

## Lokalavdelingene er grunnfjellet

TORUNN JANBU  
LEDER I OSLO LEGEFORENING

**«Jeg lærte meg senere i livet at vi er tilbøyelig til å møte hver ny situasjon gjennom omorganisering, og jeg lærte hvilken vidunderlig metode dette er til å skape illusjon om fremgang, mens det i virkeligheten forårsaker kaos, ineffektivitet og demoralisering».**

Disse visdomsord skal stamme fra embedsmannen Petronius i år 66 e.Kr. og er brukt av Finnmark legeförening i deres høringsuttalelse om Organisasjonsutvalgets innstilling. Midt i den pågående omorganiseringsdebatten i Legeföreningen er beskrivelsen fra Petronius en viktig påminnelse om at en omorganisering må ha et mål og en hensikt. For Legeföreningen må målet være en tydelig, gjerne forenklet, förening som er tilstede på de nivåer hvor avgjørelser i helsetjenesten tas, dvs. kommune, helseforetak, region og stat. I tillegg må Legeföreningens faglige profil bli sterkere både internt og utad.

En omorganisering må forankres i medlemmenes ønsker. Telemark legeförening formulerer dette godt i sin høringsuttalelse: «Slike forhold [dvs. bedret totalsituasjon] bør ha overbevisningskraft nok til å skape et endringsønske hos medlemmene som er stort nok til å overvinne de konserverende krefter som alltid er til stede.» En naturlig videreföring av dette er at föreningen må bygges på et sterkt lokalt engasjement. Herfra kan man få rekruttering og fra dette vil noen engasjere seg videre oppover i organisasjonen.

Hva kan Legeföreningen gjøre for meg? Hva kan jeg gjøre for Legeföreningen? Svaret på slike spørsmål er oftest knyttet til den enkeltes arbeidsplass enten det gjelder lønn, fag eller tillitsvalgt-arbeid. Erfaringer fra valget av styremedlemmer til det regionale styret i Helse Øst RHF viste at tillit til kandidatene i stor grad var knyttet til om de tilhørte eget sykehus – lite til en regional helsetilvurdering.

Betydningen av at Legeföreningens organisasjonsstruktur må være lett tilgjengelig gjennom sitt lokale nivå, ble understreket av mange talere på Legeföreningens lederseminar i april. Man må unngå en topptung förening. I denne sammenheng vil det si å unngå en stor regionsavdeling med regionsråd og regionsstyre. Man ønsker mulighet til å sende representanter direkte fra den lokale avdeling til landsstyremötet. Landsstyret må ikke bare bestå av de profesjonaliserte tillitsvalgte fra regionsnivået.

Legeföreningen må ha en landsdekkende og gjenkjennelig oppbygging enten du bor i Finnmark eller Rogaland. Regionen kan vanskelig fungere som Legeföreningens laveste formelle nivå med en «fri» organisering under dette nivået, slik Organisasjonsutvalget har foreslått. Vi trenger en lokalavdeling, enten det blir fylkesavdeling, som nå, eller for eksempel en avdeling knyttet til hvert helseforetak. En slik lokalavdeling må ivareta leger i alle deler av helsetjenesten, bl.a. sykehus, primærhelsetjeneste og praktiserende spesialister. Dette er viktig også for å oppnå god samhandling leger i mellom. Veien «oppover» i Legeföreningens organisasjonsstruktur må være klar. Et koordinerende regionsutvalg med myndighet i regionale saker, slik vi nå har, har vist seg å være meget nyttig. Dersom spesialforeningenes styrer pålegges å ha minst én representant fra hver region, i den grad det er mulig, vil det kunne lette kontakten mellom regionsutvalgene og fagmiljøene.

Den tyngste fagforeningskompetansen tror jeg fortsatt må være samlet sentralt, men være lett tilgjengelig for medlemmene og de tillitsvalgte. Legeföreningen er ikke stor nok til å kunne etablere sekretariat med den nødvendige kompetanse på for eksempel regionsnivå. Dette ville i så fall kreve betydelige økonomiske midler.

Organisasjonsutvalgets innstilling har skapt debatt og engasjement i Legeföreningen omkring hva föreningen skal være – for det skal utvalget ha stor takk. Men det er fortsatt en vei å gå før organisasjonsstrukturen er klar og god nok til at den kan forventes å få bred støtte blant Legeföreningens medlemmer og tillitsvalgte.

## 17. mai i Legenes hus



Oslo legeförening har gleden av å invitere alle medlemmer og ansatte i Legeföreningen med familie til 17. mai-arrangementet i Legenes hus, Christiania Torv, fra kl. 11.30 til ca. kl. 14.00. Ta for ordens skyld med ID-kort.

### Program:

- 11.45 Medicinsk Paradeorchæster underholder
- 12.45 Tryllekunstneren Arne underholder
- Loddtrekning

Vi har satt en inngangsbillett på kr 50 for voksne og kr 20 for barn under 14 år. For dette får man lett servering og deltar i utlodningen.

Vi håper på et vellykket arrangement og ønsker alle hjertelig velkommen!

Mette Ryan  
Kjell Maartmann-Moe  
Torunn Janbu

# Engasjert debatt om organisasjonsstruktur

TORUNN JANBU  
LEDER I OSLO LEGEFORENING



*Torunn Janbu (f. 1954) er leder i Oslo legeforening. Hun er dr.med., spesialist i generell kirurgi og overlege ved barneortopedisk avdeling ved Rikshospitalet. Hun er leder i Legeforeningens likestillingsutvalg og leder i Legeforeningens Regionsutvalg Øst.*

## Diskusjonene på Legeforeningens lederseminar i april om organisasjonsutvalgets innstilling ga forhåpninger om en konstruktiv og engasjert debatt om saken på det kommende landsstyremøtet i Molde.

På sitt møte i Sandefjord for to år siden nedsatte Legeforeningens landsstyre et organisasjonsutvalg. Dette utvalget avla 30. januar i år sin innstilling med forslag til omorganisering av Legeforeningen. Innstillingen har nå vært på høring i fylkesavdelingene, yrkesforeningene, spesialforeningene og regionsutvalgene. Forslagene ble grundig debattert på Legeforeningens lederseminar i april og er en av hovedsakene på det kommende landsstyremøtet i Molde i mai. Innstillingen og de fleste høringssvarene er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no).

På det årlige lederseminaret deltar lederne for fylkesavdelingene, yrkesforeningene, regionsutvalgene og representanter fra spesialforeningene. Bedømt på grunnlag av diskusjonen på det siste lederseminaret er det lite sannsynlig at det vil bli store endringer i Legeforeningens organisasjonsstruktur fra 2004.

Landsstyremøtet i mai vil sannsynligvis i hovedsak gjøre prinsippvedtak mht. struktur og fremdrift i saken, for den fremdriftsplanen organisasjonsutvalget har foreslått, er både urealistisk og uønsket stram. Dessuten er mange uenige i viktige deler av innstillingen, og mye er ikke avklart, inkludert de økonomiske konsekvensene av en eventuell omorganisering.

På lederseminaret var det bred enighet om at de fem helseregionene er for fjerne og for store for medlemmene til å være lokalavdelinger. Det må være et organisasjonsnivå «under» regionsnivå og en struktur som er gjenkjennelig fra region til region og som medlemmene kan føle tilknytning til. Om disse lokalavdelingene i fremtiden fortsatt skal være fylkesavdelinger eller for eksempel avdelinger rundt helseforetak, er ikke avklart. Det er dog bred enighet om at Legeforeningen må ha et regionalt nivå, men at dette ikke skal innebære en voluminøs regional organisering, men heller et utvalg i hver region omtrent slik vi har i dag.

Det er et utbredt ønske om å styrke Legeforeningens faglige profil. Samtidig ble det av mange på lederseminaret understreket at Legeforeningen må ha én tydelig ledelse. En oppsplitting mellom fag og fagforening er uønsket. Et fagråd kan være aktuelt, samtidig som mange advarer mot et fagstyre, slik det er foreslått i Organisasjonsutvalgets innstilling, da dette kan virke splittende mer enn samlende. Spesialforeningenes posisjon ønskes styrket, men det gjenstår å bli enige om hvordan dette kan skje. Spesialforeningenes forhold til legemiddelindustrien må i alle fall avklares før spesialforeningene gis en mer sentral plass i Legeforeningen.

På lederseminaret ble det også en livlig debatt omkring spørsmålet om obligatorisk (automatisk) medlemskap i en spesialforening. Når faget skal fremmes og spesialforeningene eventuelt får mer ressurser fra Legeforeningen, bør ikke da medlemmene automatisk knyttes til spesialforeningene på samme måte som man er obligatorisk medlem av lokalavdeling og yrkesforening, spurte mange. En slik løsning kan bidra til å sikre bredden i spesialforeningenes arbeid og uttalelser og dermed legitimiteten av disse både internt og eksternt.

## JOURNALEN

Journalen er medlemsavis for Oslo legeforening og utkommer fire ganger i året.

Redaktør: **Petter Jensen Gjersvik**. Redaksjonssekretær: **Mette Ryan**. Postadresse: Oslo legeforening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo. Besøksadresse: Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv), 0107 Oslo. Tlf: 23 10 92 40. Faks: 23 10 92 44. Grafisk produksjon: Kampen Grafisk as

### Styret:

Leder  
Nestleder  
Styremedlemmer

### Navn/yrkesforening

Torunn Janbu 23 10 92 40  
Svein Aarseth, Apf 22 02 62 10  
Knut Lundin 23 07 00 00  
Arne Refsum 22 95 70 00  
Petter Jensen Gjersvik, LVS 23 10 90 47  
Kristian Vetlesen, Namf 22 89 50 00  
Torbjørn Iversen, Of 22 11 80 80  
Endre Sandvik, OLL 23 47 10 00  
Marit Garberg Andvig, PSL 22 33 41 09  
Ellen Tveiter Deilkås, Ylf 22 89 40 00  
Mette Ryan 23 10 92 40  
Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42  
Jon-Torgeir Lunke, leder 22 74 90 50  
Paal-Inge Hestvold, leder 22 51 06 60

### Telefon

### Arbeidssted

Rikshospitalet, Ortopedisk avdeling [tojanbu@online.no](mailto:tojanbu@online.no)  
Frysja legekantor [svei-aar@online.no](mailto:svei-aar@online.no)  
Rikshospitalet [knut.lundin@rikshospitalet.no](mailto:knut.lundin@rikshospitalet.no)  
Diakonhjemmets sykehus [arne.refsum@diakonsyk.no](mailto:arne.refsum@diakonsyk.no)  
Tidsskriftet [petter.gjersvik@legeforeningen.no](mailto:petter.gjersvik@legeforeningen.no)  
Lilleborg AS [kristian.vetlesen@lilleborg.no](mailto:kristian.vetlesen@lilleborg.no)  
Ullevål sykehus [torbjorn.iversen@ulleva.no](mailto:torbjorn.iversen@ulleva.no)  
Stovner legesenter [endre.sandvik@broadpark.no](mailto:endre.sandvik@broadpark.no)  
Dr. Andvigs spesialistpraksis [mgandvig@online.no](mailto:mgandvig@online.no)  
Aker sykehus [ellivet@online.no](mailto:ellivet@online.no)  
Oslo legeforening [mette.ryan@legeforeningen.no](mailto:mette.ryan@legeforeningen.no)  
Oslo legeforening [anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no](mailto:anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no)  
Lambertseter legesenter [jtlunke@online.no](mailto:jtlunke@online.no)  
Bjørnsletta legesenter [phest@alfanett.no](mailto:phest@alfanett.no)

### E-post

### Sekretariat

### Kurskomité

### Helsetjenester for leger

Hjemmesider på Internett: [www.legeforeningen.no/oslo](http://www.legeforeningen.no/oslo)

# Dette mener Oslo legeförening

Legeföreningen må ha en entydig ledelse og en oversiktlig organisering. Organisasjonsutvalget foreslår opprettet regionsavdelinger med styrer og regionsråd som foreningens laveste felles organisatoriske nivå. Oslo legeförening er uenig i dette og mener foreningen må forankres i lokale avdelinger, gjerne rundt helseforetakene, med et regionsutvalg på regionalt nivå. Fagets plass må styrkes i foreningen, men Oslo legeförening er uenig i at man skal opprette et fagstyre for å ivareta dette. Dagens fylkesavdelinger bør pålegges å vurdere sammenslåing med fylkesavdelinger i nabofylkene der dette er naturlig. Sentralstyrets medlemmer bør ikke ha stemmerett i landsstyret.

Oslo legeförening har behandlet organisasjons-utvalgets innstilling i flere styremøter i vinter og har avgitt en høringsuttalelse, som er tilgjengelig på Oslo legeförening nettside [www.legeföreningen.no/oslo](http://www.legeföreningen.no/oslo).

Her følger et sammendrag av høringsuttalelsen:

- Legeföreningen må ha en entydig ledelse og en oversiktlig organisering. Det er viktig både for å gi ryddige ansvars- og myndighetsforhold innad i foreningen og for at våre motparter og medspillere skal vite hvor de skal henvende seg for kontakt med Legeföreningen.
- Legeföreningen må ha et regionalt nivå. Et regionsutvalg kan ivareta dette. Vi ser ikke behov for et regionsråd.
- Legeföreningen må ha et vedtektsfestet lokalt nivå under regionsnivået.
- Fylkesavdelingene beholdes foreløpig i en kort periode (ett år?). Tiden brukes til å inngå samarbeid mellom fylkesavdelinger – fortrinnsvis omkring foretak.
- Legeföreningens oppbygging bør avspeile beslutningsnivåene i helsetjenesten – kommune, foretak og region. Fremtidig lokalavdeling kan derfor bli rundt foretaket med

tilhørende primærhelsetjeneste. Det vil også gi foretakstillsvalgte en plass i organisasjonen.

- Oslo må bestå som en egen underavdeling.
- Sentralstyret skal ikke ha stemmerett i landsstyret.
- Valgkomiteen må inkludere vurdering av faglig profil ved utvelgelse av kandidater til sentralstyret og i mindre grad benytte eksisterende uformelle fordelingsnøkler.
- Oslo legeförening går imot opprettelse av et fagstyre, ikke for å nedtone betydningen av faget, men av organisatoriske grunner.
- Faget må inn i foreningen gjennom tillitsvalgtleddene.
- Spesialforeninger/medisinske foreninger må ha ett felles navn. Oppdeling blir for komplisert. Foreninger som representerer godkjente spesialiteter, får sekretariatsstøtte og må ha ryddige forhold til legemiddelindustrien.
- Styrene i spesialforeningene må ha minst ett medlem fra hver region i den grad det er mulig. Denne fungerer som kontaktperson for sitt fag i sin region.
- Før en organisasjonsendring kan vedtas, må det fremlegges en kostnadsoversikt.

# FÜRST

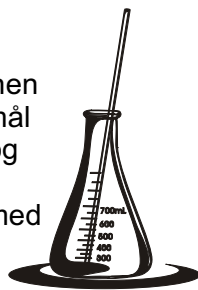


Utfyllende informasjon og oppdatert blåbok på [www.furst.no](http://www.furst.no)

## Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

### Fordeler ved å velge Fürst

- akkreditert laboratorium med fokus på kvalitet
- hyggelige og imøtekommende medarbeidere som prioriterer service
- tilgjengelig fagkompetanse innen medisins- og laboratoriespørsmål
- kurstilbud innen prøvetaking og enkelt laboratoriearbeid
- IT-støtte og råd i forbindelse med elektroniske tjenester
- tilbud om hentetjeneste
- kundestøtte som gir råd og veiledning rundt prøvetaking og andre praktiske problemer



### Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

### For flere opplysninger

Kontakt markedsgruppen, tlf 22 90 96 69 eller [markedsgruppe@furst.no](mailto:markedsgruppe@furst.no)

### Hovedkontor: Søren Bulls vei 25, 1051 Oslo

Telefon 22 90 95 00 - Telefax 22 90 96 06  
Sentralbord betjent til kl. 16.00

### Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

**Furuset:** Søren Bulls vei 25

**Sentrum:** Dronningensgt. 40

**Majorstuen:** Kirkevn. 64B, 3. etg.  
(Majorstuhuset)

**Ski:** Jernbaneveien 5-7 (Stasjonstorget)

Ansvarlig lege: Dr. med. Kjell Torgeir Stokke, spes. i klinisk kjemi

# Kutt i utdanningsstillinger ved «bemanningstilpasninger»

IRENE TESLO, FORETAKSTILLITSVALGT FOR UNDERORDNEDE LEGER VED ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

*Irene Teslo (f. 1962) er spesialist i barnesykdommer. Hun er foretakstillitsvalgt ved Ullevål universitetssykehus, varamedlem i Oslo legeforenings styre og medlem av landsstyret i Legeföreningen.*

**Kutt i utdanningsstillinger ved Ullevål universitetssykehus sees som et forsøk på tilpasning til budsjettet og ikke til behov for utdanning av legespesialister lokalt eller på landsbasis. Det har heller ikke blitt gjort en reell vurdering av behovet for legearbeidskraft i forhold til det «sørge-for-ansvaret» sykehuset har. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling har til nå hatt en sentral rolle i legefördelingssaker som departementets forlengede arm. Skal rådet fortsatt ha det når stillingsstrukturavtalen ikke lenger gjelder og sykehusene er omgjort til statlige helseforetak? Hvor fritt skal helseforetakene stå i forhold til sine prioriteringer?**

Høsten 2002 la styret ved Ullevål universitetssykehus frem sitt forslag til bemanningstilpasning for å tilpasse driften til budsjettet. Forslagene skulle fremlegges og vedtas i løpet av noen få uker. De tillitsvalgte fra alle arbeidstakerorganisasjonene påpekte mangelen på konsekvensanalyser. Styret vedtok (mot ansatterrepresentantenes stemmer) å gjennomføre alle forslag som ble karakterisert som å ha «små og moderate konsekvenser», mens forslagene som ble karakterisert å ha «alvorlige konsekvenser», ble utsatt «inntil videre». I november og desember 2002 ble det i nye styrevedtak nevnt at nærmere konsekvensanalyser skulle gjennomføres. Noen få forslag til kutt var stanset av direktøren før de nådde styret, men dette omfattet ikke utdanningsstillinger.

Utdanningsstillinger for kommende legespesialister og turnusstillinger for mange yrkesgrupper var blant de stillingene som var foreslått kuttet. Dette er midlertidige stillinger og er vanligvis ikke belemret med «oppsigelse» ved stillingskutt. Noen systematisk konsekvensanalyse så ikke ut til å stå på planen fra ledelsens side. Konsekvensanalyser for utdanningen forelå kun i form av uttalelser fra tillitsvalgte. Konsekvenser for pasienter, utdanning og forskning ved kutt i utdanningsstillingene var påpekt av både avdelingsstillitsvalgte og ledere i linjen og sendt med til styremøtet. Flere tillitsvalgte stilte spørsmål om alle de beskrevne konsekvensene virkelig var vurdert av styremedlemmene som mindre viktige enn budsjettbalansemålet, eller om styret hadde nøydt seg med å lese kortversjonen, med sin inndeling i små/moderate/alvorlige konsekvenser for behandlingstilbudet, før det

tok sin beslutning. Det forelå ingen opplysninger om hvilke kriterier som var lagt til grunn for uttrykkene små/moderate/alvorlige konsekvenser.

Mediene var bare middelmådig interessert. Medias engasjement i helsepolitikken har i det hele tatt blitt betydelig mindre etter at kommunepolitikere ble byttet ut med foretaksstyrene. Media viste likevel interesse for prioriteringer som kunne tenkes å få konsekvenser for svakere grupper i samfunnet og prioriteringer som viste «ulønnsomme» pasienter. Helsedepartementet kom relativt raskt på banen om turnusstillingene og påpekte foretakets «sørge-for-ansvar». Det førte til at direktøren likevel «fant» penger til turnusstillingene.

Kutt i utdanningsstillinger innebærer at den inntjening i DRG-poeng disse legene står for, faller bort. Det er derfor grunn til å spørre om kutt i utdanningsstillinger «lønner seg». Når tanken er at de gjenværende leger skal gjøre samme jobben som før på kortere tid og med færre leger, og når kuttene gjøres der DRG-inntjeningen er minst, blir dette en tilnærming til budsjettbalansemålet, hvis det i det hele tatt lar seg gjennomføre. Problemet ligger i manglende dokumentasjon for at det lar seg gjøre. De som skal jobbe ekstra fort, er heller ikke spurt. Der de har uttalt seg kritisk til forslaget, er deres innvendinger i liten grad tatt til følge. Erfaringer tilsier at legene gjør alt de kan for å «få jobben gjort».

Innen barnemedisin og mikrobiologi er kuttet i utdanningsstillinger særlig drastisk (15-25 %). Jeg har ikke sett noen rapporter som skulle tilsi en reduksjon i utdanning av mikrobiologer eller minsket behov for arbeidskraft på dette feltet på Ullevål universitetssykehus. Kuttene er også merkelig sett i lys av SARS og at Ullevål er utpekt som beredskapssykehus ved ev. biologiske «kriser». Befolkningstallene for Oslo og nærliggende områder i Helse Øst viser en kraftig økning av de yngste årskullene, og innflyttingen til Oslo-området fra distriktene skulle ikke tilsi et redusert behov for leger på Ullevål. Det er også grunn til å minne om at Kvinne-Barn-senteret på Ullevål har regionsfunksjoner for hele Helse Øst og et sykdomspanorama som ikke gjenfinnes i samme grad og volum noe annet sted i Helse Øst.

For oss tillitsvalgte kan det se ut som nasjonal-sporten budsjettbalanse for tiden overskygger andre prioriteringer innen helsesektoren. Det kan være at de som styrer, vil styre annerledes hvis uønskede konsekvenser dukker frem etter hvert. I et brev til ledelsen ved Ullevål universitetssykehus i januar påpekte de hovedtillitsvalgte for legene ved sykehuset Helsedepartementets styringsdokument med forventninger om opprettholdelse av dagens utdanningskapasitet og mangelen på sammenheng med behovet for legearbeidskraft og utdanningskapasitet i de aktuelle fagene. Nasjonalt Råd ble også involvert, da de ikke var informert om de foreslåtte kuttene. Flere brev måtte til før ledelsen svarte. Saken er sendt via Oslo legeförening og Helse Øst til Helsedepartementet. Vi venter i spenning på svaret fra departementet.

# Avtaleforhandlingene for Ullevål-overlegene

EDMUND SØVIK, FORETAKSTILLITSVALGT FOR OVERLEGENE VED ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS



*Edmund Søvik, (f. 1962) er overlege ved Hjerte/kardiologisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. Han har tillitsvalgterfaring fra Radiumhospitalet, og var divisjonstillitsvalgt ved Hjerte-lunge-senteret ved Ullevål universitetssykehus i 2000-02 og har fra 2002 vært foretakstillitsvalgt for overlegene og frem til mars 2003 ansatterrepresentant i styret ved Ullevål universitetssykehus. Høsten 2002 var han forhandlingsleder for Legeforeningen samme sted.*

**Ved Ullevål universitetssykehus underskrev partene B-del-avtale som et av de første sykehusene i landet. Det var en stor utfordring å komme i havn med avtalen, og avtalen kom til å danne mal ved andre sykehus. For første gang på mange år fikk vi en avtale hvor grunnlønnen er hevet, og man kan nå tillate seg å arbeide ned mot normalarbeidstiden uten å tape for mye i lønn. Vi ville ikke klart å komme i havn med en avtale dersom sykehusledelsen ikke hadde vært innstilt på å komme frem til en løsning. Begge parter måtte gi noe og ta noe.**

Med en medlemsmasse på ca 540 overleger var det med en viss ærbødighet vi gikk til lokale forhandlinger i begynnelsen av oktober 2002. Forhandlingsdelegasjonen var felles for Overlegeforeningen (Of) og Yngre legers forening (Ylf), og denne beretningen om avtaleforhandlingene er preget av mitt ståsted som tillitsvalgt for Of. Det var mange elementer som skulle ivaretas, da føringene i A2-delen fra de sentrale forhandlingene var relativt generelle. B-avtalen lokalt ble likevel bygget opp omtrent i samme rekkefølge som i A2-delen.

## Lønnskonvertering og ny normalarbeidstid

Etter et par uker med forpostfektninger kom partene frem til et system som gjorde konverteringen relativt enkel for overlegene. For å beholde en viss lønnsforskjell mellom overlegene, valgte vi å foreslå et tillegg utover minstelønnen på kr 470 000 sett i relasjon til tidligere forskjeller i lønnstrinn. Dette godtok administrasjonen, da de innså at dette ville gi et oversiktlig system for konverteringen. Dermed var isen brutt. På Ullevål universitetssykehus fikk man tillegg fra kr 30 000 for dem som tidligere hadde lønnstrinn 54, og opptil kr 108 400 for dem med lønnstrinn 65. Dette gav en fleksibel skala med basislønn på kr 500 000 for dem som tidligere hadde lønnstrinn 54, og opp til kr 578 400 for dem med

lønnstrinn 65. Dette representerte noe nytt i avtaleforhandlingene. Man valgte å følge denne modellen ved mange andre sykehus rundt om i landet.

A2-delen åpnet for å videreføre 35,5 timers arbeidsuke, men arbeidsgiver kunne fritt kreve 2,5 timer i tillegg uten videre kompensasjon. Vi valgte derfor å akseptere 38 timers uke for vaktbærende leger og 40 timers uke for leger uten vaktteneste. I tillegg gikk vi med på å utvide normalarbeidstiden til kl. 06.00-18.00 på hverdager. I utgangspunktet ga dette arbeidsgiver muligheten for økt fleksibilitet. I praksis har det vist seg meget vanskelig å få dette til, da slike ordninger medfører at også andre yrkesgrupper må få utvidet arbeidstiden tilsvarende dersom legenes arbeidskraft skal kunne utnyttes fullt ut. Så langt har vi derfor ikke merket noe til denne endringen i normalarbeidstiden.

I hovedsak skal overleger med tilstedevakt tilstå kompensasjon 1:1 for hver time de er på sykehuset. For de fleste overleger med tilstedevakt har dette ordnet seg greit, bortsett fra for det øverste bakvakt-sjiktet ved fødeavdelingen. Sykehuset mener at disse overlegene arbeider såpass lite på vaktene at de ikke skal få godtgjort mer enn 1:3 for timene mellom kl. 23.00 og kl. 07.00. På dette punktet er det lokal uenighet mellom partene. Slik kommentarutgaven til avtalen er utformet, kommer vi ikke lenger med dette punktet nå, men vi blir nødt til å gripe fatt i det ved neste forhandlingsrunde.

## Fordypningstid faller bort – full lønn under overlegepermisjon

Tidligere hadde legene ved flere avdelinger fire timers fordypningstid på tjenesteplanen per uke, mens legene ved andre avdelinger ikke hadde avsatt tid til faglig fordypning. Ved flere avdelinger fikk legene i praksis ikke tatt ut fordypningstiden pga. stor pasientrettet virksomhet. Med føring fra A2-delen ble begrepet fordypningstid fjernet fra avtaleverket. Vi har måttet tåle en del kritikk for dette fra mange medlemmer, men i praksis viser det seg at det ofte forblir «business as usual» i de fleste avdelinger. I tillegg er bortfall av fordypningstid kompensert gjennom en brukbar grunnlønnsheving. Kritikken mot dette punktet har avtatt etter hvert som man er blitt klar over disse forholdene.

Vi fikk gjennomslag for full lønn med alle tillegg under overlegepermisjonen. Dette var helt nytt på Ullevål. Dette punktet gjør at mange overleger nå vil ta ut «opptjent» permisjon i nær fremtid. Vi føler derfor at mye av det vi tapte ved å gi fra oss fordypningstiden, ble kompensert med de forbedrede vilkårene for overlegepermisjon.

## Utvidet tjeneste og arbeidstid

Begrepet «utvidet tjeneste og arbeidstid», forkortet UTA, har kommet inn som erstatning for «frivillig utvidet arbeidstid» – FUA. «Pliktig utvidet arbeids-

*Forts. neste side*

# Sykehusene eier ikke utdanningsstillingene

BENTE KRISTIN JOHANSEN, ASSISTENTLEGE VED ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

I Journalen nr 1/2003 kommenterer Torunn Janbu Ullevål universitetssykehus vedtak om å holde utdanningsstillinger ledige for å spare penger. Hun spør med rette om det er rimelig å forvente at man sparer penger på å ledigholde stillinger og om ikke sykehuset bidrar til å undergrave Helsedepartementets klare forutsetning om at dagens utdanningskapasitet skal opprettholdes.

Jeg er helt enig med Janbu og vil tilføye at arbeidsgiver faktisk ikke har mulighet til å holde utdanningsstillinger ledige med begrunnelse i økonomiske forhold. Utdanningsstillinger er sentralt oppnevnte stillinger som skal

ivareta behovet for spesialisering av leger i Norge, og det er Nasjonalt Råd (NR) som «forvalter» stillingene. Dersom stillingene ikke kan lyses ut av økonomiske årsaker, skal de «leveres tilbake» til NR for eventuell omfordeling til sykehus som har lyst og råd til å utdanne legespesialister.

Manglende kapasitet til å utdanne – uavhengig av om årsaken er økonomi eller faglige forhold – må selvsagt følges opp med et besøk fra spesialitetskomiteen(e) som har delegert myndighet til å revurdere avdelingens utdanning- og gruppestatus.

## *Avtaleforhandlingene – Forts. fra foregående side*

tid» – PUA – er allerede innarbeidet i basislønnen. Man ble enige om at man i konverteringen skulle gjøre dette på det timetall som forelå i de gamle tjenesteplanene og at betalingsatsen skulle være 0,08 % av basislønnen. Videre skulle UTA-satsene kunne forhandles lokalt mellom den enkelte overlege og avdelingsleder. Dette punktet ble det mye strid om utover vinteren da nye tjenesteplaner skulle lages. Arbeidsgiversiden var i de fleste tilfeller ikke villige til å gi mer enn 0,08%, bortsett fra i enkelte avdelinger og ved Radiologisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus. Sykehusledelsen grep etter hvert inn, overstyrte de enkelte avdelinger og ga et generelt tilbud på 0,08% for all UTA-tid ved sykehuset. Hvorvidt man skulle oppfatte dette som et avtalebrudd eller ikke, var gjenstand for endel diskusjon. Vi kom frem til at satsen var akseptabel sett i relasjon til hva vi hadde oppnådd under forhandlingene, og valgte derfor å ikke lage noe større problem ut av saken. Man fikk i det minste vist at sykehusledelsen ikke alltid har full kontroll med sine mer perifere forhandlingsledd, og at tiden ikke var moden for forhandlinger mellom den enkelte overlege og avdelingsledelsen.

Sannsynligvis er det et stykke frem til at man finner frem til løsninger i den enkelte avdeling. Partene er fortsatt vant med at sentrale oppgjør danner grunnlaget for de viktigste lønnelementene. Mange leger er nok redde for at slike lokale oppgjør vil gi lønnsforskjeller internt som av mange vil oppfattes som uheldige. Dessverre ser mange medlemmer flere ulemper enn muligheter ved lønnsdannelse lokalt. Bare tiden vil vise om man i offentlig sektor finner frem til et system hvor man klarer å overvinne frykten hos arbeidsgiver og arbeidstakere.

I den nye B-avtalen er det åpnet for å lage produksjonsbaserte avlønningssystemer. Ved mange avdelinger er dette vanskelig å gjennomføre, både fordi inntjeningen er for dårlig, og fordi man ikke har pasienter som egner seg til for eksempel dagkirurgi eller poliklinisk virksomhet. Sykehusledelsen var meget interessert i å få produksjonsbaserte avlønningssystemer inn i avtaleverket, og vi så ingen grunn til å gå imot dette. Det er nå konkrete forslag til «poliklinikkavtaler» og andre produksjonsbaserte løsninger flere steder ved sykehuset. Det blir spennende å se hva dette vil kunne

medføre for økt behandlingsskapasitet og økt lønn. Tanken er å kunne få til en «vinn-vinn-situasjon» for både pasienter, arbeidsgiver og arbeidstaker der forholdene ligger til rette for det.

Det utarbeides for tiden nye tjenesteplaner for alle overleger ved Ullevål universitetssykehus. Noen steder forsøker ledelsen å redusere kostnadene ved å redusere antall UTA-timer, men stort sett er time-tallene uendret. De fleste tjenesteplaner er jo allerede skåret ned til et minimum i forhold til forsvarlig drift, og følgelig er det lite å hente de fleste steder. Der det vil komme driftsmessige problemer pga. kutt i tjenesteplanene, må disse løses sammen med ledelsen. Ansvar for medisinsk forsvarlig drift ligger likevel hos avdelingsoverlegen.

## **Lønn for vakt**

Protokollen fra 5. november 2002 slo fast at vi skulle forhandle om økt vaktlønn for overleger med kontinuerlig tilstedevakt. Dette ble gjennomført 7. april i år. Vi fikk hevet vaktlønnen fra 0,025 % til 0,037 %. I tillegg inngikk vi avtale med sykehusledelsen 14. mars om godtgjøring av ledige vakter med en sats på 0,11 % for vakter som varsles mer enn 14 dager på forhånd. Uforutsette vakter med varslingsfrist under 14 dager skal honoreres med 0,13 % slik som angitt i A2-avtalen. Etter flere beregninger kom vi frem til at dette var like gunstig for sykehuset rent økonomisk som å lage hjelpeturnuser under ferie-avviklingen, og at man ville unngå mye administrativt arbeid for å få diverse hjelpeplaner til å gå opp uten å komme i konflikt med Arbeidsmiljøloven, Ferieloven og vernebestemmelsene i det nye avtaleverket. I praksis betyr dette en videreføring av vakansvaktene, men under et nytt navn og med en annen måte å angi timebetalingen på. Dermed vil legene få samme kompensasjon som før. Samtidig gir ordningen en noe mer forutsigbar utgift for arbeidsgiver, og arbeidsgiver slipper å omtale disse vaktene som vakansvakter, men som «ledige» eller «uforutsette» vakter.

Arbeidet frem til neste forhandlingsrunde vil nå blant annet være å kartlegge uheldige sider ved avtalen. For å få full oversikt over resultatet over årets oppgjør, er vi tillitsvalgte avhengige av en kontinuerlig tilbakemelding fra medlemmene, noe vi har fått så langt.

# Legens oppgaver for et inkluderende arbeidsliv

---

KRISTIAN VETLESEN OG  
SVEIN AARSETH  
STYREMEDLEMMER I  
OSLO LEGEFORENING

---

**Et av målene i avtalen om et inkluderende arbeidsliv er en reduksjon av sykefraværet med 20 % innen utgangen av 2005. Et sentralt element er oppfølging av sykmeldte med vekt på tidlig kontakt og dialog mellom sykmeldte og arbeidsgiver.**

Sykefraværet i Norge er økende og var i 2000 50% høyere enn i de andre nordiske land. Ingen enkeltstående faktor kan forklare veksten i sykefraværet, men demografi, forholdene på arbeidsmarkedet og arbeidsmiljøet trekkes frem som årsaksvariabler. Eldrebølgen kan forklare noe. Eldre arbeidstakere har høyere sykefravær enn yngre, og i Norge er yrkesdeltagelse i eldre aldersgrupper høyere enn i andre land. En annen forklaring kan være oppgangstidene. Da kommer folk med dårligere helse inn på arbeidsmarkedet og bidrar til å dra opp sykefraværet, samtidig som gode tider gjør det lettere for den enkelte å være borte. Fysiske, psykiske og organisatoriske forhold på arbeidsplassen har betydning for sykefraværet. Det er tegn som tyder på at flere i dag opplever jobbsituasjonen som stressende og masete.

Høyt sykefravær har negative konsekvenser for samfunnet og virksomhetene. Den sykmeldte preges etter få uker av fysisk og psykisk passivering og sosial isolasjon. 50 % av dem som er sykmeldte over 10 uker, og som ikke har kontakt med sin arbeidsgiver i perioden, faller helt ut av arbeidslivet.

## **Kontakt mellom sykmeldte og arbeidsplass**

En undersøkelse for noen år tilbake viste at 50 % av sykmeldte med sykmeldinger over seks måneder falt ut av arbeidslivet uavhengig av diagnose. For snart halvannet år siden inngikk myndighetene og partene i arbeidslivet avtalen om et inkluderende

arbeidsliv. Et av målene i denne avtalen er en reduksjon av sykefraværet med 20 % innen utgangen av 2005. Et sentralt element i avtalen er oppfølging av sykmeldte med vekt på tidlig kontakt og dialog mellom sykmeldte og arbeidsgiver. Diagnosen har arbeidsgiver ikke noe med, men funksjonsevnen, hva den sykmeldte kan utføre eller ikke bør utsettes for, er det viktig å diskutere for at forholdene skal kunne legges best mulig til rette. For å understreke hvor stor vekt myndighetene legger på dialogen mellom sykmeldte og arbeidsgiver, har trygden fått hjemmel til å stoppe sykepenege hvis den sykmeldte ikke bidrar med opplysninger om egen funksjonsevne.

## **Hva kan sykmeldende lege gjøre?**

Sykmeldende lege kan på et tidlig tidspunkt diskutere med sykmeldte pasienter hva de kan og ikke kan gjøre på jobb. Den sykmeldte vet ikke alltid selv hva som er mulig å få til av lettere oppgaver. Derfor er det viktig å oppfordre til dialog med arbeidsgiver. Bruk del II punkt 8 på sykmeldingen, forenklet funksjonsvurdering. Takst L10 = 123 kr.

Under et lengre sykefravær er en blid start motiverende for å komme i gang. Aktiv sykmelding gir gode muligheter for et lavterskeltilbud. Legen kan gi føringer for hvordan den aktive sykmeldingen skal praktiseres – bruk gjerne den nederste delen av sykmeldingsblanketten. I de første to ukene kan 1-3 timer tre dager per uke med lette oppgaver være en grei start. Senere kan arbeidstiden og oppgaver økes. Når den ansatte først er tilbake på arbeid, går det ofte forbausende raskt å komme i halv eller hel jobb. Er du redd for at arbeidsgiver vil utnytte situasjonen, så be om å få kopi av avtalen om aktiv sykmelding. Be også gjerne om referat fra oppfølgingsmøter.

## **Bedriftshelsetjenesten og oppfølging på arbeidsplassen**

Venter den sykmeldte på spesialistvurdering? Bruk da muligheten for kjøp av helsetjenester. Send kopi av henvisningen til trygdekontoret. Trygden har avtale med spesialister som vanligvis plikter å gi et tilbud innen to uker etter henvendelsen fra trygdekontoret.

# Nå er det tid for valg

---

PETTER JENSEN GJERSVIK  
LEDER I VALGKOMITEEN

---

**Det skal i tiden fremover foretas valg av tillitsvalgte i Oslo legeförening for perioden 2003-2005. Valgene gjelder både lokale tillitsvalgte, leder, styre og representanter til Legeföreningens landsstyre.**

Planleggingen av valgene i Oslo legeförening for toårsperioden 2003-2005 er i gang. På den enkelte arbeidsplass og i den enkelte bydel skal det velges lokale tillitsvalgte (med vara). Dette gjelder uansett om arbeidsgiver er helseforetak som ved sykehusene, Oslo kommune, staten eller privat. Det skal velges én hovedtillitsvalgt i alle de 25 nåværende bydelene. Dagens tillitsvalgte er ansvarlige for at disse valgene finner sted og må snarest planlegge gjennomføringen. Valgresultatet skal meldes til sekretariatet i Oslo legeförening.

De sju yrkesforeningene velger selv sin faste representant til Oslo legeföreningens styre (etter lovene benevnt avdelings-tillitsvalgt). I tillegg må hver yrkesforening velge minst to personlige vararepresentanter. Hvordan disse valgene gjennomføres, varierer fra yrkesforening til yrkesforening. Nåværende representanter i styret må sørge for at valgene finner sted i god tid før årsmøtet i Oslo legeförening og melde fra om valgresultatet til valgkomiteens leder.

På årsmøtet i Oslo legeförening tirsdag 26. august 2003 skal det velges leder, to «fritt valgte» styremedlemmer (med to vara) og 14 landsstyremedlemmer (med vara). I tillegg skal det velges medlemmer til kurskomité, etikkutvalg og valgkomité. Alle oppfordres til å sende valgkomiteen forslag på kandidater til disse vervene.

Funksjonstiden for de nye tillitsvalgte vil være fra 1. september 2003 til 31. august 2005, forutsatt at landsstyret i Molde i slutten av mai ikke vedtar noe annet.

Dersom det er uklarheter om valgprosedyrene, ta kontakt med Oslo legeförening, telefon 23 10 92 40 eller e-post: [oslo.legeförening@legeföreningen.no](mailto:oslo.legeförening@legeföreningen.no)

---

## LVS og Oslo legeförening

---

PETTER JENSEN GJERSVIK  
AVGÅENDE STYREMEDLEM

---

**LVS har én fast representant i Oslo legeföreningens styre. Vedkommende er også medlem av Legeföreningens landsstyre, som vanligvis møtes én gang i året, og i landsrådet i LVS, som møtes 1-2 ganger i året. På denne måten kan leger i vitenskapelige stillinger påvirke vedtak i Legeföreningen. Vi søker nå et medlem i LVS som er villig til å ta på seg disse vervene for neste valgperiode.**

Undertegnede har vært LVS-representant i Oslo legeföreningens styre i snart seks år. Fordi jeg nå er fast ansatt i Tidsskrift for Den norske lægeförening i hovedstilling, stiller jeg ikke til gjengjeld og er nå på jakt etter en etterfølger. Dette er en mulighet for deg

som ønsker å påvirke Legeföreningen til å jobbe for forskernes sak og for medisinsk forskning på en bedre måte. Styremedlemskap gir også god innsikt i helsepolitiske saker i primærhelse-tjenesten og på sykehus, for eksempel fastlegeordning, legevakt, statlig overtakelse av sykehus og ledelse av sykehusavdelinger.

For å ta på deg dette vervet, må du selvfølgelig være medlem av LVS. Dersom du er stipendiat eller innehar annen vitenskapelig stilling og ikke allerede er medlem av LVS, er det bare å gi organisasjonsavdelingen i Legeföreningen melding om bytte av yrkesforening. Dersom du ikke er ansatt i vitenskapelig stilling, kan du søke sentralstyret om å bli medlem av LVS likevel. Slike søknader er til nå blitt innvilget liberalt.

Jeg synes det har vært spennende å ha styretillitsverv i Oslo legeförening. Ta kontakt med meg dersom du kan tenke deg å ta på deg vervet som styremedlem eller dersom du har aktuelle navn å foreslå! Send en e-postmelding til [petjense@online.no](mailto:petjense@online.no) eller [petter.gjersvik@legeföreningen.no](mailto:petter.gjersvik@legeföreningen.no).