lokale forhandlingsrett – er den faktisk reell? Foreningen vil ellers se på saker som tallgrunnlaget for lønnsoppjør, på mulig sammenslåing av foretak i forhandlingsprosessen, på totallønn og B-deloverenskomstens kompleksitet, og på utfordringer ved vambulerende tjenester og rotasjon.

Det kommende mellomoppjør var i det blå – verken forhandlingsnivå eller konkrete krav var bestemt. Foreningen ser at en sentral løsning kan gi flere praktiske og taktiske fordeler, som for eksempel å unngå forgjeves ressursbruk, forverret dialog og direkte konflikter ute i foretakene.

* * *

Lokale tillitsvalgte rapporterte fra lokale forhandlinger i foretakene. At økonomien var generelt

svak visste vi fra før, resultatene lå mellom 1,4 og 3,2 %. Ylf kom relativt bra ut – igjen på grunn av sentral fordeling. Lokalt samarbeid mellom Of og Ylf rapporteres upåklagelig. NAVO's ideologi oppfattes som hykleri på bred basis: I stedet for lovt lønnsdannelse på lokale premisser har vi over hele landet avslørt sentralstyrte arbeidsgiverkrav til foretakenes prosesser og resultater. Fortsatt dukker det

Vi har savnet klare analyser og åpen informasjon fra foreningen – på forhånd og underveis.

opp saker som lokale parter ikke enes om, så som avtalers virketid, innretning av overlegepermisjon og problemstillinger rundt ledig/uforutsett vakt.

Salen tildelte Legeforeningen klar kritikk for mangelfull informasjon og skoloring om forhandlingsprosess og forventninger i 1004 - 2005. I noen

foretak var foreningens bistand under forhandlingene langt svakere enn akseptabelt. Forhandlingsprosessen skulle vært klarere analysert og åpnere kommunisert til tillitsvalgte, både på forhånd og underveis. Sentral konfliktvilje skulle vært større og aksjonen raskere. Ressursbruk og personlig slitasje ble for flere en meningsløs gjentakelse av forhandlingene i 2002 - 2003.

* * *

Denne kommentator er fortsatt usikker på om NAVO gjør sine trekk på bakgrunn av inkompetanse eller veloverveid kløkt. Taktikken er å legge mest mulig forhandling lokalt, samtidig som foretak bindes av sentralstyrte krav til prosess og lokale resultater. Slik setter NAVO oss ut av spill. Kanskje ser vi her en desperat virkning av NAVO's overdrevene respekt for oss. Eller er det tvert i mot: Ingen respekt, bare enøyd oppfatning av egen misjon. Resultatet blir det samme. Slik stiger NAVO uan-

sett ut av dialogen, og inn i en arkaisk maktkultur. Legeforeningens valg og allianser for å bevare alle arbeidstakers rettigheter vil i dette klimaet vise seg nødvendig. Heldigvis fremstår våre sentrale tillitsvalgte nå med et perspektiv som er noe bredere enn snever økonomisk egennytte.

Konfliktviljen sentralt i foreningen skulle vært større, og aksjonen raskere.

Grasrota i Of har lenge sett hva NAVO holder på med. Heretter sier vi det høyt. Det vil neppe være klokt å utsette hele vårt tillitsmannsapparat for motpartens dobbeltkommunikasjon en gang til. Lokalt er vi for lengst spilt ut over sidelinjen. Bare på sentralt nivå er det mulig for Dnlf å presse motparten nå.



Lærings- og Mestringscentre – også overlegenes ansvar.

Spesialisthelsetjenesten har fått opplæring og veiledning av pasient og pårørende som det fjerde ansvarsområde ved siden av diagnostikk og behandling, undervisning og forskning. I tråd med dette er det opprettet lærings- og mestringscentre (LMS) ved flere sykehus. Som regel står annet helsepersonell enn legene for daglig drift av slike sentra. Enkelte steder benytter legene LMS som tilrettelegger når de skal holde pasientrettede kurs. Men oftest er legene i liten grad involvert i aktiviteten ved disse sentrene. Det er ikke uvanlig at leger ikke er kjent med at deres sykehus har etablert et Lærings- og Mestringscenter.

Når pasienter og pårørende skal få undervisning, veiledning og opplæring om forhold knyttet til sin lidelse, er det en forutsetning at kunnskapsgrunnlaget er oppdatert og kvalitetssikret. I spesialisthelsetjenesten må legene ta ansvar for at dette faktisk blir gjort. For eksempel kan hver avdeling eller annen fagenhet ha en fast lege dedikert til slikt arbeid.

Fagansvarlige leger oppfordres herved til å ta kontakt med sykehusenes Lærings- og Mestringscentre der slike finnes. Det er som regel et svært engasjert, entusiastisk og samarbeidsvillig helsepersonell man treffer der.

Av Sigrun Solberg

Fagmedisinske foreninger – Legeforeningens faglige alibi?

AV ALF HENRIK ANDREASSEN

Etter å ha levd i «splendid isolation», langt unna Legeforeningens kontroll og innflytelse, kom spesialforeningene i begivenhetenes sentrum under landsstyremøtet i Bergen 2005: Endringer i Legeforeningens organisasjon endte med følgende vedtak:

«Landsstyret vil at medlemmenes faglige engasjement, som i de fleste fag har utfoldet seg i godkjente spesialforeninger med frivillig medlemskap, skal bli nærmere integrert i Den norske legeforening for å styrke foreningens faglige profil og virksomhet. Landsstyret vil derfor omdanne Legeforeningen slik at medlemskapet i tillegg til å være betinget av legemedlemmenes arbeid geografisk og yrkesmessig også skal være betinget av deres faglige tilhørighet eller interesse.»

«Endelig!», tenkte jeg og mange av mine kolleger, «skal det store engasjementet i spesialforeningene bli mer synlig og verdsett i Legeforeningen». For hvor var logikken i at vi skulle være obligatorisk medlem i fagforeningsdelen av Dnlf, mens det har vært frivillig å være medlem i spesialforeningene som har ivaretatt vår faglige profil, og som de fleste av oss identifiserer oss med? Nå skal fagligheten synliggjøres ved at de fleste spesialforeninger blir fagmedisinske foreninger, organisatorisk plassert på lik linje med lokalforeninger, yrkesforeningene og Norsk medisinstudentforening. Dessuten doubles antall representanter til landsstyret, om enn til fortsatt beskjedne 20 ...

De foreslåtte oppgavene til de nye fagmedisinske foreningene dekker i stor grad det som har vært spesialforeningenes virkeområde og ivaretar fortsatt deres identitet.

Spesialforeningene har gjennom stort frivillig engasjement vært garantisten for det faglige nettverket og dannet «limet» mellom spesialistene i landet. Fokus på fagutvikling, forskning, kontaktnett, rekruttering og grunn-/spesialistutdanning har gitt spesialforeningene en tydelig legitimitet.

Legeforeningen ønsker å være en seriøs samfunnsaktør, og kan styrke denne rollen ved større fokus på fagligheten. Men er dette nok til å beholde troverdigheten både som fagforening og faglig forening? Er dette oppgaver som lar seg forene utad og internt? I enkelte andre land er disse to funksjonene fagforening (union) og faglig forening (society) delt. Hva veier tyngst når interessene kolliderer? Dette dilemmaet har riktignok alltid vært der, men blir nå mer tydelig, ikke minst i en tid der habilitet stadig er mer debattert. Mange tillitsvalgte i spesialforeningene har lederstillinger i sykehus og vil i enkelte sammenhenger være Dnlfs motpart som arbeidsgiver i fagforeningssaker. Vi kan gjerne hevde vår habilitet og uavhengighet, men utad kan vi bli tillagt fagforeningsmotiver når en fagmedisinsk forening f. eks utreder behov for spesialister i sitt fag. En annen utfordring til Legeforeningen er å unngå at de fagmedisinske prosessene blir for byråkratiske. Skal alle uttalelser og faglige retningslinjer fra fagmiljøene måtte godkjennes tjenestevei gjennom Dnlf sentralt?

På kort sikt er den medisinske faglige koordinerende rollen som Legeforeningen har hatt gjennom spesialforeningene neppe truet. Imidlertid er det alt tendenser til at offentlige etater ønsker større kontroll, blant annet ved å sette ned egne nasjonale faggrupper som tidligere utgikk fra spesialforeningene. I en evalueringsrapport av den nye helsereformen kommer dette til syne ved at det tas til orde for å styrke forsknings- og fagnettverk i de regionale helseforetakene.

Hva så med det økonomiske aspektet? Staten må ta inn over seg de reelle kostnadene dersom den i

større grad ønsker å overta og videreutvikle den medisinske faglige rollen som Legeforeningen og spesialforeningene har stått for.

Den økonomiske situasjonen er sikkert svært ulik mellom spesialforeningene, men flere av dem forvalter egne midler og forskningsfond som har vært bygget opp gjennom mange år. Skjerpede regler mellom legemiddelindustri og helsepersonell har imidlertid allerede begrenset foreningenes muligheter til å motta ekstern støtte. Da er det kanskje like greit å binde seg tettere opp mot «Moderforeningen» og stole på at vi får den nødvendige støtten for å drive foreningen videre? Regningen får medlemmene i form av høyere kontingent ...

Men vil det økonomiske bidraget fra Legeforeningen monne for å holde aktivitetene ved like? Den medisinske utviklingen har alltid skapt en dynamikk mellom spesialiteter. Morgendagens medisin vil også utfordre dagens spesialiteter og i større grad stille krav til tverrfaglig samarbeid. Mange spesialforeninger har gledet seg over innmelding av medlemmer fra tilgrensende spesialiteter. Hvordan vil tvunget medlemskap virke inn på medlemstallene og dermed den økonomiske fordelingsnøkkelen?

Som fagmedisinske foreninger kan spesialforeningene få en flott anledning til større medinnflytelse i Legeforeningen og bidra til å styrke Dnlfs faglige profil. Om Legeforeningen fortsatt klarer å leve med dualismen fagforening / faglig forening er ikke bare en intern utfordring, men vil også i stor grad avhenge av om dette vil bli akseptert utad.

Alf Henrik Andreassen er leder av Norsk Forening for Lungemedisin

B-BLAD

Returadresse:
Norsk Overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

